

Diseño y validación de un instrumento de evaluación clínica

NANCY NAVARRO H.*

RESUMEN

Introducción: Las instituciones de educación terciaria deben mejorar permanentemente la calidad de la formación de los profesionales como garantes frente a la sociedad, siendo una de las estrategias el implementar procesos evaluativos que enfatizan el carácter formativo. **Objetivos:** Se plantea en este estudio diseñar y validar un instrumento para evaluar la docencia clínica en los estudiantes del área de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera. **Material y Métodos:** Se diseñó una escala de medida para evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes, estructurado en cinco dimensiones con un total de 67 ítems; organización de los programas (12), práctica docente (19), rol del estudiante (14), ambiente de aprendizaje (8) y experiencia clínica (8). Las respuestas fueron recogidas en una escala tipo Likert de cinco categorías. Para verificar la validez de contenido se sometió el instrumento a juicios de experto y a un grupo piloto. Se aplicó el instrumento a 75 estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura en el 2005 para su validación. Se realizó análisis factorial confirmatorio, coeficiente alfa de Cronbach para determinar consistencia interna de la dimensión y confiabilidad del instrumento aplicado. **Resultados:** En las cinco dimensiones el análisis factorial confirmatorio identifica en total once dominios diferentes, de los cuales siete de ellos expresan una alta correlación interna entre ítems (alfa de Cronbach entre 0,92 a 0,71) lo que confirma la representatividad de ellos con el dominio a evaluar, por lo que el instrumento tiene una alta validez y confiabilidad. **Discusión:** En las cinco dimensiones del instrumento el análisis factorial confirmatorio identificó un total de once dominios diferentes, siete de ellos con una alta consistencia interna lo que confirma la representatividad del dominio a evaluar. Contar con instrumento de evaluación de calidad contribuirá a mejorar la calidad de los procesos de formación del profesional de la salud.

Palabras clave: Docencia clínica, evaluación clínica, instrumento de evaluación.

SUMMARY

Design and validation of an instrument of clinical assessment

Introduction: The institutions of tertiary education should improve the quality of training of professionals as guaranteeing to society, being one of the strategies to implement evaluation processes that emphasize the formative character. **Objectives:** This study is to design and validate an instrument for assessing students in clinical teaching of health area in the Faculty of Medicine, University of La Frontera. **Materials and Method:** A measurement scale was designed to assess the clinical teaching-learning process from the perspective of students, divided into five dimensions with a total of 67 items; organization of programs (12), teaching (19), role of the student (14), learning environment (8) and clinical experience (8). The responses were collected in a Likert scale of five categories. To verify the content validity of the instrument it was subjected to trials as an expert and pilot group. The instrument was applied to 75 students of the Career of Midwifery in 2005 for validation. We performed confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha to determine internal consistency of the scale and reliability of the instrument applied. **Results:** The five dimensions in the confirmatory factor analysis identified a total of eleven different do-

Recibido: el 08/06/09, Aceptado el 28/08/09.

* Matrona, Magíster Pedagogía y Gestión Universitaria. Oficina de Educación en Ciencias de la Salud (OFECS). Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

mains, including seven of them that express a high correlation between items (Cronbach's alpha between 0.92 to 0.71) which confirms the representativeness of them with the domain to assess, so the instrument has high validity and reliability. **Discussion:** In the five dimensions of the instrument, the confirmatory factor analysis identified a total of eleven different domains, seven of them with a high internal consistency which confirms the representativeness of the domain to be evaluated. Have a quality assessment tool will help to improve the quality of the processes of formation of health professionals.

Key words: Clinical teaching, clinical evaluation, assessment tool.

INTRODUCCIÓN

La calidad educativa es una de las grandes demandas que se hace hoy en día a la educación superior. De este modo, se ha generado una presión sobre las instituciones educacionales las que deben demostrar a la sociedad la calidad de los Programas de Estudio que ellas imparten, transformando de este modo el rol del Estado de benefactor a un rol evaluativo “regulador”, pasando así de ser instituciones reactivas a proactivas¹.

Debido a ello, las instituciones educativas buscan mejorar activamente su desempeño y las condiciones de la enseñanza, el aprendizaje, la investigación y la gestión, haciendo necesario la generación de procedimientos evaluativos que enfatizan el carácter formativo que permita identificar fortalezas y debilidades de los procesos, a fin de mejorar en forma progresiva la calidad de éstos.

En el ámbito del proceso enseñanza/aprendizaje, los estudiantes del área de la salud principalmente adquieren las competencias profesionales a través de un proceso educativo con un alto componente de aprendizaje clínico, el que debiera estar centrado en el educando para el logro de aprendizajes significativos y desarrollo de competencias tanto genéricas (instrumentales, interpersonales, sistémicas) definidas en el marco internacional² e institucional³ como las específicas de la profesión.

El aprendizaje clínico implica la comprensión de las situaciones clínicas reales bajo un enfoque integrado globalizador, donde el estudiante deberá resolver situaciones de salud que requieren de comprensión, análisis y aplicación de diferentes disciplinas o áreas del conocimiento para la resolución de ellas. Este proceso para el educando implica adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades clínicas, actitudes y criterio profesional a través de actividades curriculares desarrolladas en el ambiente clínico, en el cual se establecen múltiples interrelaciones para su aprendizaje determinando ambientes de aprendizajes diversos (estudiantes, docentes, profesionales de la salud, pacientes, personal del servicio de salud, familiares, comunidad, entre otros). Sumado a ello, los estudiantes aprenden en un contexto crítico, dada la naturaleza de lo que involucra el concepto de salud

y enfermedad, siendo una de las características el aprender sin error. Por otra parte, para el docente significa el dominio disciplinar, de estrategias de enseñanza, de recursos de aprendizajes y rasgos de personalidad que permitan orientar, estimular, retroalimentar y evaluar resultados de aprendizajes en los estudiantes.

En el ámbito de la docencia clínica es importante considerar la comprensión de la epistemología de la racionalidad técnica *versus* la racionalidad práctica. Donde la racionalidad técnica está fundada en el positivismo, que responde al modelo de formación de entrenamiento⁴ con una base fundamentalmente conductista, cuya finalidad es enseñar técnicas, procedimientos y habilidades, las que son observables, imprescindibles para una práctica competente. Para Pérez⁵, la racionalidad técnica es la concepción de los procesos de enseñanza como mera intervención tecnológica, la concepción del profesor como técnico y la formación profesional dentro del modelo de entrenamiento basado en competencias. Por otra parte, la racionalidad práctica se basa en un profesional práctico reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción⁶.

Carr y Kemmis⁷ señalan que en la perspectiva técnica de la enseñanza, las intervenciones educativas se tratan como un conjunto de medios destinados a una finalidad definida, contempla la enseñanza y el aprendizaje como elementos de un sistema, que pueden controlarse como medio para la consecución de una determinada finalidad y postulan que en la praxis, el pensamiento y la acción (o la teoría y la práctica) guardan entre sí una relación dialéctica, mutuamente constitutivos, en un proceso de interacción por medio del cual el pensamiento y la acción se reconstruyen permanentemente.

En este sentido Schön⁶ indica que el currículo de medicina es un currículo normativo, organizado según la racionalidad técnica que implica jerarquía de saberes, donde los principios teóricos, abstractos y normativos ocupan el vértice de la pirámide y los problemas concretos la base, lo que dificulta el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño profesional, al tener una visión instrumental y rígida du-

rante su formación. El autor propone una nueva epistemología de la práctica, donde el profesional es un práctico reflexivo, cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción, distinguiéndose tres componentes; conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción. El conocimiento no se aplica a la acción, aplicación y acción son actos diferentes, ese conocimiento no predetermina la acción, por ello es conocimiento en la acción. La reflexión en la acción, es pensar sobre lo que hacemos, incluso durante la acción misma, se efectúa en medio y durante la acción, para reorganizar lo que estamos haciendo en el instante de su realización. La reflexión sobre la reflexión en la acción, permite reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica.

Para Medina⁸ las prácticas clínicas son procesos de investigación más que de aplicación, donde los estudiantes para comprenderlas tratan de acceder a los significados que le otorgan los profesionales de la salud. Para ello, resulta de gran relevancia el rol que le compete al docente clínico, el que debe asumir un rol de mediador estimulando la reflexión en y sobre la acción que realizan los estudiantes, el diagnóstico de necesidades de aprendizaje, la formulación de objetivos, la identificación de recursos, la selección e implementación de estrategias de aprendizaje y la evaluación en forma activa de los resultados. Al realizar un análisis reflexivo de la práctica clínica, identificando fortalezas y debilidades de su propio aprendizaje, se responsabilizarán de su propia formación teniendo una activa participación, conciencia y control del proceso educativo.

Sumado a ello, el estudio realizado por Illesca⁹ señala que los estudiantes identifican dentro del rol del docente clínico características que están relacionadas a competencias genéricas, es decir en el dominio actitudinal del saber ser y estar, lo que implica una valoración por parte del estudiantado de este dominio por sobre el conceptual y procedimental en el quehacer del docente clínico.

Por otro lado, se requiere de una gran cantidad de acciones clínicas, donde la calidad, cantidad y coherencia de oportunidades de aprendizajes a la que los estudiantes se enfrenten, sean relevantes para adquirir las competencias profesionales, aprendizajes del saber, del saber hacer, del saber convivir y del saber ser¹⁰. Se aprende, según lo declara Dewey en la teoría del experimentalismo, “haciendo”, con un pensamiento reflexivo que impulsa la investigación, donde la experiencia incluye un elemento pasivo y otro activo, y sólo puede hablarse de aprendizaje y conocimiento, cuando en las personas se ha producido un cambio gracias a la actividad sobre lo experimentado. La experiencia es fundamental para el aprendizaje, no hay apren-

dizaje significativo si no es el resultado del hacer y la reflexión¹¹⁻¹³.

Al respecto, Norman¹⁴ propone ciertas competencias clínicas que deben adquirir los profesionales de la salud: “Habilidades clínicas” (adquirir información clínica conversando y examinando pacientes e interpretando la significación de la información obtenida), “Conocimientos y comprensión” (habilidad de recordar conocimientos relevantes acerca de las condiciones clínicas a fin de dar un efectivo y eficiente cuidado a los pacientes), “Relaciones interpersonales” (expresión de aspectos personales y profesionales que son observables en la interacción con los pacientes), “Resolución de problemas y juicio clínico” (aplicación de conocimientos relevantes, habilidades clínicas y atributos personales para el manejo clínico de los problemas que tienen los pacientes) y “Habilidades técnicas” (habilidad de procedimientos especiales y técnicas en el manejo de los pacientes).

El proceso enseñanza-aprendizaje clínico debería estar “centrado en el estudiante”, considerando en la planificación y ejecución del proceso, los principios de educación de adultos, teniendo presente que el estudiante debe ser percibido por sí mismo y por otros como personas verdaderamente capaces de autodirigirse, ser tratados con respeto, que posee un cúmulo de experiencias que constituyen un recurso potencial en la construcción de nuevos conocimientos, que la motivación depende de sus necesidades e intereses, visualizando en lo aprendido su aplicabilidad inmediata¹⁵.

Otro aspecto importante de considerar es el ambiente de aprendizaje clínico. En este sentido, Angulo¹⁶ señala que las acciones educativas se realizan como procesos de comunicación en los que las expectativas, las motivaciones, las interpretaciones y las valoraciones de los participantes interactúan, son ámbitos dinámicos constituidos y construidos por las transacciones y los intercambios entre sujetos, por lo que el docente clínico debería contribuir a establecer ambientes de aprendizajes adecuados para el logro de las competencias del profesional de la salud.

En este contexto resulta relevante evaluar el desempeño del docente clínico, que necesariamente debe abordar tanto su práctica de formador, como los contextos que directa o indirectamente participan en el proceso educativo, como así mismo valorar el proceso evaluativo. Su significado y las prácticas evaluativas han cambiado en un intento por adaptarse a las nuevas demandas educativas y sociales. Actualmente, la tendencia es considerarla en forma crítica, analítica y comprensiva, que permita entender los elementos y las interrelaciones que ocurren en el proceso enseñanza-aprendizaje. Bordas¹⁷, destaca la necesidad de evaluaciones metacognitivas, ya que permiten a la persona tomar

conciencia de su propio proceso de pensamiento, examinarlo y contrastarlo, realizando auto evaluaciones y autorregulaciones, para la toma de decisiones que orienten el proceso educativo. La autora señala que los procedimientos de evaluación son determinantes del aprendizaje de los estudiantes en mayor medida que lo son los objetivos y los métodos de enseñanza. Del mismo modo, la forma en que el docente plantea la evaluación afecta los enfoques y calidad de los aprendizajes.

Dada la importancia y relevancia de la evaluación sistemática y continua en los procesos de formación de los profesionales de la salud, se plantea como el objetivo de este estudio evaluativo el diseñar y validar un instrumento de evaluación de la docencia clínica. Contar con un sistema de evaluación permitirá a la comunidad universitaria incorporarla como parte del quehacer académico, como una estrategia de mejoramiento de la calidad educativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación evaluativa bajo el paradigma cuantitativo dado los objetivos del estudio. Para ello se diseñó una escala de medida para evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes, en base a la revisión de la literatura y a la experiencia de la autora, quedando estructurado el instrumento en cinco dimensiones las que representan algunos de los principales factores que interactúan para el logro de los aprendizajes clínicos: 1. Organización de los programas; 2. Práctica docente; 3. Rol del estudiante; 4. Ambiente de aprendizaje y 5. Experiencia clínica.

En la construcción del instrumento se generó los suficientes ítems con el objetivo de asegurar que todas las dimensiones fueran cubiertas, al igual que la consistencia interna del instrumento, determinando para cada dimensión suficientes ítems explicativos, estableciéndose un total de 67 ítems, los que a continuación se detallan: 12 para organización de los programas, 19 para práctica docente, 14 para rol del estudiante, 8 para ambiente de aprendizaje y 8 para experiencia clínica. Además de una pregunta abierta de comentarios acerca de las principales debilidades y fortalezas de la práctica clínica.

Las respuestas de cada ítem fueron recogidas en una escala tipo Likert de cinco categorías: 1 "totalmente en desacuerdo", 2 "parcialmente en desacuerdo", 3 "ni desacuerdo ni de acuerdo", 4 "parcialmente de acuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". Para verificar la validez de contenido se sometió el instrumento a juicios de experto, tanto para los aspectos de docencia clínica como educacional. El

instrumento de medición se aplicó a un grupo piloto de 40 estudiantes de las carreras de Obstetricia y Puericultura y Nutrición para la comprensión de éste, realizando los ajustes necesarios de las observaciones emitidas. Posterior a ello, se aplicó el instrumento en el 2005 a 75 estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura que habían cursado asignaturas clínicas para su validación.

Los datos obtenidos fueron vaciados a una planilla Excel, para ser exportados al programa estadístico SPSS versión 11, donde se realizó el análisis factorial correspondiente. El coeficiente alfa de Cronbach fue el procedimiento utilizado para calcular la confiabilidad del instrumento, ya que requiere una sola administración, teniendo la ventaja que se aplica a la medición y se calcula el coeficiente el que produce valores que oscilan entre 0 y 1, correspondiendo a 1 la máxima confiabilidad¹⁸, determinando la consistencia interna del instrumento a través de un análisis factorial confirmatorio, lo que permitió determinar la correlación interna entre los ítems de cada dimensión, identificando aquellos relevantes y representativos de lo que cada dimensión quiere medir.

RESULTADOS

Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento a los 75 estudiantes participantes del estudio para validar el instrumento, se muestran a continuación por dimensión.

En relación a la dimensión "*Organización de los Programas*", los resultados del análisis factorial aplicado a las respuestas de los estudiantes permitió identificar dos dominios (F1 y F2), ambos con un valor alto de correlación. Correspondiendo a F1 los ítems relacionados con la planificación de objetivos, contenidos, metodologías y recursos y al F2 los ítems relacionados con recursos humanos, tiempo y evaluación. La Tabla 1 muestra los dominios con sus respectivos valores de alfa de Cronbach.

La dimensión "*Práctica Docente*" identificó dos dominios F1 y F2 (Tabla 2) al igual que la dimensión anterior, con una alta consistencia interna, en los cuales se agruparon los 19 ítems de esta dimensión, lo que explica que son representativos de ella. El dominio F1 se relaciona con acciones de la práctica educativa del docente que contribuyen al logro de los aprendizajes, en cambio el dominio F2 con acciones del docente que promueven una mirada holística del aprendizaje.

En el "*Rol del Estudiante*", el análisis factorial identificó mayor cantidad de dominios que las dimensiones anteriormente descritas (F1, F2, F3, F4). Los dominios F1 y F2 tienen mayor correlación entre los ítems sobre 0,7 considerado el valor alfa de Cronbach como aceptable. El dominio F1

Tabla 1. Dimensión Organización de los Programas

Nº	Ítems	Dominio		
1.	El programa orienta al logro de su aprendizaje en la clínica.	F 1		
2.	El programa establece objetivos coherentes con la práctica clínica.	F 1		
3.	Los objetivos planteados fueron pertinentes con el logro de su aprendizaje.	F 1	F1 α 0,89 57,7% varianza explicada	
4.	Los objetivos planteados fueron pertinentes para su nivel curricular.	F 1		→
5.	Se cumplieron los objetivos propuestos.	F 1		
6.	Los contenidos del programa fueron de utilidad para el logro de los objetivos de aprendizaje.	F 1		
7.	Las estrategias utilizadas le permitieron aprender.	F 1		
8.	Los recursos de aprendizaje establecidos fueron de utilidad para el logro de su aprendizaje clínico.	F 1		
9.	El recurso humano que participa en la asignatura fue suficiente para el logro de su aprendizaje.	F 2	F2 α 0,81 63,9% varianza explicada	
10.	El tiempo planificado fue suficiente para el logro de los objetivos	F 2		→
11.	Las evaluaciones propuestas fueron adecuadas para evaluar su aprendizaje clínico.	F 2		
12.	Se cumplieron las evaluaciones propuestas con respecto a lo planificado.	F 2		

Tabla 2. Dimensión Práctica Docente

Nº	Ítems	Dominio		
1.	Los docentes facilitan el aprendizaje clínico de los estudiantes.	F 1		
2.	Los docentes establecen una comunicación efectiva con sus estudiantes.	F 1		
3.	Los docentes orientan a los estudiantes para aprender en la clínica.	F 1		
4.	Los docentes demuestran entusiasmo al enseñar en la práctica clínica.	F 1	F1 α 0,93 59,5% varianza explicada	
5.	Los docentes estimulan el autoaprendizaje de los estudiantes.	F 1		
6.	Los docentes ofrecen espacio para que los estudiantes expresen sus opiniones y dudas.	F 1		→
7.	Los docentes son accesibles para los estudiantes.	F 1		
8.	Los docentes utilizan con frecuencia la retroalimentación durante la práctica clínica.	F 1		
9.	Los docentes demuestran dominio de las materias que enseñan.	F 1		
10.	Los docentes demuestran dominio en las técnicas metodológicas para enseñar en la clínica.	F 1		
18.	Los docentes clínicos siempre están dispuestos para ayudar a los estudiantes.	F 1		
19.	Las evaluaciones se realizan de acuerdo a los objetivos del programa.	F 1		
11.	Los docentes realizan un esfuerzo especial para ayudar a los estudiantes que tienen mayor dificultad en el logro de los aprendizajes.	F 2	F2 α 0,86 56,7% varianza explicada	
12.	Los docentes estimulan el trabajo colaborativo entre los estudiantes.	F 2		
13.	El apoyo docente es oportuno.	F 2		→
14.	Los docentes promueven el sentido social del quehacer profesional.	F 2		
15.	La orientación de los docentes motiva a los estudiantes a profundizar los contenidos en forma independiente.	F 2		
16.	Los docentes entregan las evaluaciones en forma oportuna.	F 2		
17.	Los docentes analizan los resultados de las evaluaciones con los estudiantes.	F 2		

está relacionado con habilidades interpersonales del estudiante con sus pares, pacientes y otros y, el dominio F2, con la autocrítica y uso crítico de sus conocimientos. En cambio los dominios F3 y F4 muestran una baja correlación entre los ítems, con un alfa de Cronbach considerado regular (0,6 y 0,5). La Tabla 3 describe esta dimensión con los dominios identificados y sus correspondientes ítems.

En lo relativo al “Ambiente de Aprendizaje” el análisis factorial sólo identificó un dominio F1 con un alfa de Cronbach de 0,9234 cercano a 1 (Tabla

4), siendo uno de los dominios del instrumento con la más alta correlación de los ítems entre sí.

En la dimensión “Experiencia Clínica” se identificaron dos dominios F1 y F2, representados en la Tabla 5. Ambos dominios con un alto valor de alfa de Cronbach (0,84), lo que demuestra la alta correlación entre los ítems de cada dominio. El primero está relacionado con la comprensión del quehacer profesional y el segundo con las características de la práctica clínica en relación a cantidad, calidad y oportunidades de aprendizaje.

Tabla 3. Dimensión Rol del Estudiante			
Nº	Ítems	Dominio	
7	Toma acciones efectivas para remediar sus deficiencias.	F 1	→ F1 α 0,73 50% varianza explicada
8	Trabaja colaborativamente con sus compañeros.	F 1	
11	Es responsable frente a las tareas asignadas.	F 1	
12	Cumple con las normas del servicio clínico.	F 1	
13	Responde a las necesidades de los pacientes.	F 1	→ F2 α 0,71 54% varianza explicada
1	Relaciona los aspectos teóricos con la práctica clínica.	F 2	
4	Reconoce la falta de conocimiento cuando corresponde.	F 2	
9	Utiliza habitualmente recursos que apoyan el aprendizaje clínico (biblioteca, modelos).	F 2	
10	Acepta críticas de docentes y pares.	F 2	→ F3 α 0,63 73,2% varianza explicada
5	Identifica habitualmente sus fortalezas en su quehacer clínico.	F 3	
6	Identifica habitualmente sus debilidades en su quehacer clínico.	F 3	
14	Pregunta dudas	F 3	
2	Reflexiona habitualmente sobre lo realizado en la clínica.	F 4	→ F4 α 0,48 66,4% varianza explicada
3	Realiza habitualmente autoevaluación de su quehacer como estudiante.	F 4	

Tabla 4. Dimensión Ambiente de Aprendizaje			
Nº	Ítems	Dominio	
1	El ambiente de aprendizaje clínico le facilitó cumplir los objetivos de la práctica clínica.	F1	→ F1 α 0,92 69% varianza explicada
2	El aprendizaje clínico se desarrolló en una atmósfera de confianza y respeto.	F1	
3	Durante el desarrollo del aprendizaje clínico pudo expresar sus dudas sin temor.	F1	
4	Siente que el ambiente de aprendizaje clínico fue motivador.	F1	
5	Siente que se valoró su trabajo en la práctica clínica.	F1	
6	Hubo interés por resolver los conflictos de los estudiantes.	F1	
7	El trato entre docentes y estudiantes fue siempre cordial.	F1	
8	Las condiciones del trabajo eran propicias para el aprendizaje.	F1	

Tabla 5. Dimensión Experiencia Clínica			
Nº	Ítems	Dominio	
4	Existe relación entre los contenidos teóricos y la práctica clínica.	F1	→ F1 α 0,84 68,4% varianza explicada
6	Las actividades clínicas aumentaron la comprensión sobre el sentido social del quehacer profesional.	F1	
7	La experiencia clínica permitió fortalecer su vocación profesional.	F1	
8	Existe congruencia entre lo aprendido en la teoría y la práctica que le ha tocado enfrentar.	F1	→ F2 α 0,84 76,3% varianza explicada
1	La práctica clínica ofreció oportunidades adecuadas en cantidad para lograr los objetivos propuestos.	F2	
2	La práctica clínica ofreció oportunidades adecuadas en calidad para lograr los objetivos propuestos.	F2	
3	Las oportunidades clínicas están en relación a los objetivos de la asignatura.	F2	
5	El aprendizaje previo fue adecuado para enfrentar la práctica clínica.	F2	

DISCUSIÓN

En resumen, en las cinco dimensiones diseñadas en el instrumento de medida: organización de los programas, práctica docente, rol del estudiante, ambiente de aprendizaje y experiencia clínica, el análisis factorial confirmatorio identificó un total de once dominios diferentes, de los cuales siete de ellos expresan una alta consistencia interna entre ítems, lo que confirma la representatividad de ellos con el dominio a evaluar, por lo que el instrumento demuestra poseer validez y confiabilidad.

Sin embargo, la dimensión “*Rol del Estudiante*” es la única en que dos de sus dominios poseen correlación aceptable (F1 y F2) y otras dos una correlación regular (F3 y F4). Estos resultados probablemente se deban a que los ítems son muy variados y no representan claramente el dominio a investigar. Según Hernández¹⁸ la confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluye el instrumento de medición, mientras más ítems mayor confiabilidad, por lo que sería recomendable aumentar el número de ítems en los dominios F3 y en especial F4 de esta dimensión.

El análisis del instrumento nos sugiere fuertemente que el proceso educativo no sólo implica aprendizajes conceptuales, procedimentales y actitudinales, sino también, un ambiente clínico adecuado, donde se fortalezca las relaciones interpersonales del estudiantes con sus pares, docentes clínicos, pacientes, equipo de salud, entre otros.

Así, la percepción del estudiantado sobre la preocupación, motivación y confianza del educador, aparece como relevante, siendo el instrumento descrito útil y eficaz para evaluar este dominio.

La evaluación implica tomar decisiones, por lo que se requiere contar con instrumentos debidamente validados, a fin de asegurar la calidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, estos procedimientos generalmente no son habituales en nuestra práctica docente. Cabe destacar la relevancia que ello implica para contribuir a mejorar los procesos evaluativos, en especial en lo referente a la docencia clínica, ya que constituye la principal estrategia de formación en los profesionales de la salud.

Por otro lado, se destaca la importancia de los dominios que se definen a evaluar en un instrumento, ya que ellos orientan el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Por lo que para evaluar el logro de los resultados que contribuyan al desarrollo de competencias, tanto genéricas como específicas en los futuros profesionales de la salud, se hace necesario cautelar que en los instrumentos de evaluación se consideren tanto aspectos de proceso como resultado de dichos aprendizajes.

Contar con instrumentos de evaluación adecuados en un marco de un sistema de evaluación continua, sistemática y reflexiva, instalada como parte del quehacer docente, sin lugar a dudas, permitirá a la comunidad universitaria contribuir a mejorar la calidad de los procesos de formación del profesional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza O, González I, Poblete A, Ramírez S, et al. Manual de autoevaluación de Instituciones de Educación Superior: Pautas y procedimientos. Santiago: Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA), 1994.
2. Tuning educational structures in Europe. Informe Final Proyecto Piloto-Fase 1. Universidad de Deusto - Universidad de Groningen: Edición y Cultura. Sócrates 2003; 79-84.
3. Altieri E, Hidalgo C, Ibarra P, Moraga A, et al. Propuesta Política de Formación General Universidad de La Frontera. Dirección Académica de Pregrado, Vicerrectoría Académica, Universidad de La Frontera 2007; 4-6.
4. Sparks D, Loucks H. Models of staff development. En Houston W. Handbook of Research on Teacher Education. N York: McMillan 1990; 234-250.
5. Pérez A. La función y formación del profesor en la enseñanza para la comprensión. Diferentes perspectivas. En: Gimeno J, Pérez A. Comprender y transformar la enseñanza. Madrid: Morata 1992; 398-424.
6. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en los profesionales. Madrid: Paidós/ MEC 1992; 33-48.
7. Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Capítulo 3 El planteamiento interpretativo de la teoría y la práctica educativa. Barcelona: Martínez Roca 1988; 98-115.
8. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Alertes 1999; 226-238.
9. Illesca M, Cabalín D, Cabezas M. Concepciones del alumnado respecto a la docencia clínica: Carrera de enfermería, Universidad de La Frontera. Rev Educ Cienc Salud 2007; 4 (2): 111-115.
10. Delors J. La educación encierra un tesoro. Capítulo IV Los cuatro pilares de la educación. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Barcelona: Grupo Santillana 1996; 95-108.
11. Dewey J. Democracia y educación. Capítulo XI Experiencia y pensamiento Madrid: Morata 1995; 124-134.
12. Dewey J. Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Barcelona: Paidós 1989; 22-31.
13. Hermoso P. Teoría de la educación. Capítulo 1 El experimentalismo de John Dewey. Madrid: Trillas 1994;

- 13-17.
14. Norman G. Defining competence: A methodological review. En *Assessing clinical competence*. New York: Springer Publishing Company 1989.
15. Knowles M. The adult learner. A neglected species. Texas: Gulf Publishing Company 1990; 46-65.
16. Angulo F. Enfoque práctico del currículo. En: Angulo F, Blanco N. *Teoría y desarrollo del currículo*. Málaga: Aljibe 1994; 111-132.
17. Bordas I, Cabrera R. Estrategias de evaluación de los aprendizajes centradas en el proceso. *Revista española de pedagogía* 2001; 218: 25-48.
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores 1998; 234-244.

Correspondencia:
Nancy Navarro H.
Oficina de Educación en Ciencias de la Salud (OFECS). Facultad de Medicina,
Universidad de La Frontera.
Casilla 54 D, Temuco, Chile.
E-mail: nnavarro@ufro.cl