



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEDE SANTIAGO**

**PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA CLÍNICA DE ESTUDIANTES
DE ODONTOLOGÍA POSTERIOR A CRISIS SOCIAL Y
PANDEMIA COVID-19, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN 2021,
ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

Tesis para optar al Grado de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias
de la Salud

Profesor Guía: Mg en Educación Mario Zúñiga Mogollones
Estudiantes: Patricia Alvear Godoy
María Consuelo Rubio Muñoz.

SANTIAGO, CHILE

2022

©**Patricia Alvear Godoy, Consuelo Rubio Muñoz.**

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento

Santiago, Chile
2022

Hoja de Calificación

En Santiago, el 29 de Junio del año 2022, el abajo firmante deja constancia que las estudiantes, Sra. Patricia Alvear Godoy y Sra. María Consuelo Rubio Muñoz, del programa de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud, han aprobado la Tesis " PERCEPCIÓN DE A U ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA POSTERIOR A CRISIS SOCIAL Y PANDEMIA COVID-1 9, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN 20 grado de Magíster, con una calificación de 6,9ptos.



Dr. Mario Zúñiga Mogollones
Tutor de Tesis
Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud

I. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestro tutor, Mario Zúñiga, que con su paciencia y amable disposición nos ayudó a llevar a cabo este trabajo. Gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más lo necesitamos. Pero, sobre todo, agradecemos a nuestras familias quienes siempre han sido el motor que impulsa nuestros sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a nuestro lado. Por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

II. TABLA DE CONTENIDOS

<i>I. AGRADECIMIENTOS</i>	<i>IV</i>
<i>II. TABLA DE CONTENIDOS</i>	<i>VI</i>
<i>III. RESUMEN Y ABSTRACT</i>	<i>VII</i>
<i>IV. CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....</i>	<i>1</i>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4 DELIMITACIONES	5
1.5 HIPÓTESIS Y/O PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.6 OBJETIVOS.....	5
1.6.1 GENERALES.....	5
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	6
<i>V. CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL</i>	<i>7</i>
2.1 CRISIS SOCIAL EN CHILE, 2019.....	7
2.2 COVID 19.....	9
2.3 PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA	13
<i>VI. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA</i>	<i>20</i>
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	20
3.2 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.3 OBJETO Y/O GRUPO DE ESTUDIO.....	21
3.4 TÉCNICA(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS	25
3.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.4.2 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLACIÓN DE DATOS	26
3.4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	26
3.4.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	28
<i>VII. CAPITULO 4. RESULTADOS.....</i>	<i>29</i>
4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	29
<i>VIII. CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</i>	<i>38</i>
<i>X. ANEXOS.....</i>	<i>53</i>
ANEXO 1	53
ANEXO 2	56

III. RESUMEN Y ABSTRACT

Resumen:

Autoeficacia es la percepción que tienen las personas de su capacidad para realizar tareas e influye en la motivación y conducta de un individuo, una importante fuente de autoeficacia son las experiencias vividas. La crisis social que vivió Chile a fines del año 2019 y la pandemia COVID-19 durante 2020 generó un cambio en el panorama global de la sociedad, siendo la Educación Superior uno de los aspectos más golpeados.

La carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián, debió adaptar tanto su currículum como el formato en que éste se ha impartido, para lograr que los estudiantes obtengan las competencias mínimas acordes a las exigencias que plantea el programa de estudios.

Objetivo: Analizar la percepción de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID-19 .

Método: Estudio de enfoque cuantitativo descriptivo observacional. Universo de 164 estudiantes que cursaron la asignatura de Clínica Integral del Niño II, año académico 2020 de la Universidad San Sebastián. Se aplicó la Escala de Autoeficacia de competencias clínicas (EAC) a 31 estudiantes y se calculó el puntaje global de la escala a través de la sumatoria no ponderada de las respuestas codificadas de cada sujeto, de un puntaje mínimo de 15 y máximo 75 pts y se recaudaron variables sociodemográficas para evaluar asociación con la percepción de autoeficacia de competencias clínicas de los estudiantes.

Resultados: La muestra de estudio se compuso de 19 mujeres (61%) y 12 hombres (39%). Sus edades oscilaron entre los 23 y 43 años, con un promedio de 27,55 años (DE 4,49), el 58% realizan trabajo remunerado en paralelo a su enseñanza, 13% de ellos tenían hijos. El resultado de la encuesta aplicada arrojó puntajes entre 54 y 74 puntos, con una media de 65,42 (DE 5,07).

Conclusiones: En general los estudiantes mostraron un alto valor en la EAC, un mayor puntaje se evidenció en el género femenino, con una mayor percepción de autoeficacia de competencias clínicas. Estudiantes que residen en sectores más acomodados también obtuvieron mayor puntaje.

Esperamos que este estudio sirva como base para futuras investigaciones en la universidad que apunten a mejorar la percepción de autoeficacia de los estudiantes de odontología dando herramientas a los docentes para poder guiarlos y acompañarlos en su aprendizaje.

Palabras clave: Autoeficacia; odontología; competencia clínica; pandemia COVID-19; crisis social.

Abstract

Self-efficacy is the perception that people have of their ability to perform tasks and influences the motivation and behavior of an individual, an important source of self-efficacy are lived experiences. The social crisis that Chile experienced at the end of 2019 and the COVID-19 pandemic during 2020 dramatically impacted the global panorama of society, with Higher Education being one of the most damaged areas.

The Dentistry degree at San Sebastian University had to adapt both its curriculum and the format in which it has been taught, to ensure that students obtain the required skills in accordance with the study program.

Objective: To analyze the perception of self-efficacy of clinical competencies in students who coursed Comprehensive Child Clinic I in the time of social crisis and Comprehensive Child Clinic II during the COVID 19 pandemic.

Method: Quantitative Observational and descriptive study. Universe of 164 students of Comprehensive Child Clinic II, academic year 2020 at the San Sebastián University. The Self-Efficacy Scale (EAC) of clinical competencies was applied to 31 students and the global score of the scale was calculated through the unweighted sum of the coded responses of each subject, with a minimum score of 15 and a maximum of 75 points and Sociodemographic variables were collected to evaluate the association between them.

Results: The study sample was made up of 19 women (61%) and 12 men (39%). Their ages ranged between 23 and 43 years, with an average of 27.55 years (SD 4.49). 58% perform paid work in parallel to their teaching, 13% of them had children. The result of the applied survey yielded scores that ranged between 54 and 74 points, with a mean of 65.42 (SD 5.07).

Conclusions: In general, the students showed a high value in the EAC. A higher score in EAC was evidence in the female gender with a higher perception of self-efficacy of clinical competencies. Students residing in more affluent areas also obtained higher scores.

We aim that this study will serve as a basis for future research at the university, looking to improve the perception of self-efficacy of dental students by giving teachers the required tools to guide and accompany them in their learning process.

Keywords: Self-efficacy; dentistry; clinical competence; COVID-19 pandemic; social crisis.

IV. CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN

La autoeficacia es la percepción que tienen las personas de su capacidad para realizar diversas tareas. La autoeficacia percibida no es la habilidad en sí misma que uno posee, sino la creencia de que, en ciertas circunstancias, uno es capaz de realizar una determinada actividad. Es un factor determinante del modo de pensar, sentir y actuar de las personas, a la vez que moviliza los recursos cognitivos, la motivación y los cursos de acción requeridos, para afrontar efectivamente las demandas de una tarea, lo que contribuye de forma significativa al desempeño. Se construye en base a diferentes fuentes, que se fundamenta en la teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura, 1977) y que se construye desde fuentes como la experiencia previa, experiencias vicarias, persuasión social y estados emocionales y fisiológicos como la ansiedad. Se ha estudiado que las personas con una alta autoeficacia son capaces de lograr con éxito sus propósitos ya que la autoeficacia modula además la perseverancia, pues la reacción ante el fracaso es diferente para quienes se juzgan capaces de llevar a cabo la tarea que para aquellos que se califican incapaces. Los primeros perseveran, no así los segundos (Bandura, 1977).

La crisis social que vivió Chile a fines del año 2019 y la pandemia COVID-19 desde el 2020 generó un cambio en el panorama global de la sociedad, tanto en el aspecto político, económico, social, ambiental, siendo la Educación uno de los aspectos más golpeados en todos sus niveles.

Es así como debido a estas circunstancias, la carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián, tuvo que adaptar tanto su currículum como el formato en que éste se ha impartido, para lograr que los estudiantes obtengan las

competencias mínimas acordes a las exigencias que plantea el programa de estudios, con el esfuerzo que esto significa tanto para los estudiantes como para los docentes y administrativos.

Estos eventos ocurridos pudieran afectar la percepción de autoeficacia de los estudiantes de la Universidad San Sebastián al considerar como fuentes de autoeficacia para ellos la experiencia clínica limitada en comparación a sus compañeros de generación anteriores, la falta de vivencias clínicas observadas a través de otras experiencias como visitas programadas, el actuar de los docentes que bajo el nuevo contexto han debido adaptar su metodología de entrega de los conocimientos a un formato menos personalizado y el estado emocional de los estudiantes fruto del stress generado bajo el contexto nacional e internacional.

En este estudio se busca evaluar cómo los estudiantes, que han vivido ambos eventos sociales en sus años de atención clínica intramural, perciben su autoeficacia en competencias clínicas y la capacidad de organizar y ejecutar acciones para alcanzar el rendimiento deseado en las actividades prácticas de la carrera.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Tanto la crisis social como por la pandemia del COVID-19 han interrumpido de una u otra forma el normal funcionamiento de la Educación Superior en Chile, es así como debido a la primera causa, el día 21 de octubre el 100% de los planteles de educación superior debieron cerrar sus puertas, todas las universidades con actividades suspendidas por razones externas a ellas, lo que equivale a 1,2 millones de estudiantes sin clases (Said, 2019).

En cuanto a la USS sede Santiago, la realización de clases normales, fue compleja, ya que se encuentra en el epicentro de las manifestaciones, al estar ubicada tan solo a metros de la plaza de reunión para los manifestantes, lo cual afectó la seguridad de la población estudiantil. En particular, en Odontología, fue aún más complejo porque también afectó la afluencia de pacientes a las clínicas odontológicas, ya que la zona en que se encuentra la Universidad, se convirtió en una zona peligrosa para transitar, lo que resultó en una menor cantidad de pacientes atendidos por cada estudiante de 4to y 5to año.

Posteriormente, cuando se suponía que un año escolar normal comenzaría, llegó la pandemia por el COVID-19. Sus efectos sacudieron las estructuras socioeconómicas a nivel global incluyendo las instituciones de educación superior. Las medidas impartidas forzaron un contexto de digitalización que, en el caso de las universidades, coaccionó los mecanismos de pedagogía a los de la teleeducación, para garantizar su funcionalidad y sustentabilidad (Cayo-Rojas & Agramonte-Rosell, 2020). Si se piensa en los procesos formativos que están relacionados con la parte clínica de la profesión, un acercamiento virtual relacionado al campo semiológico, restaurador, rehabilitador o quirúrgico, resulta insuficiente para el desarrollo de competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales de los estudiantes especialmente de Odontología (Cayo-Rojas & Agramonte-Rosell, 2020).

También cabe destacar que la Universidad San Sebastián determinó retomar la actividad clínica presencial siete meses después de lo esperado para un año académico regular, con lineamientos modificados en cuanto a los requisitos de aprobación, flexibilizando y haciendo énfasis en la protección y cuidados de estudiantes, docentes y pacientes, con el fin de optimizar tiempo y recursos en pos de una mejor calidad de aprendizaje.

Estas circunstancias desfavorables permiten pensar que los estudiantes pudieron ver afectada la adquisición de competencias teórico-prácticas comparados con

estudiantes que pasaron por las actividades sin retrasos ni inconvenientes y que su preparación sería potencialmente menor para desenvolverse en la siguiente etapa de su formación que es el internado asistencial, ciclo que implica el término de la carrera de odontología, donde deben demostrar sus competencias para ejecutar acciones clínicas sin la supervisión directa de sus docentes guías, se enfrentan a pacientes de distinta complejidad, principalmente niños, en un tiempo mucho más acotado que en la clínica de la Universidad, lo que implica grandes desafíos tanto en la aplicación de conocimientos previos, como en las habilidades clínicas y de comunicación, además de considerarse un período de alto estrés debido a la responsabilidad que significa la atención de pacientes y acercarse cada vez más al egreso universitario y posterior práctica profesional.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Pensando en los motivos presentados anteriormente y sumado a que la autoeficacia puede afectar el aprendizaje, la motivación y el comportamiento, se busca, utilizando una escala diseñada y validada (Marcus, 2018) para medir percepción de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes de Odontología, analizar como se perciben los estudiantes respecto a las competencias clínicas adquiridas durante carrera.

A partir de los resultados obtenidos se pretende determinar aspectos puntuales de las posibles fuentes de autoeficacia que determinen debilidades o deficiencias que puedan llevar a los estudiantes a disminuir su percepción de autoeficacia y que potencialmente lleve a un desempeño deficiente, así como detectar puntos fuertes que potencien su autoeficacia y de esta forma considerar las herramientas que la facultad de Odontología les pueda entregar para mejorar las primeras y potenciar las segundas.

1.4 DELIMITACIONES

Este estudio midió la percepción de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes de 5to año de Odontología de la Universidad San Sebastián que finalizaron 4to año en medio de la crisis social de Chile y cursaron 5to año bajo las condiciones mundiales de pandemia por el COVID-19.

La investigación se llevó a cabo en la Universidad San Sebastián, campus Bellavista ubicada en la región Metropolitana, Santiago de Chile. Los sujetos evaluados fueron encuestados durante los meses de abril y mayo del año 2021 fecha en que dieron término a sus actividades académicas de 5to año.

El estudio se realizó en medio de las medidas de confinamiento por la pandemia decretada por el COVID-19.

1.5 HIPÓTESIS Y/O PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de autoeficacia de competencias clínicas de estudiantes de 5to año de Odontología en la Universidad San Sebastián que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19?.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERALES

Analizar la percepción de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19.

1.6.2 ESPECÍFICOS

1. Medir la percepción de autoeficacia de estudiantes de 5to año que aprobaron la asignatura Clínica Integral del niño II a través de la Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas en Estudiantes de Odontología USS que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19.
2. Determinar la capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en la clínica que autorreportan los estudiantes que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19.
3. Relacionar las variables sociodemográficas con la percepción de autoeficacia de competencias clínicas de los estudiantes que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19.

V. CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 CRISIS SOCIAL EN CHILE, 2019

El 18 de octubre de 2019 Chile enfrentó un momento crítico para el gobierno y para la democracia. Se originó una serie de masivas manifestaciones y disturbios originados en Santiago y propagados a todas las regiones de Chile, con mayor impacto en las principales ciudades, como el Gran Valparaíso, Gran Concepción, Arica, Iquique, Antofagasta, La Serena, Rancagua, Chillán, Valdivia, Osorno, Puerto Montt y Punta Arenas, desarrolladas principalmente entre octubre de 2019 y febrero de 2020 (Rehbein & Rehbein, 2019).

La causa inmediata de estos sucesos fue el alza en la tarifa del sistema público de transporte de Santiago, que entró en vigor el domingo 6 de octubre de 2019. Tras el aumento de las tarifas, centenares de estudiantes se organizaron para realizar actos de evasión masiva en el Metro de Santiago (Cooperativa.cl, 2019a). Con el paso de los días, el número de evasores aumentó y se registraron incidentes dentro de las estaciones del ferrocarril subterráneo. La situación se agravó el día viernes 18 de octubre de 2019 (Jorge Gillies, 2019), cuando debido al número de manifestantes y los desórdenes presentados, progresivamente fueron cesadas las operaciones de toda la red subterránea.

Como balance final, de las 136 estaciones del metro de Santiago, 118 sufrieron daños y, dentro de este grupo 32 fueron incendiadas.

Como consecuencia de ello, la noche del viernes 18 de octubre comenzaron a aparecer varios focos de protestas, saqueos y disturbios violentos a lo largo del país, por lo cual, en la madrugada del día sábado 19 de octubre, el presidente Sebastián Piñera decretó estado de emergencia en las comunas del Gran Santiago y toque de queda a partir de la noche del sábado (Heiss, 2020; Tercera.cl, 2019). La situación se extendió pocas horas después a otras cinco

regiones del país y para el día 23 el estado de emergencia había sido declarado en quince de las dieciséis capitales regionales (biobiochile.cl, 2019).

La crisis social cambió el panorama macroeconómico y fiscal, generando una gran incertidumbre que erosionó las confianzas de consumidores y empresarios, y conllevó a caídas en las valoraciones de activos financieros del país. Por ejemplo, entre el 18 de octubre y el 15 de noviembre, el IPSA disminuyó en un 6,3% y el peso chileno se depreció en 9,1% (Schmidt-Hebbel, 2019).

En cuanto a la educación, también fue afectada ya que hubo ataques contra las instituciones de Educación Superior además de múltiples intentos de boicotear la aplicación de la Prueba de Selección Universitaria (PSU).

La Universidad San Sebastián el día 27 de diciembre del 2019 fue atacado por vándalos, que irrumpieron y provocaron graves destrozos a la infraestructura de la institución (Williamson Benaprés, 2019).

El 15 de noviembre, un acuerdo transversal entre Gobierno y Congreso firmado por la mayoría de los partidos políticos con representación parlamentaria, acordó la convocatoria a un plebiscito nacional en abril de 2020, posteriormente reprogramado para octubre (UChile, 2020), para definir si se redactaría una nueva Constitución Política y qué mecanismo sería utilizado (Cooperativa.cl, 2019).

Según la encuesta Cadem 2020, el 61% de la población estuvo de acuerdo con que una Nueva Constitución permitiría encauzar la crisis de descontento social, pero sólo el 44% creía que ayudaría a disminuir la violencia y los problemas de orden público.

Finalmente se convocó a las elecciones de convencionales del 15 y 16 de mayo de 2021 y que incluyó, por primera vez, paridad entre hombres y mujeres y escaños reservados para los pueblos originarios.

Esta Convención tendrá por misión redactar y aprobar la propuesta de una nueva constitución de la República, lo que fue habilitado por el plebiscito del 25 de octubre de 2020. Su trabajo será sometido a un plebiscito con voto obligatorio para que se apruebe o rechace el 4 de septiembre de 2022.

2.2 COVID 19

Según la OMS, los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (PAHO, 2020).

La pandemia del COVID-19 ha afectado la vida de millones de personas en el mundo y amenazado el desarrollo social y económico en todos los países. Además de China, entre los más afectados están EE. UU.; en Europa: Reino Unido, Italia, España y Francia. El 30 de enero del 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). El primer caso en la Región de las Américas se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020, y Brasil notificó el primer caso en América Latina y el Caribe el 26 de febrero del 2020. Desde entonces, el COVID-19 se ha propagado a los 54 países y territorios de la Región de las Américas (OPS/OMS, 2020).

En Chile, el primer caso de COVID-19, se confirmó el día 3 de marzo de 2020 en la ciudad de Talca (Ministerio de salud, 2020). Tras esto se implementó un proceso sistemático de recolección de datos de esta enfermedad, llamado vigilancia epidemiológica (Corey, 1995) que permite la detección precoz y gestión

oportuna de casos de personas que requieren de servicios de salud, a la vez que a nivel colectivo permite establecer un diagnóstico del estado de salud de la población en su conjunto y así tomar medidas de prevención y control de enfermedades a nivel poblacional (García & Aguilar, 2013).

La cifra de contagiados en Chile fue variando día a día, a la fecha (2 de junio 2022), en Chile se presentan 29.948 casos activos y 3.631.219 casos recuperados (MINSAL) y se ha vuelto a la presencialidad de trabajo manteniendo la distancia social, uso de mascarilla y la habilitación del llamado Pase de Movilidad, el cual es un documento que se entrega a todas las personas que completaron su esquema de vacunación contra COVID-19 y cumplieron los 14 días desde la segunda dosis y además de las dosis de refuerzo (MINSAL, 2021).

2.2.1 COVID-19 Y EDUCACIÓN SUPERIOR

La pandemia del COVID-19 ha afectado a las Instituciones de Educación Superior (IES), incluidas las universidades, institutos universitarios y otros centros de educación, ha impedido que cerca de 1.500 millones de estudiantes de educación secundaria y terciaria en todo el mundo asistan a sus centros educativos, lo cual posiblemente tendrá un enorme impacto en la educación a nivel mundial (UNESCO IESLAC, 2020).

En América Latina, las medidas de confinamiento o cuarentena se tomaron casi de inmediato y afectó a casi toda la población de estudiantes de educación superior y profesores de la región. Al 17 de marzo del 2020 ya se había alcanzado la cifra de 21,7 millones de alumnos y 1,3 millones de docentes afectados por los cierres temporales. En Chile, la cuarentena total resultó en el cierre masivo de IES a partir del 16 de marzo (UNESCO IESLAC, 2020).

Los efectos presentes de la crisis sobre la educación superior son fácilmente documentables, pero aquellos que dejarán huella en los distintos actores a mediano y a largo plazo resultan más sujetos a debate. La falta de referencias a crisis semejantes en el pasado hace difícil poder predecir qué pueda suceder en el futuro inmediato. En el caso de los estudiantes; el impacto más inmediato ha sido, obviamente, que el cese temporal de las actividades presenciales de las IES ha dejado a los estudiantes, particularmente a los de pregrado y a los que están por finalizar la secundaria superior y aspiran a ingresar a la educación superior, en una situación totalmente nueva y sin una idea clara de cuánto tiempo vaya a durar con impactos inmediatos sobre su vida cotidiana, los costes soportados y sus cargas financieras y, por supuesto, la continuidad de sus aprendizajes (UNESCO IESLAC, 2020).

El académico Jamil Salmi incluye también grandes consecuencias en estudiantes, académicos y administrativos contaminados/muertos; cierre de las universidades; no clases, exámenes ni investigación; estudiantes sin lugar o recursos para vivir; interrupción de la movilidad internacional; profesores y staff de las universidades despedidos (Brown & Salmi, 2020).

Para asegurar respuestas adecuadas a los retos que han surgido las Instituciones de Educación Superior deben ofrecer calidad, relevancia y agilidad. Para ello, los agentes aislados y las instituciones independientes han debido desaprender el modo convencional de desarrollar e implementar los programas educativos.

La principal herramienta que han utilizado las IES son las clases on-line (sincrónicas y asincrónicas), pero no ha sido fácil la transición de un formato de clases presencial a un formato digital, en diversos países, los estudiantes se han movilizadado para resistir esta transición. Por ejemplo, en Túnez, la principal asociación estudiantil llamó a boicotear las plataformas digitales por considerar discriminatoria la medida. En nuestro país los estudiantes de la Universidad de

Chile y de la Universidad de San Sebastián, realizaron huelgas en línea. Además, en el Reino Unido, más de 200,000 estudiantes firmaron una petición exigiendo reembolsos de sus pagos de matrícula, señalando que la instrucción por internet no era por lo que habían pagado (Brown & Salmi, 2020).

Ordorika concluye en su informe que "en los próximos probable que se den cambios relevantes en las formas tradicionales de trabajo académico y en la organización de las IES. Será necesario analizar con cuidado los problemas y alcances que la educación a distancia ha evidenciado durante la crisis actual, para superar las deficiencias pedagógicas y la agudización de la exclusión y la desigualdad social y de género. Ya se habla del establecimiento de nuevos modelos de enseñanza virtual y de sistemas híbridos (presenciales y a distancia) para la docencia. Sin embargo, en el ámbito de la investigación, en las ciencias y las humanidades, aún no se vislumbran con claridad nuevos modelos y formas de trabajo académico que transformen a las universidades y centros de investigación (Ordorika, 2020).

Un estudio realizado en la Universidad de Talca en relación al impacto de la pandemia en estudiantes de odontología muestra resultados estadísticamente significativos en cuanto al impacto del COVID-19 en la formación profesional de los estudiantes siendo las mujeres quienes presentan mayor preocupación. En relación a la preocupación sobre el tiempo estimado de graduación se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los cursos, siendo quinto año quienes presentan mayor preocupación. Respecto a los cambios realizados por la escuela se encontraron diferencias estadísticamente significativas en donde los cursos preclínicos muestran más preocupación sobre los cambios realizados por esta. Las percepciones y preocupaciones que han enfrentado los estudiantes son elevadas, los diferentes desafíos académicos y personales como la adaptación a la teleeducación y convivir cotidianamente bajo medidas de confinamiento son situaciones que han influido considerablemente en los niveles de estrés percibido de estos (Cáceres, 2020).

2.3 PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA

2.3.1 TEORÍA DE AUTOEFICACIA

Autoeficacia, según Bandura (1977), es la impresión o el juicio de que uno es capaz de desempeñarse de una cierta forma y de poder alcanzar ciertas metas. Es la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para alcanzar el rendimiento deseado.

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano, ya que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social (Bandura, 2001).

2.3.2 FUENTES DE AUTOEFICACIA:

Las creencias de autoeficacia son el producto de un complejo proceso de auto-persuasión que se basa en el procesamiento cognitivo de diversas fuentes de información de eficacia transmitidas de manera indirecta, social y fisiológica. Una vez formadas, las creencias de eficacia contribuyen significativamente al nivel y la calidad del funcionamiento humano (Bandura, 1993).

Las fuentes de interacción son cuatro y se presentan a continuación (Albert Bandura, 1977):

-Experiencias anteriores: se refiera a las experiencias de éxito, que serían el resultado de las tareas realizadas con resultados satisfactorios para la persona, los cuales serían la fuente de mayor influencia en la autoeficacia (Bandura, 1977). Este punto tiene implicancias importantes para mejorar el desempeño académico de los estudiantes, mediante el trabajo docente enfocado a mejorar las creencias

de autoeficacia de los estudiantes, a través de estrategias de enseñanza que les permitan familiarizarse con la tarea futura, aumentar su confianza y competencias para realizar las actividades que son propias para la adquisición del aprendizaje (Marcus et al., 2018).

-La segunda fuente son las experiencias vicarias y son los efectos producidos al observar las acciones de otras personas. Corresponde al aprendizaje por observación o imitación, cuando el estudiante ve a otras personas (compañeros, docentes) ejecutar exitosamente ciertas actividades, el sujeto puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente de autoeficacia cobra importancia en los casos donde los sujetos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar (Olaz, 2003). Cuanto más se identifica el estudiante con el modelo, mayor impacto tendrá en su autoeficacia.

-La tercera fuente es la persuasión social, que implica la exposición y recepción a los juicios verbales y comentarios de otro (Bandura, 1977). El impacto de la persuasión verbal depende de la credibilidad y el conocimiento que del tema tenga el informador. Cuanto más creíble sea la fuente de la información, más probable y duradero será el cambio en la autoeficacia (Camposeco, 2012). Una de las formas de mejorar la autoeficacia es a través de la declaración de confianza de la capacidad del sujeto expresada por personas significativas. Es así que los docentes pueden influir positivamente en la creencia de autoeficacia de los estudiantes mediante retroalimentación positiva, resaltando las capacidades personales, especialmente en las primeras etapas del aprendizaje de destrezas (Marcus et al., 2018).

-La cuarta fuente son los estados emocionales y fisiológicos como la ansiedad, el estrés, la excitación, que proporciona importante información e influencia sobre la creencia de la propia eficacia. Estos estados pueden ser la ansiedad, estrés, excitación, fatiga o el estado de ánimo, los cuales también entregan información

sobre la creencia de autoeficacia (Bandura, 1977). En general, las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y, por ende, como indicadores de bajo rendimiento (Olaz, 2003).

2.3.3 AUTOEFICACIA Y CONDUCTA HUMANA

De acuerdo con el mismo autor (Bandura, 1988), la manera en que la gente interpreta los resultados de sus acciones proporciona información sobre ellos mismos, y alteran, su desempeño posterior. La triada conducta, ambiente y pensamiento, es la base de lo que él llamó determinismo recíproco. Es decir que entre conducta, ambiente y pensamiento existe una interrelación recíproca que se observa en una mutua influencia. Por lo tanto, el hombre, visto desde esta perspectiva, no sólo reacciona a su ambiente, sino que es capaz de modificarlo al actuar proactivamente. Además, considera que la capacidad humana para la autorreflexión, es la capacidad más singularmente humana, esta forma de autorreferencia del pensamiento, le permite evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta (Bandura, 1988).

La forma en que la gente actúa es en parte producto de la intervención de sus creencias acerca de lo que es capaz de realizar, de acuerdo con Pajares (2006) las creencias que los jóvenes tienen sobre su capacidad para tener éxito en lo que emprenden representan fuerzas vitales en sus subsecuentes éxitos o fracasos; por lo que seguramente van a seleccionar las tareas y actividades que creen están dentro de su capacidades y evitar aquellos que creen que están más allá de su percepción de competencia.

En definitiva, las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones (Ornelas, 2012). De hecho el creador del concepto de autoeficacia Albert Bandura en 1993, expone que “ existe una marcada diferencia entre poseer conocimientos y habilidades y ser capaz de

utilizarlos bien en condiciones difíciles requieren no solo habilidades, sino también creencias de eficacia en uno mismo para usarlos bien. Por lo tanto, una persona con los mismos conocimientos y habilidades puede tener un desempeño deficiente, adecuado o extraordinario dependiendo de las fluctuaciones en el pen

2.3.4 AUTOEFICACIA Y MOTIVACIÓN ACADÉMICA:

Se ha establecido la validez de la autoeficacia como un predictor de la motivación y el aprendizaje de los estudiantes (Zimmerman, 2000). Un elevado nivel de autoeficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace aumentar la motivación y el rendimiento académico, disminuye las alteraciones emocionales, al mismo tiempo que mejora las conductas saludables en el cuidado físico, la prevención de conductas de riesgo y la mayor tolerancia al fracaso, así como también el descenso de conductas antisociales (Carrasco & Del Barrio, 2002).

Los estudiantes con una gran motivación intrínseca y seguridad en sí mismos parecen ser los más exitosos y contentos en el transcurso de su año académico y se ha logrado identificar que los logros académicos, la satisfacción personal, los niveles de aprendizaje y competencias alcanzadas tienen una estrecha relación con las características personales de los alumnos (Rojas, 2008).

Un estudiante que tiene dudas sobre sus capacidades de aprendizaje, tendrá una baja autoeficacia y probablemente evitará participar en actividades que le encomienden y/o será menos persistente, por lo tanto, mientras más fuerte sea su percepción de autoeficacia, mayor esfuerzo y motivación tendrá en realizar sus actividades. Los estudiantes con altas expectativas de autoeficacia gozan de mayor motivación académica, obtienen mejores resultados y calificaciones, son capaces de autorregular eficazmente su aprendizaje y muestran mayor motivación intrínseca cuando aprenden (Rojas, 2008).

La creencia de autoeficacia influye en las elecciones que hacen los estudiantes y las conductas que realizan para seguirlas; motiva al estudiante a realizar tareas, en las cuales se siente competente y confiado mientras que lo anima a evitar las tareas en las que no se siente de esa manera; determina cuánto esfuerzo desplegará el estudiante para realizar una tarea determinada, y predice cuánto tiempo perseverará en su realización y cómo se recuperará al enfrentarse a situaciones adversas (Marcus et al., 2018).

Por otra parte Albert Bandura explica que, hay tres niveles diferentes en los que la autoeficacia percibida opera como un contribuyente importante al desarrollo académico: 1) las creencias de los estudiantes en su eficacia para regular su propio aprendizaje y dominar las actividades académicas determinan sus aspiraciones, nivel de motivación y logros académicos; 2) las creencias de los profesores sobre su eficacia personal para motivar y promover el aprendizaje que afectan los tipos de entornos de aprendizaje que crean y el nivel de progreso académico que alcanzan sus alumnos y 3) las creencias de las facultades en su eficacia instruccional colectiva que contribuyen significativamente al nivel de rendimiento académico de sus escuelas y es importante lograr un nivel de autoeficacia suficiente para que los estudiantes sean capaz de lograr sus objetivos de forma exitosa (Bandura, 1997).

Se ha evidenciado que un bajo nivel de autoeficacia puede ser responsable no sólo de disminución del rendimiento escolar e interés hacia el estudio, sino también de comportamientos inadaptados en jóvenes (Zimmerman, 2000) de ahí la importancia de que la educación fortalezca el desarrollo de la competencia académica en el estudiante y fomente habilidades que le permitan creer en sus propias capacidades.

Para mejorar los niveles de autoeficacia, es necesario que los docentes logren aumentar la autoconfianza en los estudiantes, mediante retroalimentación positiva y el diseño de estrategias de enseñanza que permitan a los estudiantes

creer que son capaces de realizar las actividades que se les asignan, ya que el logro de experiencias previas es la fuente principal de la autoeficacia (Marcus et al., 2018).

La autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: la autoeficacia específica, definida como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares, y la general, que se refiere a la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (Cid H, Orellana Y, & Barriga, 2010).

Se ha estudiado la influencia de la percepción de autoeficacia en distintas áreas como ingeniería, psicología (Ornelas 2015), en profesores universitarios (Vera, Salanova, & Martín-del-Río, 2011), cada una con su escala adaptada al grupo de personas estudiadas, ya que según Bandura, la escala de autoeficacia debe ser adaptada para cada población que se quiere evaluar, este autor indica que es muy importante tener en cuenta que la autoeficacia es específica del contexto que está siendo medido y no a otro, cuando se utilizan escalas generales, la información podría estar sesgada, argumentando que es inútil medir autoeficacia a escala general porque los ítems en las pruebas basados en el enfoque de eficacia general son de poca o ninguna relevancia para el dominio que se estudia (Vera et al., 2011).

Como se dijo anteriormente al existir una buena percepción se aceptan las propias habilidades y las personas que se sienten eficaces, eligen tareas desafiantes, y adquieren persistencia en sus propósitos. Esta es la situación deseable en quienes estudian disciplinas desafiantes y estresantes como la odontología. Una alta percepción de autoeficacia en el ámbito de la salud puede favorecer la prevención de conductas riesgosas y a su vez la promoción de conductas beneficiosas (Cid H et al, 2010).

En odontología, los estudios han sido realizados principalmente con la escala de autoeficacia general de Schwarzer y Jerusalem. En estudiantes de medicina y de odontología se ha visto cifras para test de Autoeficacia general que oscilan entre los 26 y 40. Aboalshamat, 2015, encontró un promedio de 27,22 puntos lo que indica que los estudiantes presentan una percepción de autoeficacia general baja. Samaranayake & Fernando, 2011 destacan encontrar buenos niveles de autoeficacia y obtuvieron correlación con el desarrollo positivo de habilidades clínicas del individuo, así también se reporta en el estudio de Danaei et al 2018, donde se evaluó una muestra de 100 estudiantes de odontología de último año. Ersan, 2017 en 130 estudiantes de odontología encontró una correlación negativa entre la percepción de autoeficacia y estrés en los estudiantes, prediciendo que el bajo nivel de autoeficacia favorecería un nivel mayor de estrés durante la atención odontológica.

Distintos periodos durante la carrera de odontología han sido estudiados a través de la percepción de autoeficacia, como la transición entre el ciclo preclínico y el clínico de la carrera de Odontología, que ha demostrado ser un proceso desafiante y estresante para el estudiante. (Marcus et al., 2018). También se han estudiado a los alumnos de primer año (Ibieta, 2012) y durante los demás años de la carrera (Crego, A., 2016; Ersan,N., 2017).

VI. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Con este estudio se busca analizar la percepción de autoeficacia de competencias clínicas y ver si se relaciona con distintas variables sociodemográficas y así sentar una base la cual pueda ser comparada con estudios futuros y evaluar si los estudiantes de la USS tienen una mayor o menor percepción de autoeficacia de competencias clínicas según el contexto nacional e internacional.

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo observacional transversal.

3.2 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un alcance del tipo descriptivo-correlacional. Desde lo descriptivo se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas en el contexto estudiado (Hernández et al., 2014), levantar información sobre las variables y dimensiones que pueden componer o influir en la percepción de autoeficacia de competencias clínica, por ejemplo, ¿Qué individuos componen la muestra? ¿Cuántos hombres y mujeres? ¿Trabajan además de estudiar? ¿Tienen hijos? ¿En qué comuna viven?. Desde lo correlacional, se trata de responder a la pregunta de investigación de manera de conocer la percepción de autoeficacia y además analizar su asociación o relación con los distintos perfiles o variables identificados en el componente descriptivo (Hernández et al., 2014) por ejemplo, ¿Existen diferencias en la percepción de autoeficacia entre hombres y mujeres?, ¿Existen diferencias en la percepción de autoeficacia entre estudiantes que trabajan y quienes no lo hacen?.

3.3 OBJETO Y/O GRUPO DE ESTUDIO

Se determinó como universo a todos los estudiantes que cursaron la asignatura de Clínica Integral del Niño II, año académico 2020 (164 estudiantes). Se realizó un muestreo no probabilístico por accesibilidad o conveniencia con los estudiantes que asistieron hasta el final del período académico 2020 lo que implicó que la muestra dependió de la factibilidad por las condiciones de la pandemia COVID-19 y que resultó en 31 estudiantes que cumplían los criterios de inclusión.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estudiantes que cursaron y aprobaron clínica integral del niño I el año 2019 pasando por la crisis social y clínica integral del niño II pasando por pandemia COVID año 2020-2021.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio los estudiantes que no desearon participar del estudio o que el formulario no se completó o lo hicieron de forma incompleta.

3.3.3 CRITERIOS ETICOS Y/O CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a los estándares preestablecidos por el Comité de ética de la USS¹, respecto de los aspectos éticos del estudio, se consideró a los estudiantes sujetos vulnerables ya que se encontraban institucionalizados, el director de carrera permitió el estudio, pero se les aseguró mediante el consentimiento informado que la participación en el estudio es voluntaria y podían renunciar a ella cuando estimen conveniente, ningún tutor directo les solicitó la participación y al acceder a ésta no corrieron riesgo físico ni académico.

¹ El Comité Ético científico de la Universidad San Sebastián adhiere a las exigencias internacionales contenidas en la Declaración de Helsinki y en las normas del consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias Médicas (CIOMS). A nivel nacional cumple con la ley 20.120 sobre la investigación científica en e ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana, con la ley 19.628 sobre protección de la vida privada y sobre protección de datos de carácter personal y con la Ley 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas

3.3.3.1 VALOR:

El valor científico de esta investigación es poder conocer la autopercepción de las competencias clínicas, para un grupo de estudiantes que por factores sociales y de salud no tuvieron una formación regular con respecto a cohortes anteriores. El conocimiento de esta situación en datos obtenidos, ayudará a los directivos de la carrera a crear oportunidades para mejoras o bien validar que los mecanismos de contingencia generados obtuvieron resultados positivos en la autopercepción de competencias clínicas de los individuos.

3.3.3.2 VALIDEZ CIENTÍFICA:

El estudio responde a una pregunta de investigación, determinando objetivos claros, consistentes con la metodología y el análisis de los datos.

3.3.3.3 VALOR SOCIAL:

El valor social de este estudio describe como las medidas impartidas durante el estallido social y pandemia COVID-19, como el distanciamiento social, cierre de Universidades, cambio en la modalidad de entrega de los aprendizajes, impactaron a los principales factores que impulsan un aprendizaje de calidad en los estudiantes. Esta interrupción de cotidianidad tan abrupta, situaciones semejantes, en el pasado no se han presentado por lo que nunca se han descrito, lo cual hace difícil poder predecir que pueda suceder en el futuro inmediato o qué tan afectados se han visto los estudiantes, los cuáles son más vulnerables en estas situaciones. Es por eso que este estudio describe como se ha visto afectado su proceso de aprendizaje ante esta extrema situación. Como resultado, obtendremos antecedentes del estado de los estudiantes, para que en un futuro, con situaciones semejantes, se tengan las herramientas adecuadas. Su impacto será relevante para la reflexión y toma de decisiones en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la carrera.

3.3.3.4 SELECCIÓN EQUITATIVA DEL SUJETO:

El alcance la muestra es no intencionada y por conveniencia y los sujetos participantes responden a los criterios científicos de la investigación, ofreciendo la posibilidad de participación voluntaria a todos por igual. La selección de sujetos fue diseñada para reducir al mínimo los riesgos para los sujetos a la vez que se maximizaron los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación. En todo momento se consideró la vulnerabilidad de los participantes en su calidad de estudiantes garantizando la libertad de acción en cuanto a la decisión de participar en la investigación sin comprometer su desempeño académico, considerando que el grupo investigador está compuesto por una investigadora que no tiene relación alguna con la Universidad y la otra investigadora actualmente desempeña sus actividades docentes en pregrado en un nivel inferior al que se le aplicó el estudio y en postgrado.

3.3.3.5 PROPORCIÓN FAVORABLE DE RIESGO BENEFICIO:

La presente investigación supone un riesgo-beneficio favorable a los participantes. Se espera que el conocimiento aportado por ésta beneficie directamente tanto a los estudiantes de odontología, como a los directivos de la carrera de manera que puedan analizarse los datos y mejorar las habilidades académicas, el desarrollo profesional y la confianza de los alumnos. Además permitirá contribuir a evaluar como afectó en el aprendizaje de los estudiantes el método de aprendizaje en línea y tomar las medidas necesarias en caso de que no se haya logrado un buen aprendizaje con esta metodología.

3.3.3.6 BENEFICIOS Y RIESGOS DE LOS MÉTODOS ALTERNATIVOS:

No existen métodos alternativos, ya que en la Universidad es primera vez que se aplica una encuesta de Autoeficacia en competencias clínica, considerando las

circunstancias vividas durante el periodo de Estallido Social y pandemia COVID 19.

3.3.3.7 EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Central de la Universidad San Sebastián, el cual vela por el correcto desarrollo de la investigación.

3.3.3.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)

Los formularios de consentimiento informado incluyen todos elementos de las recomendaciones internacionales, a los individuos que participen en la investigación se les informó previamente las condiciones del estudio, para esto fueron invitados y autorizaron su participación mediante un Consentimiento Informado Escrito, lo cual permite una decisión autónoma respecto a su participación. El consentimiento tiene todos los datos de los dos investigadores (nombre, teléfono y/o mail de contacto) para que puedan realizar todas las consultas que estimen convenientes. Se les entregó información veraz a los participantes y libre de coacción. Además, pueden tomar la decisión voluntaria respecto a su participación o no en el estudio, sin que esto signifique consecuencias, aspecto que se deja claro en el proceso de consentimiento informado.

3.3.3.9 USOS POTENCIALES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Los usos potenciales esperados para esta investigación, son para comparar con estudios similares donde los estudiantes no hayan pasado por las mismas circunstancias y evaluar si los estudiantes de la USS tienen una mayor o menor percepción de autoeficacia de competencias clínicas según el contexto nacional e internacional y con esto potencialmente evaluar el aprendizaje y la motivación con que se llevó a cabo el modelo de aprendizaje utilizado, lo que permitirá a la

Universidad tomar las medidas necesarias para desarrollar una fórmula motivadora de enseñanza en línea y lograr preparar diversas formas de entrega de aprendizaje que sea motivador para los estudiantes, lo que llevará a mantener o mejorar su autoeficacia en el desarrollo de los procesos de aprendizaje.

3.4 TÉCNICA(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

La recolección de datos se hizo de manera presencial en la clínica de atención de pacientes de la Universidad San Sebastián, ejecutado por una docente sin relación directa con los estudiantes, durante el primer semestre del año 2021, se les explicó a los estudiantes el consentimiento informado (ANEXO 1), entregándoselos y posterior a su aceptación y firma se les entregó la ficha de recolección de datos. La recolección de datos se realizó a través de un instrumento que contiene datos sociodemográficos y Autoeficacia de Competencias Clínicas (EAC) (ANEXO 2). Los documentos fueron recolectados una vez que los estudiantes terminaron de responder, para luego analizar e interpretar los datos. El documento no incluía datos personales, por lo cual se protegió la privacidad de todo estudiante y se codificó para mantener el anonimato de los estudiantes.

3.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS (EAC) (ANEXO 2)

Esta escala fue creada en inglés por Carlos Serrano P. en el Instituto de Educación Gustav Mahlerlaan, Amsterdam y llevada al español por Natalia Marcus quien cauteló su validez de fachadas realizando un juicio de expertos mediante la participación de cinco odontólogos con grado de Magíster en Educación. La EAC es un cuestionario de respuesta cerrada tipo Likert, que

incluye 15 ítems asignados de manera teórica a los factores de superación de complicaciones, atención adecuada a pacientes y relación con los pacientes. Cada pregunta entrega 5 posibilidades de respuesta calificadas mediante un puntaje de 1 a 5 (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Tiene un puntaje máximo esperable de 75 puntos. A mayor puntaje, mayor autoeficacia de competencias clínica.

3.4.2 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLACCIÓN DE DATOS

Este instrumento fue aplicado por primera vez en español en la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción en el estudio de Marcus (2017). Por lo tanto será aplicado en la Universidad San Sebastián ya siendo un instrumento válido y probado en la población chilena.

3.4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

En la siguiente tabla se muestra la operacionalización de las variables:

Tabla nº 1 Operacionalización de las variables

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
2,3	Autoeficacia Clínica dependiente Cuantitativa Continua/ordinal	Es la creencia en la propia capacidad para planificar y ejecutar las acciones clínicas requeridas para alcanzar el rendimiento deseado.	15 dimensiones de la Escala de Autoeficacia de clínica (Ver anexo 1)	- Muy en desacuerdo (1 pts) - En desacuerdo (2 pts) - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3 pts) - De acuerdo (4pts) - Totalmente de acuerdo (5 pts) - Sumatoria de los puntajes individuales

3	Nota dependiente cuantitativa continua	calificación (puntuación en un examen)	Nota por capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en la clínica	-Calificación entre 1 y 7
1	Género independiente cualitativa nominal	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Mujer Hombre	0- Mujer 1- Hombre
1	Edad independiente cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.		Número de años cumplidos a la fecha.
1	Comuna Residencia independiente cualitativa nominal	Lugar donde residen los estudiantes	Comunas de Santiago	1.- Oriente 2.- Poniente 3.- Norte 4.-Sur
1	Ocupación independiente cualitativa nominal	Realizan trabajo remunerado a parte de estudiar	Si NO	1.- Si 2.- No
1	Ser padres independiente cualitativa nominal	Hecho de tener o no hijos a cargo	Si No	1.- Si 2.- No

Fuente: elaboración propia

3.4.4 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La estadística descriptiva e inferencial se llevó a cabo mediante el software estadístico STATA 16 (StataCorp®), basado en los objetivos del estudio. La descripción de las variables socio-demográficas género, situación laboral y presencia de hijos fue a través del promedio del puntaje en la escala de autoeficacia. En análisis de asociación entre dichas variables y la escala de autoeficacia fue realizado mediante test de hipótesis T de Student no pareado a dos colas. Por otro lado, la potencial asociación entre la variable cuantitativa discreta edad y escala de autoeficacia fue comprobada mediante prueba de Spearman, con su correspondiente Rho de Spearman.

Para variables cualitativas de varias categorías (asociación entre puntaje y comunas de residencia) se describió el puntaje obtenido en cada comuna a través de promedio y desviación estándar. Se aplicó un test de ANOVA dada la distribución paramétrica de los datos y adicionalmente un modelo predictivo basado en regresión lineal simple. Se consideró como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

VII. CAPITULO 4. RESULTADOS

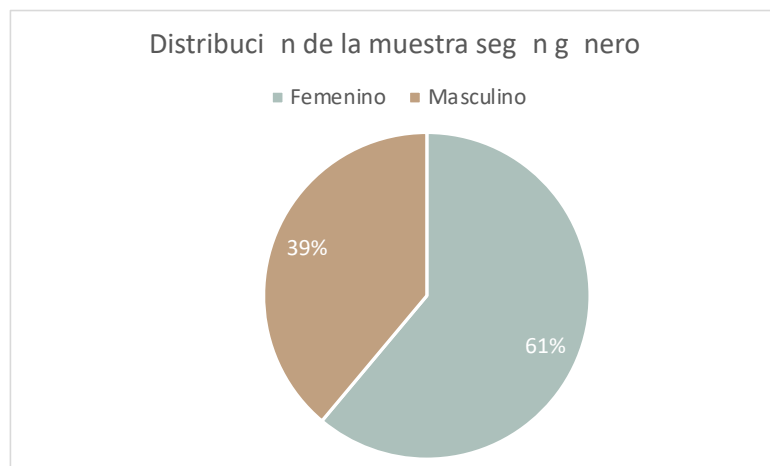
4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A continuación se presentarán los resultados obtenidos luego de ser aplicado el instrumento. Se entregaron 164 encuestas en total a los docentes no tutores directos de los estudiantes y se fue entregando la encuesta a medida que los estudiantes aprobaron la asignatura y cumplían los criterios de inclusión.

4.1.1 RESULTADOS CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

El cuestionario fue respondido por 31 estudiantes. La muestra de estudio se compuso de 19 mujeres (61%) y 12 hombres (39%) como se observa en el Gráfico N° 1.

Gráfico n°1: Distribución de la muestra según género.



Fuente: elaboración propia

La edad de los encuestados osciló entre los 23 y 43 años, con un promedio de 27,55 años (*DE 4,49*) y su distribución se observa en la tabla n°1.

Tabla n°1: Distribución de la muestra según edad

<i>Edad de los encuestados</i>	<i>Nº Estudiantes</i>
23	1
24	6
25	5
26	7
28	2
29	2
30	5
33	1
40	1
43	1
<i>Total general</i>	31

Fuente: elaboración propia

En relación a la distribución por comunas de residencia se pueden ver los resultados en la tabla n°2.

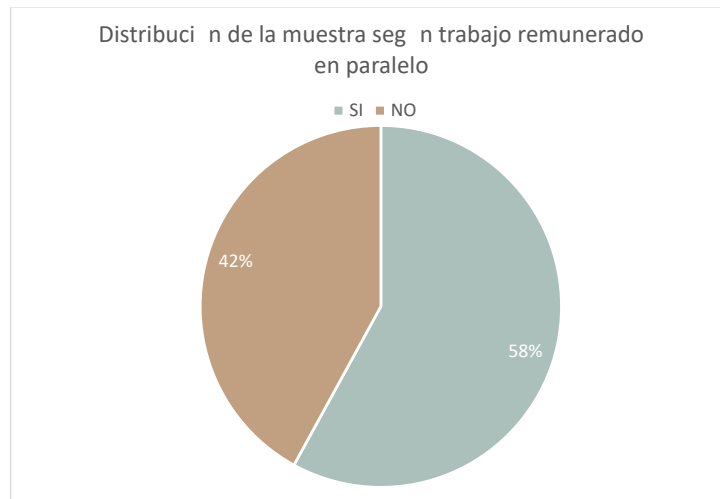
Tabla n°2: Distribución de la muestra según comuna de residencia

<i>Comuna de Residencia</i>	<i>nº Estudiantes</i>
<i>Colina</i>	2
<i>El Bosque</i>	1
<i>La Florida</i>	2
<i>Las Condes</i>	2
<i>Lo Barnechea</i>	1
<i>Maipú</i>	4
<i>Peñaflor</i>	1
<i>Peñalolén</i>	3
<i>Providencia</i>	3
<i>Puente Alto</i>	1
<i>Quilicura</i>	2
<i>Recoleta</i>	1
<i>San Joaquín</i>	1
<i>San Ramón</i>	1
<i>Santiago</i>	6
<i>Total general</i>	31

Fuente: elaboración propia

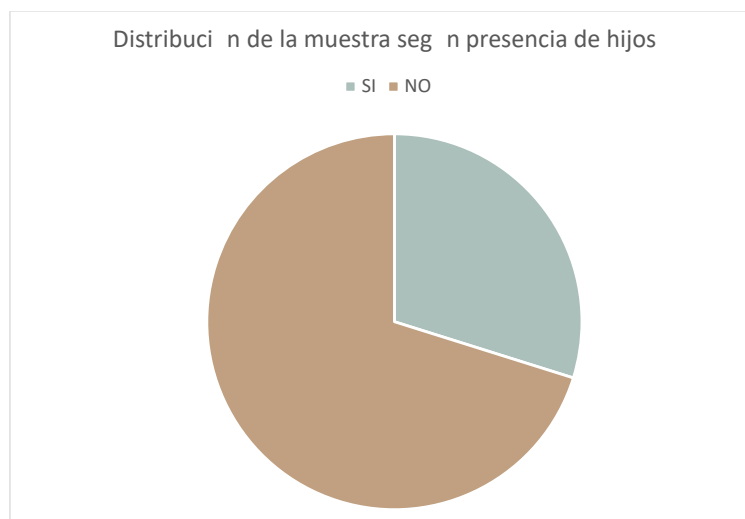
En cuanto a si realizan trabajo remunerado en paralelo a su enseñanza universitaria el 58% (18) respondió que si lo hacía mientras que un 42% (13) no lo hacía (Gráfico n°2). Y finalmente se les preguntó si tenían hijos, el 13% (4) si tiene y el 87% (27) no (Gráfico n°3).

Gráfico n°2 : Distribución de la muestra según si el estudiante realiza trabajo remunerado en paralelo o no.



Fuente: elaboración propia

Gráfico n°3 : Distribución de la muestra según presencia de hijos.



Fuente: elaboración propia

4.1.2 RESULTADOS ESCALA DE AUTOEFICACIA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS

La percepción autoeficacia de estudiantes de 5to año que aprobaron la asignatura Clínica Integral del niño II a través de la Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas en Estudiantes de Odontología USS que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19, se determinó utilizando la Escala de autoeficacia de competencias clínicas (EAC), se calculó el puntaje global de la escala a través de la sumatoria no ponderada de las respuestas codificadas de cada sujeto, de un puntaje mínimo de 15 y máximo 75 pts, encontrándose que los puntajes oscilaron entre 54 y 74 puntos, con una media de 65,42 (DE 5,07). En la tabla n°3 se presentan los resultados descriptivos para cada ítem de la escala aplicada a los estudiantes antes mencionados.

Tabla n°3: Descriptivos de la Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas

Soy capaz de:	min	max	prom	ds
1. Distinguir la información relevante para el diagnóstico en una entrevista clínica	2	5	4,42	0,67
2. Reconocer los problemas de salud que afectan al paciente	4	5	4,61	0,50
3. Elaborar un plan de tratamiento integral según los requerimientos del paciente	4	5	4,58	0,50
4. Proporcionar atención adecuada a mis pacientes en las situaciones clínicas habituales	4	5	4,71	0,46
5. Evaluar diversas opciones de tratamiento para un paciente determinado	3	5	4,35	0,61
6. Encontrar los medios para ejecutar acciones clínicas sin importar las dificultades	2	5	3,84	0,86
7. Llevar a cabo un plan de tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos del paciente	2	5	4,42	0,72
8. Resolver de manera autónoma situaciones clínicas poco habituales, bajo supervisión de mi instructor, si me esfuerzo lo suficiente	3	5	4,00	0,63
9. Enfrentar eficientemente complicaciones clínicas inesperadas	2	5	3,84	0,78
10. Mantener la calma cuando me enfrento a problemas clínicos	2	5	4,26	0,89
11. Encontrar una solución ética si cometo un error o algo va mal con el tratamiento que estoy realizando	3	5	4,68	0,54
12. Confiar en mi capacidad de adaptación a la complejidad del paciente	3	5	4,29	0,59
13. Informar al paciente sobre su tratamiento y pronóstico con lenguaje adecuado acorde a su edad y nivel socio-cultural	3	5	4,81	0,48
14. Realizar un tratamiento integral del paciente	4	5	4,61	0,50
15. Distribuir los tiempos de trabajo clínico de manera eficiente	2	5	4,00	0,89
TOTAL	31	5	4,36	0,60

Fuente: elaboración propia

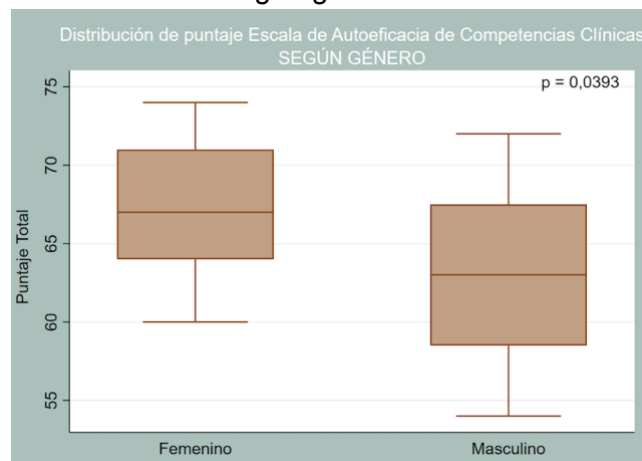
La capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en clínica se determinó con el autorreporte de los estudiantes asignándose una nota de 1 a 7, los resultados muestran una media de 5,72 (*DE 0,60*) un máximo de 7 y un mínimo de 5.

4.1.3 RELACIÓN DE RESULTADOS ESCALA DE AUTOEFICACIA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

4.1.3.1 ASOCIACIÓN ENTRE GÉNERO Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

Dado que la variable resultado de escala de autoeficacia presenta distribución normal, se aplicó una prueba T de Student para evaluar posible asociación entre el género y dicha escala. Las mujeres obtuvieron en promedio 66,89 puntos (*D.E=4,05*) mientras que los hombres obtuvieron en promedio 63,08 puntos (*D.E=5,79*). La diferencia en puntaje entre géneros es leve, pero estadísticamente significativa ($p=0,0393$) a favor de un mayor puntaje en el género femenino, como se muestra en el gráfico n°4.

Gráfico n°4: Distribución de puntaje Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas según género



Fuente: elaboración propia

4.1.3.2 ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

De acuerdo con el análisis, se obtuvo un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,0711$) que sugiere nula asociación entre ambas variables con un valor $p = 0,7039$. Al realizar una regresión lineal se confirma que no hay asociación, ya que el intervalo de confianza al 95% pasa por el valor nulo ($-0,257 - 0,591$).

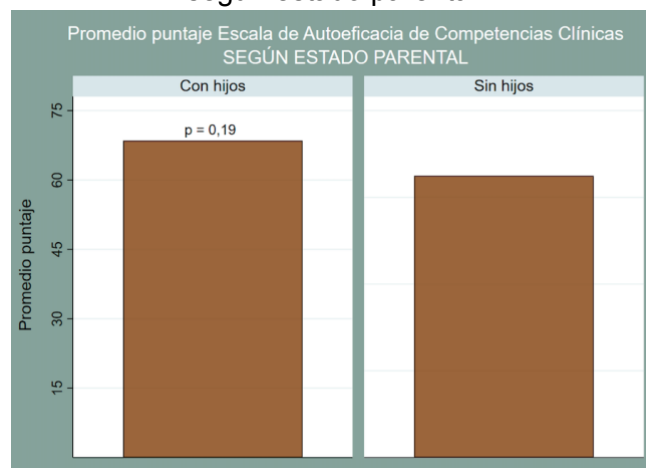
4.1.3.3 ASOCIACIÓN ENTRE SITUACIÓN LABORAL Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

Al aplicar la prueba T de Student a dos colas, no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. El promedio de puntaje para aquellos alumnos con actividad laboral fue de 65 puntos, mientras que para aquellos que no trabajan 65,72 puntos ($p = 0,7025$).

4.1.3.4 ASOCIACIÓN ENTRE PRESENCIA DE HIJOS Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

El promedio de puntaje en los 4 alumnos con hijos fue de 65,8. En alumnos sin hijos fue de 64,962. De acuerdo con la prueba T de Student no existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,1979$). Como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico n°5: Promedio de puntaje Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas según estado parental



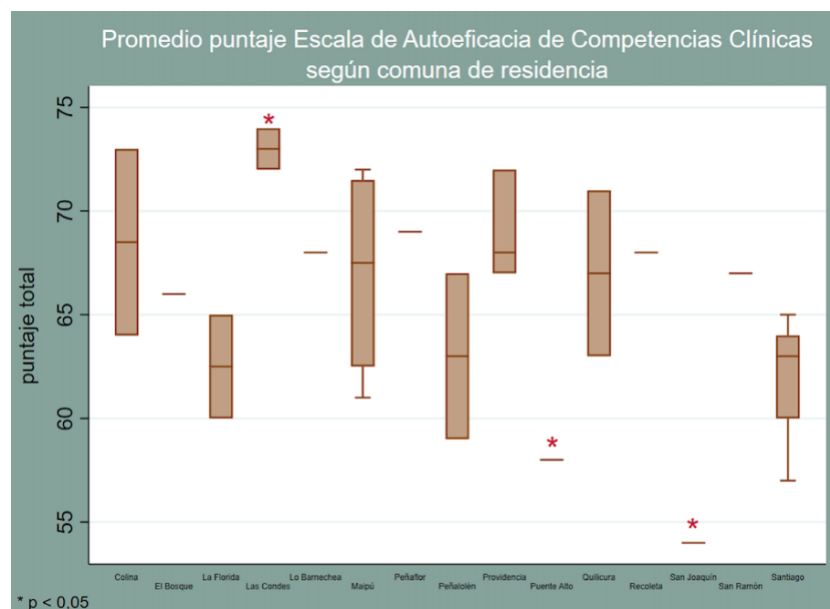
Fuente: elaboración propia

4.1.3.5 ASOCIACIÓN ENTRE COMUNA DE RESIDENCIA Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

Dado que la variable resultados escala autoeficacia sigue una distribución normal, se aplicó el test de ANOVA. De acuerdo con sus resultados, no existe una diferencia estadísticamente significativa del puntaje dependiendo de la comuna de origen ($p=0,068$). Es posible que la diferencia no se detecte dado el tamaño muestral pequeño y a que en algunas comunas hay solo un valor de referencia (un alumno).

Al analizar por subgrupos mediante regresión lineal, en promedio el alumno de San Joaquín tiene 11,3 puntos menos que aquellos de Las Condes ($p = 0,016$), mientras que los alumnos de Las Condes tienen en promedio 7,7 puntos más que aquel de la comuna de San Joaquín ($p = 0,022$). A su vez, los alumnos de Las Condes tienden a tener 7,85 puntos más que los alumnos de Puente Alto ($p = 0,028$) (Gráfico n°6).

Gráfico n°6: Promedio de puntaje Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas según comuna de residencia



Fuente: elaboración propia

Al aplicar un modelo predictivo de puntaje en escala de autoeficacia con todas las comunas en estudio, la única que mantuvo una diferencia estadísticamente significativa fue la comuna de San Joaquín, con un valor ($p = 0,038$) y en promedio una tendencia a 13 puntos menos en la escala de autoeficacia (Tabla nº4).

Tabla nº4: Resumen de distribución comunas de Santiago según puntaje

<i>Comuna residencia</i>	<i>N</i>	<i>mean</i>	<i>sd</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
<i>Colina</i>	2	68.5	6.36	64	73
<i>El Bosque</i>	1	66	-	66	66
<i>La Florida</i>	2	62.5	3.53	60	65
<i>Las Condes</i>	2	73	1.41	72	74
<i>Lo Barnechea</i>	1	68	-	68	68
<i>Maipú</i>	4	67	5.35	61	72
<i>Peñaflor</i>	1	69	-	69	69
<i>Peñalolén</i>	3	63	4	59	67
<i>Providencia</i>	3	69	2.64	67	72
<i>Puente Alto</i>	1	58	-	58	58
<i>Quilicura</i>	2	67	5.65	63	71
<i>Recoleta</i>	1	68	-	68	68
<i>San Joaquín</i>	1	54	-	54	54
<i>San Ramón</i>	1	67	-	67	67
<i>Santiago</i>	6	62	3.03	57	65
TOTAL	31	65.41	5.07	54	74

N = total; Mean = promedio; sd = desviación estándar min-max = rango

Fuente: elaboración propia

4.1.3.6 ASOCIACIÓN ENTRE PROVINCIA DE RESIDENCIA Y RESULTADOS ESCALA AUTOEFICACIA.

La distribución de puntaje según provincia se observa en la tabla nº5.

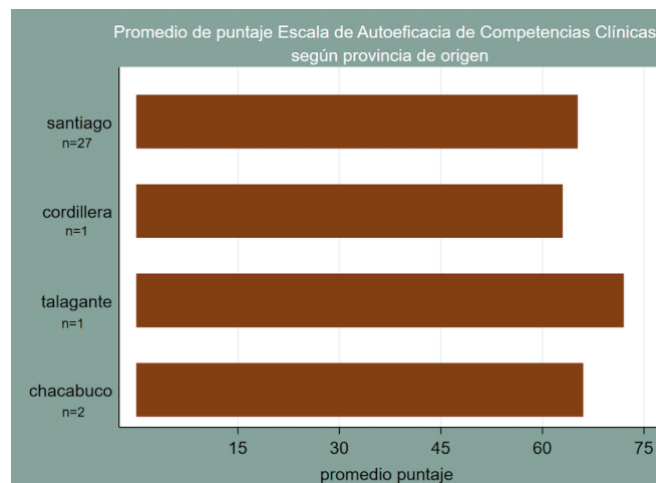
Tabla n°5: Resumen de distribución Provincias de Santiago según puntaje

<i>Provincia</i>	<i>N</i>	<i>mean</i>	<i>sd</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
<i>Santiago</i>	27	65.2	5.23	54	74
<i>Cordillera</i>	1	63	-	63	63
<i>Talagante</i>	1	72	-	72	72
<i>Chacabuco</i>	2	66	2.82	64	68
TOTAL	31	65.4	5.07	54	74

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la test de hipótesis de Anova no existe diferencia estadísticamente significativa entre las diferentes provincias ($p = 0,59$) (Gráfico n°7).

Gráfico n°7: Promedio de puntaje Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas según provincia de origen



Fuente: elaboración propia

VIII. CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil de egreso de la Carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián indica que el Cirujano Dentista egresado de la USS es un profesional capaz de promover y mantener la salud bucal de las personas, de prevenir, diagnosticar y formular un pronóstico de las enfermedades que afectan al sistema estomatognático. Está preparado para tomar decisiones con criterio ético y clínico basado en la evidencia científica actual y los recursos tecnológicos disponibles, para tratar integralmente las enfermedades orales más prevalentes, resolviendo las urgencias odontológicas y derivando oportunamente las patologías infrecuentes o que requieran tratamientos de mayor complejidad (www.uss.cl).

El objetivo general de la investigación es analizar la percepción de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes que aprobaron clínica integral del niño I enfrentando la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID 19. A continuación, se discuten los hallazgos obtenidos en relación al objetivo general del estudio, comentando ciertas limitaciones y señalando las futuras líneas de investigación que pueden ser proyectadas desde los resultados obtenidos.

5.1 DISCUSIÓN

5.1.1 ESCALA DE AUTOEFICACIA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS:

De acuerdo a los resultados generales de la Escala de Autoeficacia de Competencias Clínicas, los puntajes oscilaron entre 54 y 74 puntos, con una media de 65,42 (DE 5,07) tomando en cuenta que el puntaje mínimo posible es 15 y el máximo es 75, podemos ver que la mayoría de los estudiantes en general

presentan resultados más cercanos al rango mayor de los resultados, lo que significa que presentan una alta autoeficacia de competencias clínicas. En el estudio de Marcus que utilizaron la misma escala en el año 2018 obtuvieron un promedio de 58,83 (DE 7,38) y la catalogan como una alta percepción de autoeficacia de competencias clínicas. Nuestros resultados se oponen con lo que podríamos esperar al analizar el contexto social e internacional actual, como no contamos con estudios previos en nuestros estudiantes no tenemos punto de comparación para determinar si los puntajes son mayores o menores a los que nuestros estudiantes pudieran tener", bajo c pero podemos pensar que el alto valor obtenido se debe a que los estudiantes encuestados están en su periodo final de formación académica y fueron aprobados para el siguiente curso, por lo tanto cumplen con las competencias mínimas y por lo mismo deberían tener la capacidad y autoconfianza para realizarlas en su siguiente etapa de formación, como lo evidencia Torres quien estudió autoeficacia general el año 2011 (Torres Chianale, 2011) en estudiantes de internado en la Universidad de Concepción obteniendo un resultado promedio de esta escala de 34 puntos de 40.

Al analizar el puntaje promedio de cada ítem de la encuesta aplicada, el " Enfrentar eficientemente como p l " i Ecraccd motnreas c medios para ejecutar acciones c fueron los: a s s i que obtuvieron los menores puntajes promedio. Creemos que para ambos casos tanto la seguridad como la autonomía en los estudiantes se vieron desfavorecidos por los eventos contextuales y podríamos sugerir que es debido a que no lograron la ejecución de los procedimientos clínicos de forma adecuada tanto en tiempo de ejecución como en cantidad y/o calidad de los procedimientos, así como una base teórica entregada con un formato diferente (on-line, formato nuevo tanto para profesores como para estudiantes). Otro factor a tomar en cuenta es el stress emocional que las mismas circunstancias han afectado a los estudiantes, Ozamiz-Etxebarria (2020), observó que en estudiantes universitarios el estrés, la ansiedad y la depresión durante el encierro por la

pandemia del COVID-19 fueron mayores en la población de 18 a 25 años, concluyendo que la principal causa fue el cambio que se produjo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, que pasó de las clases presenciales a las que se desarrollaron en línea.

Marcus et al. (2018) también obtuvo el mismo punto con menor puntaje menor y lo atribuyen a que el manejo de complicaciones requiere un buen manejo de autoconfianza y autoeficacia que lleven al operador a sentir la seguridad necesaria para poder manejar de la mejor manera la situación clínica inesperada, coincidimos en que para mejorar la seguridad se podría potenciar la capacidad de resolución de problemas de los estudiantes, enfocarse en el razonamiento clínico más que en la ejecución de acciones clínicas, cosa que les permita enfrentarse a distintas situaciones que escapen del quehacer común y a la vez promover su autoconfianza para poder llegar a un resultado exitoso. Sabemos que los docentes juegan un rol importantísimo en el desarrollo de los estudiantes, ya que existen evidencias de la relación entre factores como el apoyo de los profesores a la autonomía y el compromiso académico con la satisfacción de los estudiantes, demostrado por Christenson 2012. El compromiso académico (academic engagement) puede ejercer una gran influencia sobre el aprendizaje y el rendimiento en la educación superior (Kahu, 2013). Según Riquelme, frente a este propósito, habría que señalar cuatro aspectos: el tutor clínico debería tener amplio dominio del conocimiento disciplinar y competencias docentes para planificar técnicamente su tutoría, comunicar correctamente los resultados de aprendizaje esperados, aportar los instrumentos de evaluación que servirán de guía para que el estudiante tenga autonomía y fortalezca su aprendizaje, ser promotor de aprendizaje seguro y otorgar una retroalimentación efectiva (Riquelme-Silva & Santelices, 2021).

Otra forma que se puede ayudar a los estudiantes a tener una alta percepción de autoeficacia de competencias clínicas, basados en la adquisición de experiencias previas y vicarias es lo planteado por Venegas-Gómez et al., 2016, quien

concluye que existe una necesidad de desarrollar los ciclos básicos preclínicos y clínicos en forma integrada y no segmentada, teniendo continuamente visitas o sesiones clínicas, como actividades de apoyo para el aprendizaje; con la finalidad de propiciar el razonamiento clínico y la comprensión contextual de lo que se aprende en los ciclos básicos de preclínica, aclarando dudas que se les presente a los estudiantes y reforzando su identidad profesional, lo que finalmente ayudaría en su autoeficacia en clínica.

El ítem con mayor puntaje promedio fue "tratamiento y pronóstico con lenguaje adecuado acorde a su edad y nivel socio-cultural" procedimiento que se basa principalmente en la capacidad de cada estudiante para relacionarse con las personas que tienen una menor relación con habilidades procedimentales o aptitudinales adquiridas durante su enseñanza universitaria.

5.1.2 CAPACIDAD PARA ORGANIZAR Y EJECUTAR LAS ACCIONES REQUERIDAS EN CLÍNICA:

Obtuvo como resultado una media de 5,72 (*DE 0,60*) calificación que implica que los estudiantes tienen una buena percepción de sus funciones ejecutivas y nos vuelve a confirmar lo encontrado en los resultados de la encuesta de competencias clínicas, donde encontramos una alta percepción de autoeficacia de competencias clínicas.

Cabe destacar que dentro de los elementos claves que incluyen las funciones ejecutivas del desarrollo humano se encuentran: la planificación y organización y la selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas (Anderson, 2008), en relación a estos procesos que integran las funciones ejecutivas se ha postulado una propuesta que considera este constructo desde una perspectiva dicotómica: procesos fríos (identificados como procesos cognitivos) y procesos

calientes (procesos que representan respuestas afectivas a situaciones que son significativas y que implican regulación de los afectos y de las emociones). Estos procesos son especialmente importante en situaciones novedosas que requieren un ajuste rápido y flexible a las demandas del contexto (Bausela Herreras, 2014), lo que nos permite reflexionar en relación a que la capacidad que tienen los estudiantes para organizar y ejecutar las acciones requeridas están en directa relación con las capacidades individuales de autoregulación emocional guiados por los conocimientos que tienen y que se debe trabajar en ambos para lograr un adecuado desarrollo de las habilidades individuales de los estudiantes.

5.1.3 GÉNERO:

En relación al género: los resultados muestran que existe asociación estadísticamente significativa a favor de un mayor puntaje en la escala de autoeficacia de competencias clínicas en el género femenino, lo que puede tener relación con la mayor cantidad de mujeres estudiadas o a la seguridad que puedan presentar ellas de los conocimientos adquiridos. La variable género ha sido una dimensión bastante compleja de captar, puesto que las investigaciones evidencian discrepancias (Covarrubias & Lira, 2015).

Karaharju-Suvanto, 2014 estudió en Finlandia a dentistas recién egresados y encontraron que los hombres tenían una mejor percepción de las competencias adquiridas para realizar procedimientos clínicos que las mujeres y que estas últimas indicaban que sintieron que se podrían haber beneficiado de dedicar más tiempo a aprender habilidades clínicas.

5.1.4 EDAD:

Respecto a la edad, de acuerdo con el análisis, se obtuvo un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,0711$) que sugiere nula asociación entre edad y puntaje

obtenido en la escala de autoeficacia de competencias clínicas con un valor $p=0,7039$ lo que se contrapone con lo encontrado por Veliz 2012 donde sus resultados indican que en la medida que se tiene mayor edad en la universidad se tiende a tener una mayor percepción positiva de las capacidades individuales para el éxito universitario. (Veliz-burgos, 2012) Lo que puede tener relación con que la muestra estudiada tenía una alta edad en promedio para un universitario de último año (27,55 años *DE* 4,49).

5.1.5 SITUACIÓN LABORAL Y PRESENCIA DE HIJOS

No existe una asociación estadísticamente significativa entre situación laboral y el puntaje obtenido en la escala de autoeficacia de competencias clínicas aunque el puntaje promedio es levemente mayor en los que no trabajan al mismo tiempo que estudian. Entre la presencia de hijos y resultados de la escala autoeficacia de competencias clínicas tampoco hay diferencia estadísticamente significativa, pero el promedio de autoeficacia es mayor para los que tienen hijos.

Ambos puntos nos podrían poner a pensar múltiples causas por las cuales uno o el otro caso hacen que los estudiantes tengan mayor percepción de autoeficacia, podemos sugerir que los estudiantes que trabajan tienen menos tiempo para adquirir las competencias, y basados en esta falta de tiempo, podríamos pensar que los estudiantes que son padres también tienen menos tiempo, pero en éste último caso su puntaje promedio es mayor que los que no tienen hijos, pudiendo justificar esto en la necesidad de cumplir con sus obligaciones académicas de forma eficiente para compensar el menor tiempo que se dispone, al tener un hijo, cabe mencionar además que los cuatro estudiantes que tienen hijos, además trabajan. Recordemos que las principales fuentes de autoeficacia son: experiencias propias, experiencias vicarias, la persuasión social y finalmente los estados emocionales y fisiológicos como la ansiedad (Bandura, 1977), por lo tanto son muchas las variables que están en juego en la autoeficacia.

Probablemente una muestra mayor y con mayor cantidad de variables, o más específicas, sea necesario para complementar estos resultados.

5.1.6 COMUNA DE RESIDENCIA

Nuestro análisis da como resultado que estudiantes de una comuna económicamente más acomodada (Las Condes) tienen en promedio mejor puntaje que estudiantes de comunas menos acomodadas como San Joaquín o Puente Alto (7,7 y 7,8 puntos más alto respectivamente). La única que mantuvo una diferencia estadísticamente significativa fue la comuna de San Joaquín, con un valor ($p=0,038$) y en promedio una tendencia a 13 puntos menos en la escala de autoeficacia. Este valor debe analizarse con cautela, porque solamente un alumno vivía en la comuna y puede no ser representativo de toda la población de esa comuna.

En el estudio de Aguirre Mas 2009, al analizar autoeficacia en la población Chilena con las variables sociodemográficas, observó que existe relación con el género, edad y nivel socioeconómico, en cuanto a éste último punto explican que los niveles de mayor autoeficacia en los niveles socioeconómicos altos pueden deberse a que las personas de estrato alto se sienten capaces de cumplir sus metas, debido a que cuentan con los recursos para realizarlas y su entorno facilita las oportunidades de demostrar las capacidades. En el estrato bajo los individuos, tras su condición social tendrían asumidas una serie de limitaciones reflejadas en que no se proponen grandes metas.

A modo de reflexión es importante considerar que el nivel de percepción de autoeficacia de competencias clínicas es una evaluación específica de autoeficacia y que al considerar factores de superación de complicaciones, atención adecuada a pacientes y relación con los pacientes, aspectos que tributan al perfil de egreso de nuestros estudiantes, la institución académica podría considerar los resultados para potenciar las habilidades que tributan a la

formación de los estudiantes, ayudando a propiciar un ambiente interno acorde a los requerimientos de los estudiantes, que incluya apoyo emocional y fortaleciendo la autoeficacia de los estudiantes, mejorando las habilidades de los docentes para lograr este objetivo, docentes que en su formación pueden no tener las herramientas suficientes.

5.2 CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación, permiten concluir que la mayoría de los estudiantes perciben que poseen una alta autoeficacia para desarrollar las competencias clínicas a pesar de haber enfrentado la crisis social y la posterior pandemia por COVID 19.

Los criterios " Enfrentar eficientemente c
" Encontrar los medios para ejecutar acc
dificultad que presentan menos puntaje promedio entre los
estudiantes.

Según su autorreporte, los estudiantes de la muestra perciben que presentan una alta capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en clínica.

El género femenino reporta una mayor percepción de autoeficacia de competencias clínicas con una diferencia en puntaje entre géneros leve, pero estadísticamente significativa.

Los estudiantes de comunas más acomodadas tienen mayor puntaje en su resultado final de la escala en comparación con comunas menos acomodadas aunque este valor debe tomarse con cautela por el número de estudiantes por comuna que puede no ser representativo de toda la población de esa comuna.

La edad, situación laboral y ser padres no están relacionados con la percepción de autoeficacia de competencias clínicas entre los estudiantes.

Las mejores estrategias para que una institución educativa logre cumplir sus metas, es estar atentos a sus estudiantes, donde en cualquier situación deben sentirse protegidos y apoyados para que puedan llevar a cabo su proceso de aprendizaje.

Una de las limitaciones que se tuvo en este estudio, es el hecho de no contar con estudios con las mismas variables dentro de la institución en otros periodos de tiempo, lo que permitiría realizar comparaciones en la misma población.

Otra limitación está por la condición en que se presentaban las personas encuestadas, trabajo semipresencial, lo cual significó obtener un bajo número de encuestas respondidas.

Una sugerencia para futuros estudios sería incluir en la muestra el total de estudiantes, aprobados y reprobados para poder visualizar diferencias entre ambos.

Con respecto a la realidad sociodemográfica encontrada, nos ofrece un gran potencial para conocer la realidad de los estudiantes. Nos permite observar las orientaciones y con esto estimular la motivación y rendimiento de los estudiantes, donde el apoyo emocional y acompañamiento en la autoconfianza de los estudiantes es fundamental que se implemente por parte de los de los docentes, para lograr un objetivo de aprendizaje completo, no solo técnico sino que también se apoye a su confianza y así fortalecer su autoeficacia.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Aboalshamat, K., Hou, X. Y., & Strodl, E. (2015). Psychological well-being status among medical and dental students in Makkah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Medical Teacher, 37*(S1), S75–S81.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1006612>
- Aguirre Mas, C., & Vauro Desiderio, R. (2009). Autoestima y Autoeficacia de los Chilenos. *Ciencia & Trabajo, 11*(32), 111–116. Retrieved from <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=23c6e601-722e-4d23-929c-b78724b472b7%40redis>
- Albert Bandura. (2001). *GUIA PARA LA CONSTRUCCION DE ESCALAS DE AUTOEFICACIA revista*. Retrieved from <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000>
- Bandura, Albert. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, Albert. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, 1*(2), 77–98. <https://doi.org/10.1080/10615808808248222>
- Bandura, Albert. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist, 28*(2), 117–148.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Bausela Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica, 11*(1), 21–34.
<https://doi.org/10.5944/AP.1.1.13789>
- biobiochile.cl. (2019). Ordenan toque de queda a partir de las 0:00 horas en toda la región de Valparaíso | Nacional | BioBioChile. Retrieved January 11, 2021, from <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-valparaiso/2019/10/19/determinan-toque-de-queda-en-provincia-de-valparaiso-a-partir-de-las-0000-horas.shtml>
- Brown, C., & Salmi, J. (2020). Putting fairness at the heart of higher education. Retrieved April 18, 2021, from University World News website:
<https://www.universityworldnews.com/post.php?story=20200417094523729>

- Cáceres, L. A. C. (2020). *Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca como parte de los requisitos científicos exigidos para la obtención del título de Cirujano Dentista.*
- Camposeco, F. (2012). La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en matemáticas a través de un criterio étnico. *Universidad Complutense de Madrid*, 252.
- Carrasco Ortiz, M. Á., & Del Barrio Gándara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323–332. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714221>
- Cayo-Rojas, C. F., & Agramonte-Rosell, R. de la C. (2020). Desafíos de la educación virtual en Odontología en tiempos de pandemia COVID-19. *Rev. Cuba. Estomatol*, 57(3). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000300017
- Christenson, S. L., Wylie, C., & Reschly, A. L. (2012). Handbook of Research on Student Engagement. In *Handbook of Research on Student Engagement*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7>
- Cid H, P., Orellana Y, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551–557. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- Cooperativa.cl. (2019a). [Video] Secundarios protestaron contra el alza del Metro con masiva evasión - Cooperativa.cl. Retrieved January 11, 2021, from <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/transportes/metro/secundarios-protestaron-contr-el-alza-del-metro-con-masiva-evasion/2019-10-14/201854.html>
- Cooperativa.cl. (2019b). Histórico: Los chilenos definirán, en Plebiscito, si hay nueva Constitución y su mecanismo - Cooperativa.cl. *Cooperativa.Cl*, 1–8. Retrieved from <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/manifestaciones/historico-los-chilenos-definiran-en-plebiscito-si-hay-nueva/2019-11-15/012059.html>
- Corey, G. (1995). Serie Vigilancia 1: Vigilancia Epidemiológica. *Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Metepec, México.*
- Covarrubias, C. G., & Lira, M. M. (2015). Sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores chilenos desde las perspectivas de género y experiencia. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 41(1), 63–78. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052015000100004>

- Crego, A., Carrillo-Diaz, M., Armfield, J. M., & Romero, M. (2016). Stress and Academic Performance in Dental Students: The Role of Coping Strategies and Examination-Related Self-Efficacy. *Journal of Dental Education*, 80(2), 165–172.
- Danaei, S. M., Azadeh, N., & Jafarpur, D. (2018). General Self-Efficacy and Self-Perceived Confidence of Dental Students in Performing Orthodontic Clinical Skills. *Educational Research in Medical Sciences* 2018 7:2, 7(2), 80010.
<https://doi.org/10.5812/ERMS.80010>
- E r s a n , N . , F i e k ç i o l u , E . , D ö l e k o l u , S . , O k t
sources and levels of stress, general self-efficacy and coping strategies in clinical dental students. *Psychology, Health and Medicine*, 22(10), 1175–1185.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1286359>
- García, C., & Aguilar, A. (2013). Vigilancia Epidemiologica en salud. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(6), 121–128. Retrieved from
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600013
- Heiss, C. (2020). *CHILE: Entre el estallido social y la pandemia*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. *Metodología de La Investigación.*, 6, 88–101. Retrieved from
http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2792/510_06_color.pdf?sequence=1
- Ibieta, C. (2012). Percepción de la experiencia del primer año de clínica integral en alumnos de odontología de una universidad privada chilena. In *Rev Educ Cienc Salud* (Vol. 9).
- J o r g e G i l l i e s . (2 0 1 9) . " S a n t i a g a V o z d e l N o r t e . O c t u b r e
La Voz Del Norte. Retrieved from
<https://www.lavozdelnorte.cl/2019/10/santiago-de-octubre-preludio-de-que/>
- Kahu, E. R. (2013). Framing student engagement in higher education. *Studies in Higher Education*, 38(5), 758–773. <https://doi.org/10.1080/03075079.2011.598505>
- Karaharju-Suvanto, T., Näpänkangas, R., Koivumäki, J., Pyörälä, E., & Vinkka-Puhakka, H. (2014). Gender differences in self-assessed clinical competence- a survey of young dentists in Finland. *European Journal of Dental Education*, 18(4), 234–240. <https://doi.org/10.1111/eje.12092>
- Marcus, N., Ortiz, L., & Serrano, C. (2018). Escala de autoeficacia de competencias

- clínicas en estudiantes de odontología: estudio psicométrico. *Educación Médica Superior*, 32(2), 0-0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de salud. (2020). Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Retrieved June 3, 2022, from MINSAL website: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
- MINSAL. (2021). Gob.cl - Cifras Oficiales. Retrieved June 3, 2022, from Reporte diario COVID 19 website: <https://www.gob.cl/pasoapaso/cifrasoficiales/>
- Olaz, F. O. (2003). Autoeficacia, Diferencias de Género y Comportamiento Vocacional. *REME*, Vol. 6, p. 6. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=640536&orden=4855>
- OPS/OMS. (2020). Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved April 18, 2021, from INFORME website: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
- Ordorika, I. (2020). Pandemia y educación superior. *Revista de La Educación Superior*, 49(194), 1-8. <https://doi.org/10.36857/resu.2020.194.1120>
- Ornelas, M., Blanco, H., Gastélum, G., & Chávez, A. (2012). Autoeficacia Percibida en la conducta Académica de Estudiantes Universitarias. *Formacion Universitaria*, 5(2), 17-26. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062012000200003>
- Ornelas, M., Blanco, H., Viciano, J., & Rodríguez, J. M. (2015). Percepción de autoeficacia en la solución de problemas y comunicación científica en universitarios de ingeniería y ciencias sociales. *Formacion Universitaria*, 8(4), 93-100. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062015000400011>
- Ozamis-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- PAHO. (2020). PAHO COVID-19 RESPONSE. Retrieved January 6, 2021, from <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
- Pajares, F. (2006). *Self Efficacy Beliefs of Adolescents*. Retrieved from https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=P_onDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA339

&dq=Self-

Efficacy+During+Childhood+and+Adolescence:+Implications+for+Teachers+and+Parents,+En+Self-

+efficacy+Beliefs+of+Adolescent&ots=riRlv0CkBT&sig=m5Q5lLyYtwuaDEdcINEJdWk2XA#v=onep

Perfil de Egreso carrera Odontología Universidad San Sebastián, disponible en www.uss.cl. (n.d.).

Rehbein, C., & Rehbein, C. (2019). El petitorio de la primavera de Chile: La voz de distintos representantes sociales. *Publimetro Chile*. Retrieved from <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2019/10/23/petitorio-medidas-sociales.html>

Riquelme-Silva, M. J., & Santelices, L. (2021). Percepciones de estudiantes y docentes acerca de las competencias del tutor clínico en odontología: estudio descriptivo. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 24(1), 21. <https://doi.org/10.33588/fem.241.1107>

Rojas, H. L. (2008). Aprendizaje Autorregulado, motivación y rendimiento Académico. *Liberabit*, 14(14), 15–20.

Said, C. (2019). Educación Superior se paralizó por primera vez en 40 años - La Tercera. Retrieved January 9, 2021, from <https://www.latercera.com/nacional/noticia/educacion-superior-se-paralizopor-primeravez-40-anos/871917/>

Samaranayake, C. B., & Fernando, A. T. (2011). Satisfaction with life and depression among medical students in Auckland, New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 124(1341). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/51681843_Satisfaction_with_life_and_depression_among_medical_students_in_Auckland_New_Zealand

Schmidt-Hebbel, K. (2019). *La crisis de Chile: causas, efectos y salidas*. Retrieved from <https://negocios.udd.cl/noticias/2019/11/la-crisis-de-chile-causas-efectos-y-salidas/>

Tercera.cl, L. (2019). Presidente Piñera decreta estado de emergencia en Santiago de Chile | Noticias | teleSUR. Retrieved January 11, 2021, from <https://www.latercera.com/nacional/noticia/presidente-pinera-decreta-estado-emergencia-provincias-santiago-chacabuco/868338/>

Torres Chianale, M. F. (2011). *Autoeficacia en alumnos internos de la carrera de Odontología de la Universidad de Concepción*.

- UChile, D. (2020). Cámara aprueba nueva fecha para el plebiscito por nueva Constitución. *Diario UChile*. Retrieved from <https://radio.uchile.cl/2020/03/24/camara-aprueba-nueva-fecha-para-el-plebiscito-por-nueva-constitucion/>
- UNESCO IESLAC. (2020). *Covid 19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después. Análisis de impactos, respuestas políticas y recomendaciones*. Retrieved from <http://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-ES-130520.pdf>
- Veliz-burgos, A., & Apodaca Urquijo, P. (2012). *Levels of Self-Concept, Academic Self-Efficacy and Psychological Wellbeing of University Students in Temuco City*. (2), 131–150.
- Venegas-Gómez, M., Ferri-Sánchez, G., Ortiz-Solarte, A., & Verdugo-Letelier, B. (2016). Causas que afectan el proceso de transición de los estudiantes desde un ambiente simulado a uno con pacientes reales en la carrera de odontología. Experiencia de la Universidad Diego Portales de Chile. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 19(5), 265. <https://doi.org/10.33588/fem.195.858>
- Vera, M., Salanova, M., & Martín-del-Río, B. (2011). Self-efficacy among university faculty: How to develop an adjusted scale. *Anales de Psicología*, 27(3), 800–807.
- Vicki Anderson, et al. (2008). *Executive Functions and the Frontal Lobes: A Lifespan Perspective - Google Libros*. Retrieved from https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=f8p5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&ots=RjfEzXyqNV&sig=U8G4aahdb4kK2Su8ttCODc0JmFg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Williamson Benaprés, C. (2019). Ataque a la Universidad | USS 2021. Retrieved January 11, 2021, from 30 de diciembre de 2019 website: [https://www.uss.cl/blog/ataque-a-la-universidad./](https://www.uss.cl/blog/ataque-a-la-universidad/)
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

X. ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ Percepción de autoeficacia clínica de estudio
crisis social y pandemia COVID-19, Universidad San Sebastián 2021, estudio
d e s c r i p t i v o ”

Usted ha sido invitado a participar en el estudio perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián y llevada a cabo por Patricia Alvear Godoy y María Consuelo Rubio Muñoz, estudiantes del Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud de la Universidad San Sebastián, sede Santiago, y dirigido por el Dr. Mario Zúñiga Mogollones, académico de esta misma institución.

El propósito de este consentimiento es entregar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de ésta para ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El valor social de esta investigación radica en un impacto relevante para la reflexión y toma de decisiones en el proceso de enseñanza de la carrera de odontología, frente a situaciones del medio externo que obliguen la abrupta interrupción del proceso educativo, como el que vivieron nuestros estudiantes durante el periodo de crisis social y pandemia COVID-19. Como resultado, esperamos obtener antecedentes de la percepción de autoeficacia de los estudiantes, para que, en caso de situaciones similares, se tengan las herramientas adecuadas para planes de acciones eficientes.

La investigación tiene fines académicos y busca aportar a establecer pautas y herramientas para apoyar el proceso de enseñanza aprendizaje en situaciones poco convencionales, el objetivo principal es: Analizar como perciben los estudiantes su capacidad para hacer frente a los procedimientos clínicos después de aprobar clínica integral del niño I con la dificultad de la crisis social y Clínica Integral del niño II enfrentado la pandemia por COVID-19.

Ud. ha sido convocado en la presente investigación por ser estudiante de la Universidad San Sebastián que cumple con ambos requisitos, haber cursado y aprobado clínica integral del niño I el año 2019 (que finalizó con la crisis social) y cursado y aprobado clínica integral del niño II el año 2020 (año que inició la pandemia por COVID-19). Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas solo por única vez, de manera presencial en las instalaciones del centro de salud USS del campus Bellavista, en un formato entregado por las investigadoras arriba identificadas que contiene preguntas con respuesta corta y una encuesta donde debe marcar con una X la alternativa que considere adecuada, le costará máximo 10 minutos de su tiempo.

Los beneficios que le aportará su participación en el estudio es poder acceder a posibles mejoras en la toma de decisiones en la implementación de medidas de contingencia frente a situaciones del contexto en el plan académico de la carrera de Odontología, para poder tener estudiantes y profesionales seguros y preparados para la atención clínica con un alto nivel de seguridad para el paciente.

Cabe destacar que no hay riesgo ni perjuicio asociado en su participación en este estudio, La información que se recoja será confidencial ya que las hojas de respuesta serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. La información recogida no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las hojas de respuesta permanecerán en poder de las investigadoras mientras dure la recolección y tabulación de datos, luego de eso serán destruidas (aproximadamente 6 meses después de su recolección).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Usted no está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión negativa alguna para usted. Aunque el director de carrera haya autorizado la realización de esta investigación, usted puede negarse a participar sin consecuencias negativas para usted.

Si los resultados de la investigación son publicados o discutidos en conferencias científicas, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Toda divulgación de la información obtenida se realizará con fines científicos y/o pedagógicos. Si Ud.

desea obtener los resultados y conclusiones de esta investigación puede solicitarlos a la investigadora María Consuelo Rubio Muñoz en el correo consuerubio@gmail.com. Se le garantiza el acceso a toda información nueva relevante en la investigación.

Si desea obtener información adicional con respecto a este estudio, incluyendo los resultados, no dude en contactar a las investigadoras por mail o teléfono: Patricia Alvear Godoy, palvearg@docente.uss.cl; María Consuelo Rubio Muñoz, consuerubio@gmail.com +569832880184, o al Profesor Guía Mario Zúñiga Mogollones, mario.zuniga@uss.cl. Si tienen dudas respecto a sus derechos como persona participante de este estudio puede contactar al Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián. Presidenta Alejandrina Arratia. Contacto: alejandrina.arratia@uss.cl

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente la participación en este estudio y lo dejo establecido al firmar el presente documento. Una vez manifestado de acuerdo de participación a través de la firma, las investigadoras le entregarán el instrumento de recolección de datos en un documento aparte en formato físico.

HE LEÍDO Y DISCUTIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO Y MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS DE MANERA SATISFACTORIA. _____(si/no) ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADA " PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA CLÍNICA DE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA POSTERIOR A CRISIS SOCIAL Y PANDEMIA COVID-19, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN 2021, ESTUDIO DESCRIPTIVO "

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Nombre y firma del Investigador Responsable

Fecha

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS (EAC)

Enseguida se incluyen algunas afirmaciones que tienen que ver con maneras en que las personas enfrentan diversas situaciones de clínicas. Marque con una cruz la alternativa que mejor refleje cómo crees que te comportarías si tal situación se presentara.

Soy capaz de:	Muy en desacuerdo (1 pts)	En desacuerdo (2 pts)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4pts)	Totalmente de acuerdo (5 pts)
Distinguir la información relevante para el diagnóstico en una entrevista clínica					
Reconocer los problemas de salud que afectan al paciente					
Elaborar un plan de tratamiento integral según los requerimientos del paciente					
Proporcionar atención adecuada a mis pacientes en las situaciones clínicas habituales					
Evaluar diversas opciones de tratamiento para un paciente determinado					
Encontrar los medios para ejecutar acciones clínicas sin importar las dificultades					
Llevar a cabo un plan de tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos del paciente					
Resolver de manera autónoma situaciones clínicas poco habituales, bajo supervisión de mi instructor, si me esfuerzo lo suficiente					
Enfrentar eficientemente complicaciones clínicas inesperadas					
Mantener la calma cuando me enfrento a problemas clínicos					
Encontrar una solución ética si cometo un error o algo va mal con el tratamiento que estoy realizando					
Confiar en mi capacidad de adaptación a la complejidad del paciente					
Informar al paciente sobre su tratamiento y pronóstico con lenguaje adecuado acorde a su edad y nivel socio-cultural					
Realizar un tratamiento integral del paciente					
Distribuir los tiempos de trabajo clínico de manera eficiente					

¿Qué nota de 1 a 7 te pondrías en relación a tu capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en la clínica? _____