



ORIGINAL

Retroalimentación como evaluación formativa desde la perspectiva docente en odontología: estudio de caso



Pamela Muñoz Cortés^{a,*}, Eugenia Henríquez D'Aquino^a y Natasha Kunakov Pérez^b

^a Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 24 de junio de 2022; aceptado el 7 de diciembre de 2022

Disponible en Internet el 23 de enero de 2023

PALABRAS CLAVE

Retroalimentación;
Educación médica;
Educación dental;
Evaluación educativa;
Educación basada en competencias

Resumen

Introducción: en los modelos educativos basados en competencias en educación en las ciencias de la salud, la retroalimentación es clave como estrategia de evaluación formativa. La implementación del modelo constructivista de enseñanza centrado en el estudiante llevó a los tutores clínicos a modificar sus prácticas y a adoptar la retroalimentación para evaluar las competencias disciplinares y transversales. La Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, debería implementar formalmente la retroalimentación en su actual modelo educativo. Por esta razón, se analiza la opinión de los tutores clínicos acerca de la retroalimentación y se indaga sobre los facilitadores y las barreras en la implementación de la retroalimentación en este ámbito odontológico.

Métodos: se realizó una investigación cualitativa de un estudio de caso, mediante entrevistas semiestructuradas online, previo consentimiento informado. Se utilizó el software NVivo para el análisis de la frecuencia de palabras, la codificación de categorías y la triangulación junto al análisis descriptivo interpretativo.

Resultados: la retroalimentación tiene relevancia en el desarrollo formativo de las competencias odontológicas transversales y disciplinares. La experiencia docente es un facilitador y las barreras son: el tiempo, el elevado número de estudiantes por tutor clínico y las condiciones del espacio físico. Se imparte de manera individual e informal.

Conclusión: el equipo docente considera que la retroalimentación es fundamental, por lo que hay que incorporarla a los programas de curso para potenciar el plan formativo innovado en las competencias en este contexto odontológico.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pamelamunoz@odontologia.uchile.cl (P. Muñoz Cortés).

KEYWORDS

Feedback;
Medical education;
Dental education;
Educational
assessment;
Competency-based
education

Feedback as formative assessment from the teaching perspective in dentistry: Case study

Abstract

Introduction: In competency-based educational models in health sciences education, feedback is key as a formative assessment strategy. The implementation of the constructivist model of student-centered teaching has led clinical teachers to modify their practices and adopt feedback to assess disciplinary and transversal competencies. Faculty of Dentistry - University of Chile, should implement feedback in its current educational model. For this reason, to analyze the opinion of clinical teachers about feedback and to investigate facilitators and barriers in the implementation of feedback in the dental setting.

Methods: Qualitative case study research was carried out using semi-structured online interviews, with prior informed consent. NVivo software was used for word frequency analysis, category coding and triangulation together with descriptive interpretive analysis.

Results: Feedback has relevance in the formative development of transversal and disciplinary dental competences. Teaching experience is a facilitator and barriers are time, high number of students per clinical tutor and physical space conditions. It is taught individually and informally.

Conclusions: Clinical teachers consider feedback to be fundamental and relevant. It should be incorporated into the course programs in order to strengthen the innovative educational plan based on competences in this dental context.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La retroalimentación es un proceso dinámico y continuo de dar y recibir información oportuna por parte de los docentes y los estudiantes, respecto a la calidad del desempeño, bajo un estándar, dentro de un sistema de instrucción que busca entregar conocimientos y adquirir habilidades o actitudes como resultados de los logros de aprendizaje. Para la educación en ciencias de la salud, es una de las herramientas de evaluación formativa más utilizada y conocida en los modelos curriculares basados en competencias y forma parte del quehacer académico^{1,2}.

El modelo educativo tradicional se centraba en el docente, ignorando la evaluación formativa en la toma de decisiones en el progreso del estudiante y a la retroalimentación en la observación activa del desempeño clínico en el proceso de enseñanza aprendizaje. Debido a los cambios sociales y laborales de las últimas décadas, las instituciones de educación superior incorporan estos modelos junto al cambio en el paradigma de la evaluación centrado en el estudiante¹⁻³.

En el año 2010, se modificó el modelo de evaluación de competencias en el ámbito clínico; de una visión que implicaba una suma de múltiples dominios de habilidades, a uno multidimensional, dinámico, de desarrollo y contextual. Se definió «educación médica basada en competencias» como un enfoque basado en los resultados para el diseño, la implementación, la evaluación y la valoración de los programas de educación en ciencias de la salud utilizando un marco de competencias organizativas. En este enfoque es clave la evaluación formativa, dado por un estándar de competencia clínica predeterminedada y guiada por las buenas prácticas de la profesión, supervisando el desempeño de los estudiantes, comparándolo con el estándar y haciendo un juicio sobre el

logro o no de resultados. Se pone de manifiesto el potencial formativo de la retroalimentación en los constructos de conocimiento, el profesionalismo, la comunicación, el trabajo en equipo, entre otros. Promueve un método para cambiar los planes de estudio a un modelo centrado en el estudiante, con evaluación continua, auténtica y de calidad de la medición del desempeño contextualizado; cuyo propósito es orientar los logros de aprendizaje para realizar cambios hacia el compromiso social de los profesionales de la salud con sus pacientes y comunidades. Esto constituye para las instituciones un costo real en la implementación e innovación de los planes de estudio de educación médica basada en competencias bajo normas y obligaciones e impone demandas particulares en cuanto a la calidad, la frecuencia, el propósito y la gestión de la evaluación formativa que superan los requisitos tradicionales^{4,5}.

Asimismo, en odontología se proporcionan lineamientos a las instituciones superiores en las competencias clínicas del siglo XXI. En 2009, la Asociación Americana de Educación Dental establece el marco en la «educación dental basada en competencias» y recomienda promover el cambio e innovación en los planes de estudio, considerando los dominios de competencia clínica transversales y disciplinares que implican comportamientos y habilidades que se apoyan en el conocimiento biomédico, conductual, ético, clínico dental e informático, esenciales para el desempeño profesional como dentista general de forma independiente y sin supervisión. Se debe evaluar el logro de las competencias utilizando estrategias basadas en la evidencia, estableciendo altos estándares, apoyando las necesidades de aprendizaje y la colaboración interprofesional. En el 2010, la Asociación para la Educación Dental en Europa, presentó sus lineamientos para un marco común europeo, que refleje las necesidades de salud bucodental de las poblaciones locales y su diversidad. A partir

de ahora, el plan de estudios se centra en el aprendizaje basado en evidencia, cuyo objetivo es producir profesionales seguros, competentes y éticos, equipados con los conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios para la práctica odontológica independiente. Así mismo, las escuelas dentales deberían desarrollar mejores instrumentos para la evaluación de la calidad del comportamiento profesional, el trabajo en equipo y el rendimiento durante la atención al paciente. Estos deben ser oportunos, significativos, sistemáticos y apropiados, basados en logros de aprendizaje y en el aprendizaje reflexivo^{6,7}.

De igual forma, la actual política de educación superior chilena ha promovido un proceso de innovación curricular bajo un modelo basado en competencias, centrado en el estudiante y el aprendizaje significativo. Es así que la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile implementa un plan formativo innovado basado en competencias, que debe ser evaluado, midiendo el desempeño de las competencias, permitiendo a sus docentes conocer el nivel de avance de sus estudiantes, retroalimentando y reorientando el proceso de enseñanza aprendizaje hacia el logro de resultados de aprendizaje⁸.

El cambio del enfoque de evaluación con un fuerte componente formativo, fomenta la retroalimentación como una experiencia positiva bajo un aprendizaje constructivo. Es una interacción social y compleja vinculada al entorno y al momento del desempeño de la actividad educativa, que implica un plan de acción que aporte comentarios pertinentes y accionables sobre un desempeño específico, su progreso y que entregue orientación a cada estudiante sobre cómo mejorar su proceso de enseñanza aprendizaje^{3,8}. Va a desarrollar en el estudiante estrategias orientadas a aprender a aprender, a reflexionar, a tener más autonomía con el propio proceso de aprendizaje y a ser capaz de autogestionarlo a lo largo de su futura vida profesional^{9,10}.

En el actual modelo educativo, la retroalimentación se refiere a una alianza educativa, «un proceso social o negociación de una relación de calidad y credibilidad entre docente y estudiante para generar experiencias de aprendizaje significativas de calidad y de manera continua en el ámbito clínico». Se enmarca en valores y no en reglas, potenciando un ambiente más humanista, de confianza y seguridad profesional en el cumplimiento de competencias clínicas, mejorando en las instituciones el proceso de enseñanza centrado en el estudiante, impactando positivamente en el desarrollo de la identidad profesional^{11,12}. En este proceso, se valora el componente afectivo como la motivación y el compromiso del desempeño disciplinar, así como la atención a qué cualidades, habilidades y actitudes se movilizan; cómo se abordan los procesos de aprendizaje y qué competencias se articulan. Además, se diseña y aplica como una estrategia personalizada que propicia el desarrollo de un proceso de aprendizaje crítico y reflexivo, basada en un diálogo bidireccional, en el cual, cada tutor debe desafiar a sus estudiantes a poner en práctica los planes de acción para mejorar el desempeño clínico en un entorno real y seguro, centrándose en el crecimiento profesional y en los resultados de la atención al paciente, bajo un clima de respeto y confianza mutua^{9,13}.

En el contexto clínico, al momento de entregar la retroalimentación, se han identificado prácticas deficientes o inconsistentes; por lo que se requiere la capacitación de tutores y estudiantes, aunque su implementación involucre

tiempo y recursos. La observación infrecuente de competencias clínicas, no prestando atención al desempeño, con una entrega muy generalizada, no acotada a observaciones específicas, establecerá una relación inadecuada, impidiendo dar una retroalimentación efectiva y de calidad. Los tutores deben utilizarla para tomar decisiones programáticas en la preparación, el diagnóstico y la rectificación; y los estudiantes para reconocer los puntos fuertes y débiles de sus competencias, para modificar o mejorar el estándar. Este proceso debe realizarse de manera rutinaria y cotidiana, bajo una guía estructurada y objetiva; para acreditar el éxito de las sesiones de retroalimentación en el logro de resultados, que puede ser aceptada, modificada o rechazada por cada estudiante. Se debe promover una cultura de retroalimentación segura y justa^{1-3,13,14}.

El tutor debe considerar la observación individual, establecer una comunicación clara, proporcionar comentarios oportunos y constituir un modelo a seguir por sus conocimientos, experiencia clínica y actitudes; más allá de su experiencia disciplinar. Al atenuar los efectos del entorno clínico tradicional o jerárquico, va a fomentar el crecimiento y el desarrollo profesional^{9,13,15}. Poseer además características reflexivas y flexibles, da cabida a un diálogo constructivo para modelar el proceso de enseñanza aprendizaje^{12,16}.

En la educación odontológica, los estudiantes relatan descontento en las prácticas clínicas y en los tipos de retroalimentación; afirmando que quieren recibir comentarios más constructivos y no calificaciones de aprobado/reprobado. Hay factores negativos, como cuando los tutores priorizan y premian solo el cumplimiento de acciones clínicas y no valoran la preocupación del estudiante por el trato con su paciente. Se perciben favoritismos, conductas prejuiciosas, juegos de poder y falta de accesibilidad oportuna de sus tutores. La alfabetización en la retroalimentación, en contextos de alta demanda clínica y flujo de pacientes, es clave para lograr mejores competencias y desempeño clínico, bajo condiciones de seguridad, confianza, motivación y compromiso de cada tutor con su estudiante¹⁷⁻¹⁹.

El modelo de supervisión de competencias puede ser bajo una modalidad informal o formal; como también de múltiples fuentes, de las observaciones del desempeño clínico y las discusiones basadas en casos clínicos. Esto va a permitir al estudiante pasar de un nivel de novato a experto en el transcurso de su formación académica^{10,14,19}.

Las instituciones deben valorar la retroalimentación constructivista como un poderoso instrumento de evaluación formativa, promoviendo su desarrollo e implementando mecanismos que controlen la cantidad y la calidad en un entorno óptimo de aprendizaje. Se ha avanzado a modelos constructivistas, orientados al desarrollo de profesionales más reflexivos y autónomos; sin embargo, se debe considerar la complejidad del rol docente y su capacidad pedagógica en la implementación de estos modelos educativos^{9,16,17,20}.

En síntesis, es relevante que los tutores comprendan y aprecien la retroalimentación de la calidad como clave en el proceso de enseñanza aprendizaje, y que se puede mejorar al compartir los objetivos, adoptar estrategias y procedimientos^{2,3,21,22}.

Esta investigación cualitativa tiene por objeto conocer las opiniones de los tutores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, acerca de la retroalimentación en sus experiencias clínicas.

Material y método

Se realizó un estudio de caso simple de tipo explicativo, para comprender el fenómeno de la retroalimentación en un contexto odontológico único y específico, bajo un paradigma constructivista^{23,24}. Se conceptualizó epistemológicamente como una alianza educativa^{12,13}.

Los participantes fueron tutores clínicos con grado de profesor, con experiencia clínica y docencia en cursos de pregrado del plan innovado basado en competencias. Para obtener la información, se utilizó la entrevista semiestructurada, bajo un guion validado por expertas en educación. Este consideró la comprensión de la retroalimentación, sus facilitadores y barreras, la valoración como estrategia educativa y su implementación o mejora en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Debido a la pandemia por COVID-19, las entrevistas se efectuaron online bajo la plataforma virtual Zoom en formato mp3 o mp4, según la elección del entrevistado. La duración promedio fue de 26 minutos. Se transcribieron en Word, se codificaron para resguardar el anonimato y se utilizó el programa de datos cualitativo NVivo Versión 1.4.1.

A partir del marco teórico se establecen las categorías preexistentes, y desde el análisis de frecuencia de palabras

junto a un par de entrevistas se corroboran los criterios de estas categorías preexistentes y las categorías emergentes. Se generó una matriz de primer orden para cada categoría y subcategoría (fig. 1).

Para obtener los constructos categóricos, generalidades y particularidades relevantes en la retroalimentación, se realizó el proceso de recursividad y triangulación. El análisis cualitativo se enriqueció por las múltiples visiones de cada tutor y se aumentó la muestra a nuevos tutores hasta alcanzar el punto de saturación en cada categoría, con un total de 14 entrevistados. Para concluir el estudio de caso, se realizó un análisis descriptivo e interpretativo de las entrevistas en cada categoría; cumpliendo los criterios de rigor y validez según Guba y Lincoln²³⁻²⁵.

Resultados

A partir del conjunto de entrevistas, se analizó la frecuencia de palabras; donde se observa que la mayor frecuencia la obtuvo retroalimentación, seguida de estudiante, docente, clínica y evaluación (fig. 2).

A continuación, se describe el análisis cualitativo de las categorías y subcategorías respectivas, junto a extractos de las entrevistas (tablas 1 y 2).

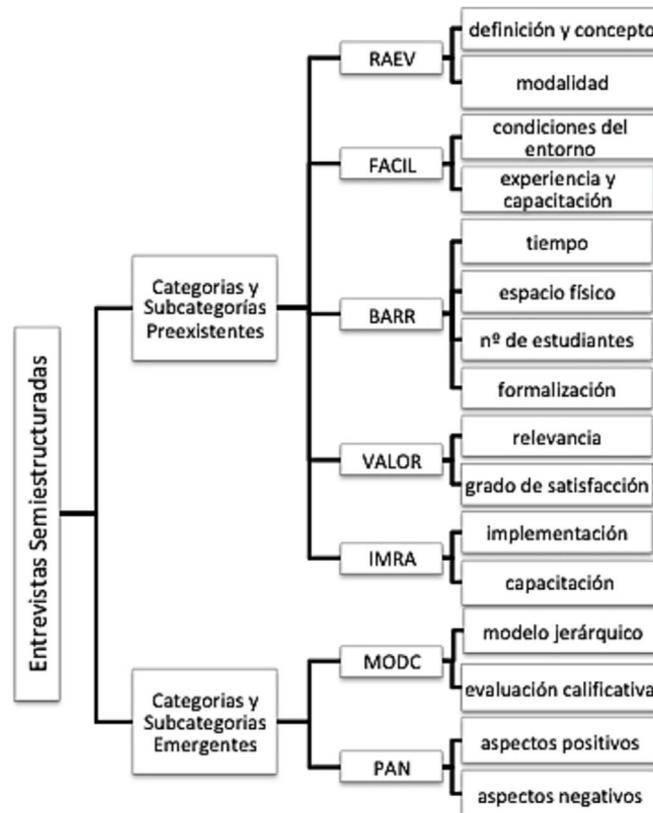


Figura 1 Matriz de sistema de categorías y subcategorías preexistentes y emergentes. RAEV: Comprensión de la retroalimentación como parte de la evaluación formativa. FACIL: Facilitadores de dar retroalimentación. BARR: Barreras de dar retroalimentación. VALOR: Valoración de la estrategia de retroalimentación. IMRA: Implementación o mejoras en la retroalimentación en el proceso de enseñanza aprendizaje. MODC: Comprensión de la retroalimentación como parte de un modelo conductivista. PAN: Retroalimentación en contexto de pandemia.

Tabla 1 (continuación)

Categoría Código	Subcategoría 1 Definición y Concepto	Subcategoría 2 Modalidad		
	<p>buenas, cosas malas, cosas por mejorar»</p> <p>EV11_R02 «El gran facilitador es que el estudiante se involucra con el paciente, entiende su problema y lo visualiza»</p> <p>EV12_R02 «se genera un espacio de retroalimentación ... que haya un proceso de análisis del estudiante, donde el estudiante tuvo teoría, tuvo clínica y retroalimentación en un proceso cognitivo de análisis... de cómo vivió el proceso y las experiencias que tuvo»</p>	EV13_R04 «el grupo docente trabaja en equipo hace años... »		
Categoría Código	Subcategoría 1 Tiempo	Subcategoría 2 Espacio físico	Subcategoría 3 Número de estudiantes	Subcategoría 4 Formalización
BARR	<p>EV03_R07 «El estudiante tiene que cumplir un programa clínico que es difícil de lograr, ... tampoco tiene el tiempo y las ganas de que uno esté deteniéndole en lo que avanza»</p> <p>EV03_R10 «...un problema es la estructura del programa, de cómo se desarrollan las actividades, de los horarios en que hay que ocupar la clínica y nos deja poco tiempo para hacer otras actividades»</p> <p>EV08_R11 «...el problema es que todos los ramos están al límite con la cantidad de horas para entregar contenidos... Hay mucha restricción en tratar de equilibrar la entrega de contenidos y el tiempo adicional que se requiere para organizar todo esto».</p> <p>EV06_R10 «...nuestro tiempo de clínica se ocupa absolutamente en clínica...»</p> <p>EV07_R06 «El tiempo es el principal factor que tenemos como límite»</p>	<p>EV06_R10 «No tenemos un espacio físico dónde juntarnos con un estudiante, no hay una sala docente o sala de reuniones, para hacer la retroalimentación de manera privada, uno a uno, en un ambiente tranquilo, fuera del estrés de las turbinas»</p> <p>EV10_R04 «Las condiciones físicas yo creo que no son las óptimas»</p> <p>EV12_R10 «muchas veces uno quiere presentar casos clínicos... revisar evidencia de la literatura, mostrar un Power Point a los estudiantes durante el paso y ese espacio para realizar docencia que es muy importante... no lo tenemos»</p> <p>EV14_R5 «La oficina con que se cuenta en algunos pisos es pequeña, está llena de docentes y tratar de hacer una retroalimentación a un estudiante con muchos docentes alrededor, se intimida al estudiante. Entonces se trata de hacer en el mismo <i>box</i> clínico, pero a veces están los pacientes y no hay tiempo»</p>	<p>EV06_R10 «La relación actual docente estudiante no permite una educación basada en competencia»</p> <p>EV04_R09 «Se hace muy complejo la cantidad de estudiantes que uno tiene que ver y en algunas especialidades tienen que ver el doble de estudiantes... hay un docente de la especialidad para todo un sector de la clínica y tienen que ver alrededor de 30 estudiantes y se complica el proceso de enseñanza para hacer una buena retroalimentación»</p> <p>EV05_R12 «...déficit de docentes que hay en algunas asignaturas»</p> <p>EV12_R05 «la cantidad de estudiantes ha tenido un impacto en la calidad de la docencia que podemos entregar...»</p> <p>EV13_R02 «En clínica es difícil evaluar una serie de competencias clínicas en coherencia con las actitudes clínicas, ya que solemos ser un docente para 6 o 10 estudiantes»</p>	<p>EV06_R02 «...en la clínica uno constantemente esta con el estudiante diciendo lo que hizo bien, lo que hizo mal, lo que puede mejorar y no puede mejorar. Yo no sé si eso el estudiante lo ve como una retroalimentación o como un comentario, porque no está la formalidad...»</p> <p>EV06_R04 «Si creo, que la retroalimentación está en la malla, ... lo que pasa es que no ha estado formalizada, no se le había puesto un título»</p> <p>EV06_R09 «...no tenemos el instrumento donde vaciar esta retroalimentación y colocarla de manera tácita, que este firmarla por ambas partes. Que quede un registro. Falta la formalidad...»</p> <p>EV14_R11 «una de las falencias que tienen los staff docentes en odontología, es que tenemos muy buenos profesionales y odontólogos, pero no todos tienen cursos de formación docente... la forma de hacer retroalimentación no está bien instaurada y no sabemos bien hacerla...»</p>
Categoría Código	Subcategoría 1 Relevancia	Subcategoría 2 Grado de satisfacción		
VALOR	<p>EV07_R01 «La retroalimentación es la que tiene más relevancia desde la perspectiva de la función que cumplimos como docente...».</p> <p>EV08_R03 «Hay que buscar la forma de incentivar y tener el tiempo de hacerlo. Rescatar los contenidos nucleares,</p>	EV07_R02/R03 «La satisfacción que me genera ser docente de estudiantes de odontología, es en la orientación de la actividad que uno realiza para la formación de profesionales sólidos en cuanto a la ética y al conocimiento... claramente es un alto grado de		

Tabla 1 (continuación)

Categoría Código	Subcategoría 1 Relevancia	Subcategoría 2 Grado de satisfacción
	<p>que es lo más importante que el estudiante debe saber. Ese es nuestro trabajo. Es lo indispensable»</p> <p>EV13_R05 «Le doy mucha relevancia. Creo que ayuda a diferenciar lo es calificar de evaluar. Esta retroalimentación incluso ha ayudado al grupo docente a cuestionarse como grupo ciertos conceptos, ciertas creencias, ciertas conductas»</p> <p>EV14_R04 «sirve mucho la valoración de la experiencia que genera un tutor. Es una gran instancia para poder transmitir la experiencia que pueda tener un docente sobre algunos procedimientos para que el estudiante sea capaz de ir adaptándolos caso a caso. Es relevante»</p>	<p>satisfacción»</p> <p>EV08_R01 «Esta actividad es muy motivadora...»</p> <p>EV09_R03 «uno a 100, 100; porque ahí hay un contacto uno es a uno, del intelecto de una persona en formación al intelecto de un docente. Se puede orientar, guiar, intencionar, corregir fenómenos que no se obtienen desde la lista de cotejo o la guía clínica; qué es lo que hoy en día parece ser la norma»</p> <p>EV14_R05/R06 «...la retroalimentación ha sido una buena experiencia... Lo que uno le está diciendo, él lo está analizando y lo está incorporando dentro de su formación... se genera una relación entre docente tutor y estudiante. El momento de la retroalimentación es cuando... se genera un mayor nivel de diálogo con el estudiante. Yo creo que es el momento más satisfactorio»</p>
Código	Subcategoría 1 Implementación	Subcategoría 2 Capacitación
IMRA	<p>EV04_R04/05 «Debería estar bien establecida ... tener tiempos protegidos para poder hacerlo»</p> <p>EV04_R18/19 «Una guía de retroalimentación en la cual uno tenga que dejar por escrito el proceso formal del compromiso de mejora con el estudiante...se firma la retroalimentación... uno coloca las cosas positivas, las cosas negativas y los compromisos a mejorar y se hace un contrato... del proceso de acción clínica»</p> <p>EV06_R03 «A todos les tiene que quedar claro este proceso... Me hubiera gustado grabarlo. ¿cómo podemos registrar la retroalimentación de tal manera que no haya un mínimo de duda y que no se mal interprete lo que uno les dice en la retroalimentación a los estudiantes?»</p> <p>EV06_R05 «...es que el estudiante dice que el docente nunca se lo dijo y uno como docente le dijo al estudiante, pero el estudiante nunca lo escucho. Yo creo que la única manera de llevar un registro es firmando un documento»</p> <p>EV09_R03 «El cambio de paradigma de la disciplina al contexto como está estructurada ... fue un gran avance y ha sido un trabajo bastante difícil para los docentes ... seguimos en la necesidad de implementar nuevos indicadores... contenidos interdisciplinarios ...qué es lo relevante desde el contexto específico del cual están educando... cursos curriculares de planificación de tratamientos; que es un espacio para el debate sobre las decisiones tomadas, los pro- y los contra, los respaldos de la evidencia»</p> <p>EV03_R11 «Mantener las horas clínicas, pero mejorar la proporción docente estudiante»</p> <p>EV13_R04 «Yo creo en la heteroevaluación y en la autoevaluación. Bien dirigido con flexibilidad, pero con estructura ayudan al estudiante a tener mayor autonomía y modifican un poco esta relación tan vertical entre el docente y el estudiante en el proceso evaluativo»</p>	<p>EV01_R01 «el docente tiene que tener competencias previas, porque si no la retroalimentación no tiene la eficiencia que debería haber tenido. Debería manejar, debería tener alguna experiencia docente y también en la disciplina en la cual está realizando la docencia y la retroalimentación»</p> <p>EV01_R07 «debería haber instancias, así como a nosotros se nos hacen cursos de educación y docencia en relación a la evaluación sumativa, deberíamos tener también capacitación en la evaluación formativa y con retroalimentación...tiene que ser estructurado.... No todos tenemos la capacidad de hacer una buena evaluación formativa y una buena retroalimentación».</p> <p>EV14_R09 «Un gran avance fue el curso de tutor clínico en su primera versión que se hizo el año pasado. Yo participe en él y ahí uno se da cuenta que hay muchas cosas que uno asume como lógicas y hay otras cosas que uno no sabe hacerlas, ni como comunicarse con el estudiante. Yo creo que una de las medidas sería que todos los docentes que estamos en clínica, tuviéramos estos cursos de tutoría clínica, de capacitación»</p>

BARR: Barreras de dar retroalimentación; FACIL: Facilitadores de dar retroalimentación; IMRA: Implementación o mejoras en la retroalimentación en el proceso de enseñanza aprendizaje; RAEV: Comprensión de la retroalimentación como parte de la evaluación formativa; VALOR: Valoración de la estrategia de retroalimentación.

Tabla 2 Entrevistas de las categorías y subcategorías emergentes

Categoría Código	Subcategoría 1 Modelo jerárquico	Subcategoría 2 Evaluación calificativa
MODC	<p>EV01_R03 «yo voy retroalimentando al estudiante, le voy diciendo: Estás bien, estás mal. No, esto se hace de esta manera, esto se hace de la otra. Muchas veces ¿por qué? Porque yo le estoy dando el fundamento...»</p> <p>EV02_R01 «Al principio en este currículum innovado las actividades de retroalimentación eran prácticamente un monólogo del docente y el docente era quién tenía que hacer las consultas u otros miembros del cuerpo docente para darle un mayor dinamismo»</p> <p>EV04_R03 «... para que sea constructiva de partida no tiene que ser castigadora...»</p> <p>EV09_R01 «no se han implementado metodologías activas con el estudiante, que... van llevándolo, guiándolo positivamente a un camino de mayor autonomía. Todo lo contrario, todas las implementaciones que se han realizado hasta ahora son con metodologías pasivas, seguimos al estudiante generándole un racional de dependencia en torno al docente».</p> <p>EV09_R02 «La cultura institucional es muy vertical...»</p>	<p>EV11_R02/R03 «...en pregrado el fin último es aprobar el ramo o tener una buena nota... hay que cambiar el enfoque del docente y del estudiante hacia la retroalimentación»</p> <p>EV11_R05 «Siento que el estudiante atiende pacientes solamente por cumplir los requisitos del ramo y se enfocan mucho en la calificación. El objetivo debería ser rehabilitar un paciente, ayudar a un paciente. Siento que ahí falta harto»</p> <p>EV03_R02 «Como docentes muchas veces hemos seguido haciendo las cosas que hemos hecho siempre. Y esto no es lo mismo de siempre»</p> <p>EV06_R01 «Se ha mal interpretado la retroalimentación y la calificación por parte del estudiante; él cree que lo están retando, que el docente lo está justificando para poner una mala nota, que lo está justificando para dejar repitiendo. Ese concepto es el que hay que cambiar»</p>
	Subcategoría 1 Aspectos positivos	Subcategoría 2 Aspectos negativos
PAN	<p>EV02_R01 «...los estudiantes han ido entendiendo de mejor manera lo que es la retroalimentación, porque estamos percibiendo en este contexto de pandemia una mayor participación de ellos en la retroalimentación»</p> <p>EV02_R03 «Esa experiencia ha sido espectacular, tanto es así que al principio estaba concebida en menos tiempo y producto de la retroalimentación qué se hacía de cada una de las actividades, hubo que extenderlas y los estudiantes estaban ávidos de participar. Esto fue muy participativo. Fueron casos clínicos»</p> <p>EV06_R01 «...en pandemia yo he estado ocupando la hora de sanitización fuera de la clínica y los voy llamando uno a uno. El problema es que es un espacio público, pero por lo menos tenemos un tiempo para poder conversar, donde no está el paciente»</p> <p>EV11_R01 «Durante las ayudantías que realizamos ahora de manera virtual pandemia nos ha permitido tener una retroalimentación más directa con los estudiantes»</p> <p>EV12_R01/02/03 «En el contexto actual de la pandemia, por un lado, tenemos los <i>box</i> clínicos aislados ... ha permitido bajar el ruido ambiente y personalizar la atención... ha sido una ventaja para el manejo clínico de los pacientes»</p>	<p>EV07_R01/R02/R03 «Un montón de barreras...Producto de la pandemia nos quedamos sin hacer actividades presenciales... sin ninguna posibilidad de hacer clínica, sin ninguna posibilidad de tener contacto con un paciente... Este año de pandemia las actividades preclínicas, se modificaron a teóricas y la orientación de esas actividades teóricas es hacia la actividad presencial»</p> <p>EV08_R01 «...todo lo que involucra evaluación significa tiempo adicional del cual estamos muy restringidos desde que comenzó la pandemia»</p> <p>EV09_R01 «Ahora con la pandemia y la restricción de los aforos, la distancia social, los EPP, los sillones de bajo o alto aerosol, se dificulta enormemente porque los tiempos clínicos están muy acotados»</p> <p>EV09_R06 «Aquí la pandemia se ha ignorado en su efecto modulador en el proceso formativo y se cree que ajustando horarios y prolongando semestres, se va a llegar al mismo resultado como si la pandemia no estuviese presente»</p> <p>EV14_R01/R02 «la reestructuración de la clínica en pregrado ha dificultado, porque los tiempos de clínica han sido más acotados. Hemos tratado de utilizar los espacios de higienización de los <i>box</i> o al terminar la jornada, pero no se cuenta con el lugar donde hacerlo... en este tiempo de pandemia, donde es tan acotado el horario clínico; contar con tener retroalimentación en este momento, creo que se dificulta»</p>

MODC: Comprensión de la retroalimentación como parte de un modelo conductivista; PAN: Retroalimentación en contexto de pandemia.

Categorías preexistentes

Los puntos de saturación para estas categorías variaron desde las primeras a las últimas entrevistas.

Comprensión de la retroalimentación como parte de la evaluación formativa

Subcategoría 1: algunos de los tutores clínicos coinciden con la definición de retroalimentación como evaluación formativa en el contexto de alianza educativa y comprenden la evaluación formativa del desempeño de competencias en relación con el estándar, junto con una relación de diálogo y respeto con el estudiante.

Subcategoría 2: la entrega es de manera constante, oportuna, individual, informal y generalmente no está formalizada, mencionándose ciertas técnicas.

Facilitadores de dar retroalimentación

Subcategoría 1: algunas de las condiciones del entorno clínico facilitan la entrega de una retroalimentación de calidad al estudiante de odontología; como el contexto real, la atención directa al paciente y los espacios clínicos actualmente más estructurados y ordenados debido a la pandemia.

Subcategoría 2: la experiencia y la capacitación docente facilita el desempeño de competencias del estudiante en el entorno clínico odontológico.

Barreras de dar retroalimentación

Subcategoría 1: la falta de tiempo impide supervisar los estándares de competencia en el entorno clínico odontológico.

Subcategoría 2: el principal problema es la falta de un espacio físico apropiado para el proceso de retroalimentación.

Subcategoría 3: el gran número de estudiantes por tutor, impide entregar una retroalimentación oportuna y de calidad.

Subcategoría 4: no está formalizada y estandarizada, y debería haber un instrumento donde documentarla.

Valoración de la estrategia de retroalimentación

Subcategoría 1: se da un alto valor y relevancia a la retroalimentación. Hay consenso en que es fundamental y debe realizarse en este plan formativo.

Subcategoría 2: su desarrollo en el quehacer docente, les ha aportado buenas experiencias y un alto grado de satisfacción personal.

Implementación o mejoras en la retroalimentación en el proceso de enseñanza aprendizaje

Subcategoría 1: su implementación, debería formalizarse y estructurarse en los respectivos programas de curso del plan formativo de esta facultad.

Subcategoría 2: la capacitación en la evaluación formativa es un pilar fundamental para la implementación de las buenas prácticas docentes.

Categorías emergentes

Los puntos de saturación de estas categorías se alcanzaron en las últimas entrevistas.

Comprensión de la retroalimentación como parte de un modelo conductivista

Subcategoría 1: se menciona al modelo conductivista, donde el tutor dirige la evaluación de procedimientos clínicos de manera unidireccional e informal con uso de metodologías pasivas.

Subcategoría 2: un número importante de tutores y estudiantes se enfocan en aprobar y calificar.

Retroalimentación en contexto de pandemia

Subcategoría 1: aspectos positivos de la pandemia fueron, el aumento de la participación estudiantil a distancia y el retorno a clínica de forma más ordenada y estructurada.

Subcategoría 2: aspectos negativos de la pandemia fueron, el ejercicio clínico presencial pasó a ser remoto y preclínico. El retorno a clínica fue con restricciones de aforos, espacios físicos y tiempo.

Discusión

El análisis cualitativo de la opinión de los tutores acerca del conocimiento sobre retroalimentación como evaluación formativa; indica que va más allá de una entrega y recepción de conocimientos o tutorías en la clínica. La consideran un proceso complejo en la dinámica tutor estudiante, coincidente con la definición de alianza educativa^{12,13}.

El cambio de paradigma en la evaluación formativa en clínica, debe ser conocido y comprendido para que los tutores lo aprecien y le den importancia^{14,22,26}. Se comprende este cambio en el modelo basado en competencias, al considerar la retroalimentación un elemento clave para guiar el desempeño de competencias y conocer el nivel de avance de los estudiantes, retroalimentando y reorientando el proceso de enseñanza aprendizaje hacia el logro de resultados de aprendizaje^{4-6,20}. Se entiende como un proceso de evaluación formativa del desempeño de competencias bajo un estándar, en un clima de credibilidad y confianza, manteniendo un ambiente de diálogo y respeto, considerando la atención disciplinar del paciente, cuya finalidad es formar un buen profesional y establecer una norma de aseguramiento de calidad^{1-3,14,16}. Se da relevancia y protagonismo a la evaluación auténtica del desempeño en el contexto clínico odontológico^{7,17-19}. Sin embargo, existe un grupo reducido de tutores que contempla el proceso desde el modelo conductivista donde ellos son los que dan los fundamentos e indican lo que está bien o está mal y corrigen los errores; situación descrita en otros contextos universitarios^{17,21,26}.

Al indagar sobre la oportunidad de entrega de retroalimentación, se indica que se da constantemente en la clínica, de forma individual e informal y por motivación personal. No existe un instrumento para llevar un registro regular y continuo, y falta estandarizar los criterios de

desempeño de competencias en los cursos respectivos. La capacitación docente es a través de cursos para tutores clínicos, pero aún es insuficiente para promover un proceso seguro y objetivo. Es esencial que se formalice para cumplir con los estándares y directrices de la política universitaria de esta facultad. De ahí la importancia y necesidad que las instituciones proporcionen tiempo y recursos para implementar una cultura de retroalimentación constructiva en sus planes formativos, bajo pautas de calidad^{3,6,7-9,15,20,21}.

Surge en esta investigación el constructo de pandemia. Este tuvo un impacto negativo y crítico en la práctica clínica; al suspender las actividades presenciales y reemplazarlas por modalidades preclínicas y a distancia. Al inicio se articuló en talleres de análisis de casos, para satisfacción de algunos tutores. Al retomar las actividades clínicas, se observaron barreras en el funcionamiento como consecuencia de los cambios en espacios físicos, medidas sanitarias y aforos; pero también facilitadores, ya que los espacios físicos estaban más organizados y se respetan los tiempos de atención clínica. Esta experiencia coincide con la investigación de otros autores, durante esta pandemia^{27,28}.

Por otra parte, al analizar las condiciones que facilitan y dificultan la implementación de la retroalimentación de calidad hubo consenso en que el contexto clínico es clave para desarrollar competencias transversales y disciplinares. La experiencia y capacitación docente constituye un facilitador. Sin embargo, en la clínica odontológica donde hay un alto flujo de pacientes, se necesita más tiempo para proporcionar retroalimentación eficaz y oportuna, hay dificultades en el espacio físico con la escasez de salas junto al elevado número de estudiantes por tutor clínico; situación que se evidencia en otros entornos odontológicos¹⁷⁻¹⁹.

En esta investigación, la docencia de calidad en los tutores clínicos hacia sus estudiantes de odontología, se valoran. La retroalimentación y su complejidad como interacción educativa es comprendida al vincularla con el entorno clínico y su implementación depende de múltiples factores como tiempo y recursos.

Financiamiento

Ninguno.

Ponencia y resumen

XXI Jornadas Latinoamericanas de Educación en Ciencias de la Salud DECSA. 2021 Santiago de Chile, Chile.

«Análisis de las prácticas docentes de tutores clínicos, en relación a la retroalimentación; en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile».

Libro de resúmenes N° 43 - Pág. 69.

Responsabilidades éticas

Los participantes fueron tutores clínicos con grado de profesor, con experiencia clínica y docencia en cursos de pregrado del plan innovado basado en competencias. Su participación fue voluntaria bajo consentimiento informado. Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)

- Facultad de Medicina Universidad de Chile, n° 286/2020; y está de acuerdo con las consideraciones éticas de Ezekiel Emanuel, la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki²⁹.

Conflicto de intereses

Se declara un conflicto de intereses por parte de algunos autores, al ser miembros del equipo docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, lugar donde se realizó el estudio.

Bibliografía

1. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(6):777–81. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340060055026>.
2. Sadler DR. Formative assessment and the design of instructional systems. *Instr Sci*. 1989;18(2):119–44. <https://doi.org/10.1007/BF00117714>.
3. Ramani S, Könings KD, Ginsburg S, Van der Vleuten CP. Feedback redefined: principles and practice. *J Gen Intern Med*. 2019;34(5). <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04874-2>.
4. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teacher*. 2010;32(8):638–45. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>.
5. Gruppen LD, Ten Cate O, Lingard LA, Teunissen PW, Kogan JR. Enhanced requirements for assessment in a competency-based, time-variable medical education system. *Acad Med*. 2018;93(3):S17–21. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002066>.
6. ADEA House of Delegates. American dental education association competencies for the new general dentist. *J Dent Edu*. 2011;75(7):932–5.
7. Manogue M, McLoughlin J, Christersson C, Delap E, Lindh C, Schoonheim-Klein M, et al. Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education - update 2010. *Eur J Dent Educ*. 2011;15(3):133–41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00699.x>.
8. Pey R. and Chauriye S., Innovación curricular en las universidades del Consejo de Rectores 2000 - 2010, [Consultado 10 mar 2022] Disponible en: https://sct-chile.consejodirectores.cl/documentos_WEB/Innovacion_Curricular/2.Informe_INNOVACION_CURRICULAR.pdf.
9. Watling CJ, Ginsburg S. Assessment, feedback and the alchemy of learning. *Med Educ*. 2019;53(1):76–85. <https://doi.org/10.1111/medu.13645>.
10. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teacher*. 2012;34(10):787–91. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.684916>.
11. Fornells JM, Julià X, Arnau J, Martínez-Carretero JM. Feedback en educación médica. *Educación Médica*. 2008;11(1):7–12. <https://doi.org/10.4321/s1575-18132008000100003>.
12. Molloy E, Ajjawi R, Bearman M, Noble C, Rudland J, Ryan A. Challenging feedback myths: Values, learner involvement and promoting effects beyond the immediate task. *Med Educ*. 2020;54(1):33–9. <https://doi.org/10.1111/medu.13802>.
13. Telio S, Regehr G, Ajjawi R. Feedback and the educational alliance: examining credibility judgements and their consequences. *Med Educ*. 2016;50(9):933–42. <https://doi.org/10.1111/medu.13063>.
14. Mckimm J. Giving effective feedback. *Br J Hosp Med*. 2009;70(3):158–61. <https://doi.org/10.12968/hmed.2009.70.3.40570>.
15. Carless D, Boud D. The development of student feedback literacy: enabling uptake of feedback. *Assess Eval High Educ*. 2018;43(8):1315–25.

16. Tekian A, Watling CJ, Roberts TE, Steinert Y, Norcini J. Qualitative and quantitative feedback in the context of competency-based education. *Med Teacher*. 2017;39(12):1245–9. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1372564>.
17. Alcota M, Ruiz de Guana P, Gonzalez FE. El profesionalismo en la formación odontológica. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2016;28(1):158–78. <https://doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a9>.
18. Ebbeling S, Adam L, Meldrum A, Rich A, McLean A, Aitken W. Oral health and dental students' perceptions of their clinical learning environment: a focus group study. *J Dent Educ*. 2018;82(10):1036–42. <https://doi.org/10.21815/jde.018.102>.
19. Lipp M, Cho K, Kim HS. Types of feedback in competency-based predoctoral orthodontics: effects on students' attitudes and confidence. *J Dent Educ*. 2017;81(5):582–9. <https://doi.org/10.21815/JDE.016.021>.
20. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638–45. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>.
21. Pérez VC, Vaccarezza GG, Aguilar AC, Coloma NK, Salgado FH, Baquedano RM, et al. Cuestionario de prácticas pedagógicas: Análisis de su estructura factorial y consistencia interna en docentes de carreras de la salud. *Rev Med Chil*. 2016;144(6):795–805. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600015>.
22. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77(1):81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>.
23. Stake RE. *Investigación con estudio de cas os*. 2da Ed. Madrid: Ediciones Morata S.L; 1999.
24. Yin RK. *Case study research: design and method*. 2da Ed. SAGE Publications; 1994.
25. Rojas X, Osorio B. Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa. *Gaceta de Pedagogía*. 2017;36:62–74.
26. Garcés Bustamante J, Labra Godoy P, Vega Guerrero L. La retroalimentación: una estrategia reflexiva sobre el proceso de aprendizaje en carreras renovadas de educación superior. *Cuadernos de Investigación Educativa*. 2020;11(1):37.
27. DePietro DM, Santucci SE, Harrison NE, Kiefer RM, Trerotola SO, Sudheendra D, et al. Medical student education during the COVID-19 pandemic: initial experiences implementing a virtual interventional radiology elective course. *Acad Radiol*. 2021;28(1):128–34. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2020.10.005>.
28. Singh K, Srivastav S, Bhardwaj A, Dixit A, Misra S. Medical education during the COVID-19 pandemic: a single institution experience. *Indian Pediatr*. 2020;57(7):678–9. <https://doi.org/10.1007/s13312-020-1899-2>.
29. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA*. 2000;283(20):2701–11. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>.