



Universidad de Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA

**CAPACITACIÓN EN FEEDBACK EFECTIVO PARA TUTORES CLÍNICOS
DE INTERNADO DE UNIVERSIDADES CHILENAS**



Por
DANIELA INÉS VALENZUELA VALENZUELA

Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Concepción para optar al grado académico de
Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud

Tesis financiada por el proyecto CONICYT-FONDECYT 1190931

Profesora guía

NANCY BASTÍAS VEGA

Profesor coguía

CRISTHIAN PÉREZ VILLALOBOS

**Enero 2021
Concepción · Chile**



© 2021 DANIELA INÉS VALENZUELA VALENZUELA

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

**CAPACITACIÓN ONLINE EN FEEDBACK EFECTIVO PARA TUTORES CLÍNICOS DE
INTERNADO DE UNIVERSIDADES CHILENAS**

Por

DANIELA INÉS VALENZUELA VALENZUELA

Profesor guía

NANCY BASTÍAS VEGA

Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud

Firma: _____

Calificación: __ , __



Co Guía

CRISTHIAN PÉREZ VILLALOBOS

Doctor en Ciencias de la Educación

Firma: _____

Calificación: __ , __

Revisor externo

ALEJANDRA CEBALLOS MORALES

Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud

Firma: _____

Calificación: __ , __

**Enero 2021
Concepción · Chile**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia y compañero de vida por alentarme a continuar con este estudio a pesar de las dificultades en el camino. También agradezco a mis dos docentes por el apoyo brindando durante el proceso.



RESUMEN

Objetivo: Analizar los resultados de una capacitación en feedback efectivo a tutores clínicos de internado de universidades chilenas pertenecientes a La Red Nacional de Unidades de Educación Médica y Ciencias de la Salud.

Método: Estudio cuantitativo, preexperimental, de corte transversal y con alcance analítico relacional. Participaron 29 profesionales, elegidos con una estrategia de muestreo no probabilística y por voluntarios. La redacción de este documento trata de utilizar un lenguaje inclusivo basado en el manual de buenas prácticas para ambientes de estudio de la Universidad de Concepción 2020-2021.

Resultados: Las y los participantes mejoraron su desempeño realizando feedback, con resultados estadísticamente significativos en 8 ítems ($p < 0,001$), sólo el ítem “La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa” no presentó diferencias significativas ($p = 0,569$). Además, evidenciaron un alto nivel de satisfacción con la intervención.

Conclusiones: Una capacitación acotada en feedback efectivo a tutores clínicos de internado, con objetivos claros y diversas estrategias de enseñanza, mejora del desempeño entregando feedback con un alto nivel de satisfacción de sus participantes.

TABLA DE CONTENIDO

<i>Contenidos</i>	<i>Página</i>
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
I. PROBLEMATIZACIÓN	1
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	7
III. MÉTODO	8
3.1. Participantes	8
3.2. Definición de variables	9
3.3. Instrumentos de recolección de datos	10
3.4. Procedimiento	11
3.5. Análisis de los datos	15
3.6. Consideraciones éticas	16
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	38
ANEXO I: Cuestionario Sociodemográfico	39
ANEXO II: Encuesta de Satisfacción sobre la Capacitación de Feedback Efectivo	46
ANEXO III: Escala de Observación Directa de Retroalimentación de Habilidades clínicas (DOCS-FBS)	48
ANEXO IV: DOCS-FBS	50
ANEXO V: Formulario de Consentimiento Informado para Participante - Código: 03	51



ANEXO VI: Autorización para Grabación de Feedback

56

ANEXO VII: Declaración de Confidencialidad

57



ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
TABLA 4.1	Distribución de las y los participantes por profesión. 18
TABLA 4.2	Capacitación previa de las y los participantes. 19
TABLA 4.3	Evaluación del desempeño de las y los participantes en sesión diagnóstica por las evaluadoras 1 y 2. 20
TABLA 4.4	Tramos de interpretabilidad del coeficiente Kappa de Cohen. 21
TABLA 4.5	Acuerdo interjueces entre evaluadora 1 y 2 en sesión diagnóstica. 21
TABLA 4.6	Evaluación de la evaluadora 1 del desempeño de los participantes en evaluación final. 22
TABLA 4.7	Comparación entre el desempeño en evaluación diagnóstica y final según evaluadora 1. 23
TABLA 4.8	Comparación entre el desempeño en evaluación diagnóstica según el evaluador 2 y evaluación final según el evaluador 1. 24
TABLA 4.9	Descriptivos del desempeño de las y los participantes según momento y evaluadora. 25
TABLA 4.10	Satisfacción de las y los participantes con la capacitación en feedback efectivo: Análisis por ítem. 26
TABLA 4.11	Satisfacción de las y los participantes con la capacitación en feedback efectivo: Análisis por dimensión. 28

I. PROBLEMATIZACIÓN

La enseñanza clínica es la instancia para desarrollar competencias profesionales, habilidades psicomotoras y reflexivas en estudiantes de las carreras de la salud, en un contexto real con la observación directa de su tutor, a fin de asegurar que aprendices logren un desempeño responsable para el futuro ejercicio de la profesión^{1,2}.

En el actual enfoque de la educación, que tiene como centro el aprendizaje efectivo del cuerpo estudiantil, el rol docente es ser facilitador/a, guiando a su estudiante a la autorreflexión y ser protagonista de su propio aprendizaje. Este es uno de los 12 roles del docente descritos por Harden y Crosby en su artículo "The good teacher is more than a lecturer -the twelve roles of the teacher"³ que ha sido una base para varios estudios vinculados a la docencia clínica.

La norma técnica administrativa chilena que regula la relación asistencial docente⁴ (2017), define tutores o colaboradores docentes como "funcionarios del establecimiento de salud que, dentro de las funciones propias del cargo, cumplen labores de tutoría, acompañamiento, demostración u orientación académica a estudiantes". Para tutores clínicos es un gran desafío tener que cubrir la demanda asistencial con sus pacientes al mismo tiempo de cumplir la responsabilidad educativa con estudiantes y lograr cerrar la brecha entre la teoría y la práctica^{2,5}.

Un/a docente efectivo en el ámbito clínico es quien favorece un clima positivo para el aprendizaje, comunica los objetivos claramente, promueve la comprensión del contenido,

evalúa el desempeño, provee feedback efectivo y propicia el autoaprendizaje de sus estudiantes mediante la reflexión⁶. En una revisión de la literatura, Rodríguez et al.⁷ describen los atributos de una tutoría clínica de excelencia, que fueron clasificados en 3 dimensiones: 1) Genérica, donde las características actitudinales se definen como las más relevantes, haciendo énfasis en el trato respetuoso con su aprendiz 2) Dimensión pedagógica, donde la característica más valorada fue la retroalimentación: 3) Dimensión disciplinaria, donde menciona las destrezas para un óptimo desempeño en la práctica. Se observó que las más representadas en los estudios fueron la dimensión genérica y pedagógica. Como se ha mencionado anteriormente, el feedback o retroalimentación es un elemento importante en el entorno clínico, el que se define como la información que se entrega al aprendiz sobre su desempeño en diversos aspectos (cognitivos, procedimentales y actitudinales) y que permite al/la docente reconocer la etapa de preparación en que se encuentra su estudiante, a fin de potenciar aquellas fortalezas y promover la autoevaluación, con el consiguiente reconocimiento de las debilidades, inducir la reflexión y generar un cambio en la conducta en beneficio de su aprendizaje^{2,8,9}. En el feedback efectivo se valora las competencias esperadas durante un desempeño y no las características de la persona, por tanto, no debe realizarse un juicio de ella. Para que sea efectivo, debe darse en un ambiente de confianza y respeto mutuo^{7,10,11}, proporcionarlo en un momento oportuno y planificado, basado en datos observados por quien entrega el feedback, ser de carácter descriptivo y no evaluativo¹².

Existen elementos esenciales que debe tener un feedback docente eficaz, que contempla como requisito: que sea oportuno, concreto, veraz, respetuoso con la autoestima de su aprendiz, suficiente (no más de dos aspectos que retroalimentar), constructivo y centrado en las necesidades de quien aprende¹⁰. El feedback puede ser de carácter formal o informal, en el primero existe un acuerdo programado para el encuentro con su estudiante dando espacio a la reflexión sobre un tema en concreto, mientras que el feedback informal se realiza in situ, sin previa planificación por tanto el nivel de reflexión resulta ser más pobre¹². El feedback efectivo cuenta con cuatro pasos principales: fomentar la autoevaluación, destacar los aspectos positivos a mantener, valorar los aspectos mejorables y crear un plan de mejora. Durante todo el proceso debe estar presente el respeto y empatía entre docente y estudiante¹⁰, donde quien aprende debe tener conocimiento de qué se trata de un proceso formativo para no generar reacciones defensivas que finalmente hacen perder la efectividad del encuentro¹². Allen y Molloy¹³ destacan la importancia de la relación de confianza que debe existir entre tutor/a y su estudiante, ya que cuando se encuentran en un ambiente de confianza y respeto, son sus aprendices quienes solicitan el feedback, mejorando sus habilidades reflexivas, autoevaluativas y se vuelve más autorregulado el proceso de aprendizaje, motivándose a avanzar en su desempeño y disminuyendo el estrés en su tutor/a clínico. Allen reconoce que el responsable inicial de crear este ambiente positivo es el/la docente a cargo.

Existen varios factores que influyen en la calidad del feedback: 1) factores ambientales, que incluye aspectos como el lugar donde se produce el encuentro (debe ser privado), el

momento en que se retroalimenta un desempeño, el cual debe ser lo más próximo a la observación realizada por el/la tutora; 2) factores interpersonales, que incluye la personalidad de cada sujeto, estilos de aprendizaje de cada persona y la comunicación docente-estudiante y 3) factores situacionales, que se relacionan con el contenido de la retroalimentación, que debe aportar comentarios constructivos¹⁴.

Hay que tener en consideración que, para lograr un feedback efectivo no basta sólo con tener conocimientos sobre la teoría metodológica, sino que, al ser una habilidad, se puede aprender y adquirir mediante la capacitación y práctica continua¹⁰. Hoy en día, las instituciones académicas promueven el perfeccionamiento de las competencias de su equipo docente a través de programas de formación y capacitaciones en distintas habilidades pedagógicas¹⁵. Se reconoce la capacitación como la base para la realización de la docencia en el área de la salud, con resultados positivos en el desempeño de los docentes, aunque algunos consideran el perfeccionamiento como un complemento y que las habilidades se adquieren de forma autodidacta y con la experticia de la profesión. En estos casos se ha visto que sus participantes han vivido malas experiencias previas en programas de capacitación, donde existe un exceso de información teórica y las temáticas son descontextualizadas, por tanto, se hace necesario mencionar que la planificación de una capacitación debe considerar las expectativas de los sujetos y motivarlos a continuar perfeccionándose^{15,16}.

La comunidad científica mundial conoce la necesidad de capacitación por parte de las y los tutores clínicos de las carreras de la salud^{5,15,17-22} en las distintas áreas de la formación

docente, especialmente en estrategias de enseñanza y evaluación¹⁵. Se sabe que profesionales de la salud que imparten docencia valoran las capacitaciones²³, de preferencia con actividades prácticas, que guíen a la reflexión y presenten innovaciones en el quehacer docente con distintas herramientas didácticas. En contraste, las capacitaciones teóricas no son bien valoradas por docentes¹⁵. Cada intervención ha de tener un seguimiento para evaluar su efectividad en el tiempo, lo que se refleja en los cambios realizados en la práctica docente y que son observados por todas las personas que comprenden el entorno educativo (docente, estudiantes y equipo de trabajo)¹⁵.

En Chile, las/los estudiantes de las carreras de salud consideran que existe un ambiente educativo positivo en aula y en clínica^{19,24,25}, con docentes de buena calidad humana y profesional²⁵, pero señalan el feedback como una debilidad en la práctica docente^{26,27}. Además, las/los tutores clínicos señalan la necesidad de formación docente en entornos clínicos²⁸. Por lo anterior, se hace necesario capacitar al personal docente clínico en esta área para favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes en los centros de práctica^{10,24,25,29,30}.

Las carreras de fonoaudiología, kinesiología, enfermería, nutrición, medicina, odontología y obstetricia contemplan el desarrollo de competencias en común, no disciplinares. El entorno clínico en que desempeñan sus funciones abarca la interacción constante con pacientes y equipos multidisciplinarios que requiere desarrollar distintas habilidades en estudiantes, por ello, una buena comunicación docente-alumno es fundamental para conseguir desarrollarlas de forma correcta^{31,32}. Realizar feedback de la forma correcta

favorece esta relación, facilita el aprendizaje significativo, resultando en una forma positiva de enseñar y que es bien valorado por aprendices^{11,32}.

No se conocen estudios en Chile sobre los efectos que genera capacitar al personal docente clínico de las carreras de la salud sobre feedback efectivo, por lo que este estudio pretende implementar una intervención de capacitación a tutores clínicos de internado de las carreras de la salud y comparar los resultados del desempeño previo y posterior a la capacitación. Además, se pretende describir el nivel de satisfacción de sus participantes como un indicador de la calidad de la capacitación, como indica el modelo de Kirkpatrick³³ para evaluación de resultados de intervenciones educativas.



II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Analizar los resultados de una capacitación en feedback efectivo a tutores clínicos de internado de universidades chilenas pertenecientes a La Red Nacional de Unidades de Educación Médica y Ciencias de la Salud.

Objetivos específicos

1. Describir los antecedentes de formación previa en docencia de las y los tutores clínicos.
2. Comparar la organización y estructura del feedback realizado por las y los tutores clínicos en un alumno simulado, previo y posterior a la capacitación.
3. Describir el nivel de satisfacción de las y los tutores clínicos tras la intervención.

Hipótesis

1. La mayor parte de las y los tutores clínicos no cuentan con capacitaciones previas en docencia.
2. La organización y estructura del feedback mejora entre antes y después de la capacitación.
3. Las y los tutores clínicos tienen un buen nivel de satisfacción de la capacitación.

III. MÉTODO

Estudio cuantitativo que buscó medir el cambio que genera una intervención a través de datos estadísticos y así establecer una generalización empírica basada en sus resultados para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas³⁴. Tiene un alcance analítico-relacional, ya que compara el desempeño docente en feedback efectivo previo y posterior a una capacitación, además describe su nivel de satisfacción de la intervención. Se empleó un diseño preexperimental, puesto que se intervino a toda la muestra sin grupo control³⁵. Su dimensión temporal es transversal, ya que los datos de las variables fueron recopilados en un único momento predefinido.



3.1. Participantes

La muestra está compuesta por 29 tutores clínicos de internado de las carreras de enfermería, fonoaudiología, kinesiología, medicina, nutrición, odontología y obstetricia. Fueron incluidos aquellas/os tutores clínicos de internado de universidades que pertenecen a la Red Nacional de Unidades de Educación Médica y en Ciencias de la Salud, socios de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile³⁶, que durante el año 2019 hayan tenido a cargo alumnas/os internos de su carrera. Se excluyó a quienes declararon haber recibido capacitación en feedback efectivo previamente.

La estrategia de muestreo fue no probabilística y por voluntarios. Para estimar el mínimo muestral, se utilizó un software de cálculo de potencia estadística llamado G* Power 3.1,

donde considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y margen de error de 0,05, asumiendo un tamaño del efecto medio, el software arroja un mínimo muestral de 27 participantes, por tanto, se ofrecieron 30 vacantes para inscripción.

3.2. Definición de variables

Feedback efectivo en educación médica:

El feedback efectivo en educación médica se define como la información específica que compara el desempeño observado en un/a aprendiz y un estándar, brindada con el fin de mejorar el rendimiento mediante un plan de acción. El feedback constituye un elemento fundamental en educación médica²⁹ y debe cumplir con 4 pasos fundamentales: 1) fomento de autoevaluación; 2) refuerzo de lo positivo; 3) valoración de lo mejorable; y 4) plan de mejora¹².

Operacionalmente se entiende como el puntaje obtenido por las y los participantes en la pauta de evaluación que medió el desempeño entregando feedback efectivo en un escenario con alumno simulado.

Satisfacción de la Capacitación:

Evaluación subjetiva por parte de las y los tutores clínicos acerca de la experiencia educativa recibida; constituye un indicador de calidad de la capacitación^{33,37,38}.

Operacionalmente, se entiende como los puntajes otorgados por las y los tutores clínicos en la encuesta de Satisfacción de la Capacitación de Feedback Efectivo respondida al final de la actividad.

3.3. Instrumentos de recolección de datos

La información ha sido recogida a través de 3 Instrumentos.

Dos de ellos fueron completados por las y los participantes, que tuvieron que responder a través de encuestas anónimas de Google:

- a) Cuestionario sociodemográfico para descripción de muestra (Anexo I).
- b) Encuesta de satisfacción de la actividad tipo Likert (Anexo II).

La encuesta de satisfacción sobre la capacitación, consiste en un cuestionario autoadministrado que las y los tutores clínicos contestaron al finalizar el proceso de reevaluación de feedback. Su objetivo principal es evaluar el nivel de satisfacción de sus participantes respecto a la modalidad de la actividad y contenido. Ha sido confeccionada por la investigadora basada en el modelo de Kirkpatrick³³ y en lo descrito en la Guía BEME N°8³⁹ y Guía BEME N°40⁴⁰, luego fue sometida a juicio de expertos (Anexo III) para validar su contenido. El cuestionario consta de 8 ítems, donde se debían responder sobre el grado

de acuerdo con los reactivos, utilizando una escala Likert de cuatro alternativas (1=Total desacuerdo; 2 =Desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Muy de acuerdo).

El tercer instrumento utilizado para recoger información ha sido utilizado por el equipo de investigación durante la observación de los videos de las y los participantes:

c) Pauta de Observación de Feedback Efectivo Modificada (Anexo III)

La escala Direct Observation of Clinical Skills Feedback Scale (DOCS-FBS) (Anexo IV) fue desarrollada por Halman et al.⁴¹ para evaluar el feedback efectivo en el ambiente clínico en profesionales de la salud. Esta escala no ha sido validada en español ni en población chilena, por ello se realizó un proceso de traducción independiente del instrumento por parte de dos especialistas en educación médica y, luego, se compararon ambas traducciones para evaluar inconsistencias semánticas. La escala mide el feedback efectivo y cuenta con 9 ítems en forma de conductas, referidos al desempeño docente en la ejecución del feedback. Para responder, se debe elegir entre 3 alternativas: 1) no realizado; 2) intento, pero con margen de mejora; y 3) realizado con éxito. Cada alternativa está descrita según el ítem a evaluar.

3.4. Procedimiento

En primer lugar, se gestionó la autorización institucional a través de la Directora (S) del Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción por medio de una entrevista personal y carta escrita a cargo de la investigadora, como también la autorización por parte de la Red Nacional de Educación Médica y Ciencias de la Salud. Además, se

enviaron los documentos necesarios al comité de ética de la Facultad de Medicina para solicitar aprobación del proyecto.

Se invitó a las y los tutores clínicos de Internados de distintas carreras de la salud (kinesiología, nutrición y dietética, medicina, enfermería, fonoaudiología, odontología y obstetricia) a través de los directores y representantes de la Red Nacional de Educación Médica y Ciencias de la Salud. Las y los interesados debían inscribirse vía correo electrónico, donde además podían solicitar más detalles del proyecto.

La modalidad del curso fue online, considerando la actual situación sanitaria que restringe la presencialidad. Se utilizó la plataforma Moodle financiada por el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción, cuyo acceso fue con cuenta y clave personal otorgadas a los inscritos.

Durante la primera sesión vía zoom, se realizó el procedimiento de consentimiento informado (Anexo V) de forma verbal y escrita, donde se les explicó sobre los objetivos y formato de la capacitación a cargo de la investigadora. Las y los tutores tuvieron que completar un cuestionario sociodemográfico para poder describir la población. Durante la primera semana, se realizó una evaluación diagnóstica a cada participante a través de la simulación de un encuentro docente-estudiante, donde cada tutor/a realizó el feedback en una situación ficticia de lavado clínico de manos a través de plataforma Zoom Reuna, la que fue filmada bajo consentimiento que autorizaba la grabación (Anexo VI). Posteriormente, los videos fueron evaluados a través de una rúbrica a cargo de la investigadora y tutora académica responsable. Se coordinó con cada participante la fecha y hora de la evaluación,

según disponibilidad horaria caso a caso. Todo el equipo de investigación y de apoyo firmó un documento de confidencialidad (Anexo VII).

Una vez completado el proceso de evaluación inicial, las y los participantes tuvieron que revisar el material didáctico disponible en la plataforma durante 7 días. Se utilizó la herramienta Genially, en su versión gratuita, para la creación de 4 presentaciones interactivas: 1) Información general del curso (resultados de aprendizaje esperados, metodología y evaluación) incluyendo un video explicativo, 2) Clase de definición y elementos esenciales del feedback con audio incluido, 3) Pasos para realizar un feedback efectivo con audio incluido y 4) Actividad para consolidar lo aprendido previamente, donde las y los participantes debían ordenar cronológicamente una sesión de feedback durante un minuto, luego la presentación les entregaba la respuesta correcta. Además, en la plataforma se encontraba disponible material audiovisual con 2 videos de escenarios de feedback efectivo, donde se presentaba a un alumno que reconocía con facilidad las debilidades de su desempeño, y otro caso donde se dificultaba más esta acción. Se dispuso de material de lectura obligatorio y complementario, foros de consulta y de experiencias docentes. Además, se realizó una segunda clase grupal sincrónica a cargo de la investigadora con el apoyo docente del Departamento de Educación Médica experta en el tema, a través de Zoom Reuna, con el objetivo de consolidar los conocimientos adquiridos durante los 7 días de la plataforma activa. La clase inició con la activación de conocimientos a través de una encuesta anónima en tiempo real, a través de aplicación SurveyMonkey con 4 preguntas básicas sobre feedback efectivo, que fueron revisadas en grupo. Luego la

docente a cargo dio a conocer la planificación de la sesión y repasó los contenidos utilizando una presentación en power point, con espacio para aclarar dudas de sus participantes. Posteriormente, se solicitó la colaboración de un voluntario para recrear dos escenarios de feedback, donde en una primera instancia la docente entregó un feedback sin estructura al voluntario sobre un desempeño clínico, y luego la otra docente a cargo de la capacitación realizó un feedback estructurado del mismo desempeño, a modo de comparar la percepción del participante en ambos escenarios y poder vivir la experiencia desde la perspectiva de un alumno. Esta actividad concluyó con un plenario grupal. Finalmente, se realizó una actividad en grupos pequeños, donde las y los participantes debían estructurar un feedback a un alumno imaginario que no revisó la ficha clínica de un paciente, concluyendo con un plenario grupal.

Durante la última semana, cada tutor/a fue reevaluado realizando una sesión de feedback a estudiante simulado, donde nuevamente fueron filmados para la evaluación por parte de la investigadora. Al término de cada evaluación, las y los participantes recibieron feedback de su desempeño por parte de la docente a cargo. Finalmente, respondieron una encuesta tipo Likert de satisfacción de la actividad realizada.

Una vez completado todo el proceso ya descrito, se hizo entrega de un certificado de capacitación docente otorgado por el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción vía correo electrónico a cada participante. En resumen, la capacitación consideró una duración de tres semanas: la primera para evaluación

diagnóstica, la segunda para la realización de la capacitación y la tercera para la evaluación final.

Los datos sociodemográficos y los resultados de la encuesta de satisfacción fueron digitalizados en una planilla Excel de forma anónima. Los resultados de las pautas de observación de los videos fueron digitalizados en una planilla Excel, posterior a cada sesión. La recolección de estos datos no es anónima, ya que se requiere identificar a cada sujeto para comparar los resultados previo y posterior a la intervención, pero se utilizó un sistema de codificación alfanumérica para identificar a las y los participantes protegiendo su identidad. La investigadora estuvo a cargo de digitalizar todos los datos y de resguardar la confidencialidad de la información.



3.5. Análisis de los datos

En primer lugar, se hizo un análisis estadístico descriptivo de las variables de la muestra descritos en el cuestionario sociodemográfico. Para esto, se realizó un análisis de frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. En el caso de las variables numéricas, se realizó análisis de su media, desviación estándar, mínimo y máximo.

La escala de satisfacción fue sometida a juicio de expertos (cinco) para la validez de contenido. La pauta de observación de feedback fue traducida al español por expertos y comparada semánticamente; para evaluar la confiabilidad interjueces de la misma pauta, se evaluó el acuerdo entre evaluadores aplicando el coeficiente de Kappa de Cohen. Se

calculó el coeficiente de confiabilidad con alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de los factores de ambos instrumentos.

Los puntajes obtenidos de la evaluación de las docentes y de la escala de satisfacción fueron descritos en términos de su media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Para comparar el desempeño docente en feedback efectivo antes y después de la capacitación, se empleó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas con base en un contraste unilateral. Además, se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas en el análisis por criterios de la pauta.

Los análisis fueron realizados en el paquete estadístico STATA SE 16.0. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.



3.6. Consideraciones éticas

La participación de las y los tutores clínicos era libre y voluntaria, y podían desistir del estudio en cualquier instancia que desearan. Los datos recolectados fueron codificados para poder realizar el análisis de la información previo y posterior a la intervención. El uso de estos datos es confidencial, pero los resultados del proyecto serán publicados a las y los participantes vía correo electrónico durante el primer semestre del año 2021. Todos estos aspectos fueron informados a través del consentimiento informado, donde además se incluyeron los objetivos de la capacitación, descripción de la intervención, tiempo de aplicación y proceso de evaluación.

Cada participante recibió copia del formulario de consentimiento informado vía correo electrónico, además estaba disponible en la plataforma, quienes debían firmarla y enviar en formato PDF a la investigadora responsable por correo electrónico.

Los beneficios que entregó esta intervención es la adquisición de conocimientos y herramientas que permiten mejorar el desempeño en feedback efectivo como tutor/a en el ambiente clínico, lo que se traduce en la mejora al proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno. Cada docente tuvo el incentivo para participar otorgando un certificado de capacitación entregado por la Universidad de Concepción, una vez completado el proceso de reevaluación. Además, las y los participantes tienen derecho a conocer los resultados de esta investigación una vez finalizado el proyecto. Entre los potenciales riesgos del estudio era el malestar ante el proceso de evaluación de su desempeño docente en feedback efectivo.

Por último, todos los miembros del equipo que participaron en la recolección y registro de los datos, incluida la investigadora a cargo, firmaron un acuerdo de confidencialidad y uso responsable de la información recogida.

IV. RESULTADOS

Participaron 29 docentes, de los cuales 16 eran mujeres (55,2%). El total de la muestra tenía edades entre los 23 y 56 años ($M=32,48$; $DE=7,25$) y llevan entre dos meses y 20 años realizando docencia clínica ($M=4,63$; $DE=4,12$). La mayoría ($n=16$; 55,2%) pertenecía a kinesiología (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Distribución de las y los participantes por profesión.

Carrera	n	%
Enfermería	1	3,4
Fonoaudiología	3	10,3
Kinesiología	16	55,2
Medicina	3	10,3
Nutrición y dietética	2	6,9
Obstetricia	2	6,9
Odontología	2	6,9
Total	29	100,0

Fuente: Elaboración propia.

El 55,2% ($n=16$) realizaba tutorías clínicas en centros públicos y un 75,9% ($n=22$) realizaba docencia en universidades afiliadas al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH). Un 61,1% ($n=18$) realizaba tutoría sólo a estudiantes de internado.

En términos de capacitación previa, sólo 31,2% ($n=9$) habían sido capacitados previamente en docencia (Tabla 4.2). De ellos, el 67% son hombres ($n=6$) y con mínimo 3 años de experiencia en tutoría clínica.

Tabla 4.2. Capacitación previa de las y los participantes.

	No		Sí	
	n	%	n	%
Capacitaciones previas en docencia	20	69,0%	9	31,0%
Curso	22	75,9%	7	24,1%
Diplomado	24	82,8%	5	17,2%
Magíster	27	93,1%	2	6,9%
Otro	28	96,6%	1	3,4%

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar el desempeño alcanzado por las y los participantes en la evaluación diagnóstica, se solicitó a un segundo evaluador que realizara la calificación del desempeño en los videos en paralelo a la docente del curso. Los resultados de ambas evaluadoras se observan en la Tabla 4.3. De esta forma, se puede ver que, aunque existen discrepancias, ambas evaluadoras coinciden en que el mejor desempeño se dio en el criterio 2 (La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa) con el mayor porcentaje de desempeños “Realizado”. Por el contrario, el mayor porcentaje de “No realizado” se observa en el criterio 1 (Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada), según el evaluador 1; y en los criterios 6 (Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada) y 9 (Tutor verifica comprensión de la retroalimentación), según el evaluador 2.

Tabla 4.3. Evaluación del desempeño de las y los participantes en sesión diagnóstica por las evaluadoras 1 y 2.

	Evaluador 1			Evaluador 2		
	No realizado	Se intentó	Realizado	No realizado	Se intentó	Realizado
Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada	15(51,7%)	14(48,3%)	0(0%)	9(31,0%)	15(51,7%)	5(17,2%)
La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa	1 (3,4%)	5(17,2%)	23(79,3%)	0(0%)	1(3,4%)	28(96,6%)
Estilo de comunicación apropiado	0(0%)	15(51,7%)	14(48,3%)	0(0%)	24(82,8%)	5(17,2%)
Retroalimentación enfocada en comportamiento específico	3(10,3%)	11(37,9%)	15(51,7%)	4(13,8%)	14(48,3%)	11(37,9%)
Retroalimentación fue constructiva	1(3,4%)	17(58,6%)	11(37,9%)	5(17,2%)	12(41,4%)	12(41,4%)
Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada	13(44,8%)	9(31,0%)	7(24,1%)	10(34,5%)	14(48,3%)	5(17,2%)
Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)	6(20,7%)	10(34,5%)	13(44,8%)	6(20,7%)	15(51,7%)	8(27,6%)
Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado	2(6,9%)	22(75,9%)	5(17,2%)	1(3,4%)	22(75,9%)	6(20,7%)
Tutor verifica comprensión de la retroalimentación	11(37,9%)	17(58,6%)	1(3,4%)	10(34,5%)	18(62,1%)	1(3,4%)

Fuente: Elaboración propia.

Para evaluar la confiabilidad de las evaluaciones de las calificadoras, se evaluó el acuerdo interjueces entre ambas usando el coeficiente kappa de Cohen, encontrándose acuerdos desde insignificantes ($\kappa=0,094$) hasta moderados ($\kappa=0,521$), Tabla 4.5.

Tabla 4.4. Tramos de interpretabilidad del coeficiente Kappa de Cohen.

K	Grado de acuerdo
< 0,00	Sin Acuerdo
> 0,00 - 0,20	Insignificante
0,21 - 0,40	Discreto
> 0,40 - 0,60	Moderado
0,61 - 0,80	Sustancial
0,81 - 1,00	Casi Perfecto

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.5. Acuerdo interjueces entre evaluadora 1 y 2 en sesión diagnóstica.

	κ de Cohen	Calificación
Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada	0,298	Acuerdo discreto
La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa	0,094	Acuerdo insignificante
Estilo de comunicación apropiado	0,365	Acuerdo discreto
Retroalimentación enfocada en comportamiento específico	0,147	Acuerdo insignificante
Retroalimentación fue constructiva	0,130	Acuerdo insignificante
Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada	0,209	Acuerdo insignificante
Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)	0,263	Acuerdo discreto
Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado	0,108	Acuerdo insignificante
Tutor verifica comprensión de la retroalimentación	0,521	Acuerdo moderado

Fuente: Elaboración propia.

En la sesión final, sólo se utilizó la evaluación de la evaluadora 1, que era la moderadora del curso, donde se encontró que dos criterios (Estilo de comunicación apropiado y Retroalimentación enfocada en comportamiento específico) alcanzaron el 100,0% de “Realizados” (Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Evaluación de la evaluadora 1 del desempeño de los participantes en evaluación final.

	Evaluador 1		
	No realizado	Se intentó	Realizado
Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada	0(0%)	9(31,0%)	20(69,0%)
La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa	0(0%)	2(6,9%)	27(93,1%)
Estilo de comunicación apropiado	0(0%)	0(0%)	29(100,0%)
Retroalimentación enfocada en comportamiento específico	0(0%)	0(0%)	29(100,0%)
Retroalimentación fue constructiva	0(0%)	5(17,2%)	24(82,8%)
Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada	0(0%)	4(13,8%)	25(86,2%)
Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)	0(0%)	1(3,4%)	28(96,6%)
Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado	0(0%)	7(24,1%)	22(75,9%)
Tutor verifica comprensión de la retroalimentación	0(0%)	14(48,3%)	15(51,7%)

Fuente: Elaboración propia.

Al comparar el desempeño de las evaluaciones diagnósticas y finales por cada criterio, según la calificación de la evaluadora 1, se empleó la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas, encontrándose una mejora en el desempeño en casi todos los indicadores con excepción del ítem “La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa”, en donde no hubo diferencias significativas entre el desempeño de la evaluación diagnóstica y final (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Comparación entre el desempeño en evaluación diagnóstica y final según evaluadora 1.

	Mediana Ev. Diagnóstica Evaluadora 1	Mediana Ev. Final Evaluadora 1	<i>p</i>
Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada	1,0	3,0	<0,001*
La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa	3,0	3,0	0,059
Estilo de comunicación apropiado	2,0	3,0	<0,001*
Retroalimentación enfocada en comportamiento específico	3,0	3,0	<0,001*
Retroalimentación fue constructiva	2,0	3,0	<0,01*
Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada	2,0	3,0	<0,001*
Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)	2,0	3,0	<0,001*
Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado	2,0	3,0	<0,001*
Tutor verifica comprensión de la retroalimentación	2,0	3,0	<0,001*

Fuente: Elaboración propia.

El mismo resultado se encontró al comparar las evaluaciones finales con la calificación que la evaluadora 2 dio a las evaluaciones diagnósticas (Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Comparación entre el desempeño en evaluación diagnóstica según el evaluador 2 y evaluación final según el evaluador 1.

	Mediana Diagnóstico Evaluador 2	Mediana Final Evaluador 1	<i>p</i>
Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada	2,0	3,0	<0,001*
La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa	3,0	3,0	0,569
Estilo de comunicación apropiado	2,0	3,0	<0,001*
Retroalimentación enfocada en comportamiento específico	2,0	3,0	<0,001*
Retroalimentación fue constructiva	2,0	3,0	<0,01*
Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada	2,0	3,0	<0,001*
Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)	2,0	3,0	<0,001*
Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado	2,0	3,0	<0,001*
Tutor verifica comprensión de la retroalimentación	2,0	3,0	<0,001*

Fuente: Elaboración propia.

Luego, al calcular el puntaje de las pautas globales de feedback, se encontró que la escala presentaba una confiabilidad baja en las evaluaciones diagnósticas y finales de la evaluadora 1 ($\alpha=0,631$ y $\alpha=0,651$, respectivamente), y buena en el caso de la evaluadora 2 ($\alpha=0,825$), según los tramos propuestos por George y Mallery⁴². De igual forma, se observa que la evaluación final presenta un mayor nivel de homogeneidad, con una menor desviación estándar que ambas mediciones diagnósticas (DE=0,19), Tabla 4.9.

Tabla 4.9. Descriptivos del desempeño de las y los participantes según momento y evaluadora.

	α	Min	Max	M	DE
Diagnóstico – Evaluador 1	0,631	1,44	2,56	2,14	0,31
Diagnóstico – Evaluador 2	0,825	1,44	2,67	2,14	0,38
Final– Evaluador 1	0,651	2,44	3,00	2,84	0,19

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, al comparar la evaluación final con la diagnóstica de ambas evaluadoras, se encontró diferencias estadísticamente significativas en ambos casos. De esta forma, los puntajes de la evaluación final fueron superiores a los de las diagnósticas evaluado tanto por evaluadora 1 ($t(28)=-11,549$; $p<0,001$) como por evaluadora 2 ($t(28)=-8,922$; $p<0,001$).

En cuanto a la satisfacción reportada por las y los participantes con la capacitación (Tabla 4.10), se puede ver que los aspectos en que reportan más satisfacción son “La capacitación entregó una herramienta aplicable a nuestro quehacer como docente” y “La capacitación incluía actividades que permitían aprender a través de forma práctica”, donde un 96,6% ($n=28$) de las y los participantes reportó estar totalmente de acuerdo con que habían sido parte de la capacitación. El aspecto peor evaluado fue “Los foros utilizados en la plataforma, permitieron instancias de reflexión”, donde un 13,8% ($n=4$) de las y los participantes reportó estar en desacuerdo con que había sido parte de la experiencia formativa; aunque cabe señalar que una persona indicó estar en total desacuerdo con “La capacitación fomentó la construcción de equipos de trabajo entre los participantes”, siendo el único ítem evaluado con dicha calificación.

Tabla 4.10. Satisfacción de las y los participantes con la capacitación en feedback efectivo: Análisis por ítem.

	Total desacuerdo		Desacuerdo		De acuerdo		Total acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CAPACITACIÓN CENTRADA EN EL APRENDIZAJE								
La capacitación abordó directamente a mis principales preocupaciones como docente	0	0,0%	0	0,0%	5	17,2%	24	82,8%
La capacitación declaró explícitamente los aprendizajes esperados por los participantes	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%
La capacitación declaró explícitamente qué esperaba que nosotros mejoráramos en nuestra práctica docente	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	27	93,1%
Las estrategias de trabajo utilizadas eran coherentes con los aprendizajes esperados	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	27	93,1%
FOMENTO DE LA REFLEXIÓN								
La capacitación me incentivó a realizar un análisis crítico de mis propias prácticas docentes	0	0,0%	0	0,0%	4	13,8%	25	86,2%
Los foros utilizados en la plataforma, permitieron instancias de reflexión	0	0,0%	4	13,8%	11	37,9%	14	48,3%
La capacitación incluyó actividades de reflexión sobre la forma en que realizamos feedback a nuestros estudiantes	0	0,0%	0	0,0%	5	17,2%	24	82,8%
Se dio espacio suficiente para reflexionar sobre la pertinencia de los contenidos tratados	0	0,0%	3	10,3%	3	10,3%	23	79,3%
APRENDIZAJE EXPERIENCIAL								
La capacitación entregó una herramienta aplicable a nuestro quehacer como docente	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	28	96,6%
La capacitación incluía actividades que permitían aprender a través de forma práctica	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	28	96,6%
Se incluyeron actividades que estimularon la participación activa de los asistentes	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%
La capacitación analizó experiencias previas de docentes con experiencia en feedback efectivo	0	0,0%	2	6,9%	6	20,7%	21	72,4%
SEGUIMIENTO DE LOS APRENDIZAJES								
La capacitación contó con instancias inmediatas de retroalimentación a los participantes	0	0,0%	0	0,0%	7	24,1%	22	75,9%
Los docentes demostraron interés por la comprensión de los contenidos por parte de los participantes	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%
Se dieron las instancias de consulta personalizada durante el desarrollo del curso	0	0,0%	1	3,4%	1	3,4%	27	93,1%
DIVERSIDAD DE ESTRATEGIAS								
La capacitación utilizó distintas estrategias de enseñanza nuevas para mi	0	0,0%	1	3,4%	6	20,7%	22	75,9%
Las estrategias de enseñanza utilizadas fueron motivadoras	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%
Las estrategias de enseñanza me han ayudado a integrar aspectos teóricos con la práctica	0	0,0%	0	0,0%	5	17,2%	24	82,8%
La estrategia de evaluación es coherente con la estrategia de enseñanza utilizada	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	27	93,1%

GENERACIÓN DE COMUNIDADES									
La capacitación fomentó el intercambio de experiencias entre los participantes	0	0,0%	3	10,3%	5	17,2%	21	72,4%	
La capacitación fomentó la construcción de equipos de trabajo entre los participantes	1	3,4%	2	6,9%	5	17,2%	21	72,4%	
PERCEPCIÓN GENERAL									
El tiempo asignado para la actividad fue suficiente para los aprendizajes que buscaba lograr	0	0,0%	1	3,4%	3	10,3%	25	86,2%	
Me gustaría continuar capacitándome en feedback efectivo	0	0,0%	1	3,4%	3	10,3%	25	86,2%	
Me gustaría continuar capacitándome en otras áreas de la docencia	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%	
RECURSOS									
El número de docentes y ayudantes resultó suficiente para llevar a cabo satisfactoriamente la actividad	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	27	93,1%	
La plataforma virtual funcionó sin inconvenientes	0	0,0%	1	3,4%	3	10,3%	25	86,2%	
Se entregó material suficiente para complementar los conocimientos	0	0,0%	0	0,0%	3	10,3%	26	89,7%	

Fuente: Elaboración propia.

Al calcular el puntaje por dimensión, promediando las alternativas de respuesta (y manteniendo una escala de 1 a 4) se obtuvo la Tabla 4.11. En ésta se puede ver que las confiabilidades son cuestionables ($\alpha=0,60$ a $0,70$), aceptables ($\alpha=0,70$ a $0,80$) y buenas ($\alpha=0,80$ a $0,90$), desde la clasificación de George y Mallery⁴². La única excepción fue la dimensión de “Recursos”, que presentó una confiabilidad pobre ($\alpha=0,50$ a $0,60$); que, no obstante, presentó la mínima precisión necesaria para ser usada en investigación. De esta forma, se puede ver que la mayor satisfacción se dio en torno a “Planificación centrada en el aprendizaje” ($M=3,90$) y la menor satisfacción en “Generación de comunidades” ($M=3,60$), aunque todas se ubicaron cerca del puntaje máximo posible mostrando una alta satisfacción en todas las dimensiones.

Tabla 4.11. Satisfacción de las y los participantes con la capacitación en feedback efectivo: Análisis por dimensión.

	α	Min	Max	M	DE
Planificación centrada en el aprendizaje	0,77	3,00	4,00	3,90	0,24
Fomento de la reflexión	0,71	2,50	4,00	3,68	0,41
Aprendizaje experiencial	0,73	2,75	4,00	3,87	0,27
Seguimiento de los aprendizajes	0,68	2,67	4,00	3,85	0,30
Diversidad de estrategias	0,86	2,75	4,00	3,84	0,32
Generación de comunidades	0,87	1,50	4,00	3,60	0,69
Percepción general	0,73	2,67	4,00	3,85	0,34
Recursos	0,53	3,00	4,00	3,89	0,26

Fuente: Elaboración propia.

Al final de la encuesta de satisfacción, 14 personas agregaron comentarios respecto a la capacitación realizada. La mayoría concentra palabras de agradecimientos, tanto por la gratuidad de la actividad y por la oportunidad de participación. Hay quienes escribieron felicitaciones por la planificación del curso, preparación de materiales y coherencia con los objetivos. Finalmente, destacan que el curso haya abordado una temática de la cual no existe oferta de formación.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, podemos observar que la mayoría de las y los tutores clínicos que participaron del estudio no han sido preparados para ejercer sus labores docentes. Este hecho es común en tutores clínicos, tal y como lo menciona Wojtczak¹ y lo demuestra Caterina Tiscornia et al.²¹ en su estudio chileno sobre la efectividad de la formación en tutoría clínica en nutrición, donde la mayoría declaró no tener formación en tutorías clínicas, y reconocen la importancia de capacitarse en el área. También se ha observado la falta y necesidad de formación docente en tutores clínicos de enfermería según una revisión de literatura a cargo de Susan Seibert y Elizabeth Bonham²². Por otra parte, König¹⁷ en su artículo sobre la profesionalización de la didáctica en la clínica diaria, también menciona esta necesidad por parte de profesionales de la salud y habla de fortalecer las competencias relacionadas, de modo de reducir la percepción de la enseñanza como una carga adicional.

En el desempeño inicial de las y los participantes realizando feedback se observó que los ítems peor evaluados fueron los que relacionan los procesos reflexivos, planificación de mejoras y la verificación sobre la comprensión del aprendiz acerca del feedback entregado. Lo anterior era esperable, considerando el nivel de formación docente previa de las y los participantes, resultando ser más bien transmisores de información que facilitadores del aprendizaje³. En la evaluación inicial, la mayoría de las y los tutores adoptaron el monólogo como discurso comunicacional, centrada en informar sobre los “errores” de sus alumnos con menos énfasis en los aspectos positivos del desempeño del estudiante, con poca instancia de

reflexión, sin tener como centro a quien aprende¹². Lo anterior se refuerza con lo que indican Rodríguez y Arboniés¹⁰, donde muchas veces las y los tutores creen que dan suficiente feedback a sus alumnos, pero la evidencia dice que las y los estudiantes lo definen más bien escaso, apresurado e inespecífico, donde sus tutores clínicos dicen “bien” o “de acuerdo” y con ello creen proporcionar feedback, lo que se aleja de las expectativas y necesidades de las y los alumnos por la ausencia de reflexión y planificación de mejoras. Ferrara⁵ sugiere, como una de las estrategias para el éxito como preceptor clínico, la práctica reflexiva como docente, considerando siempre que él también es aprendiz del proceso de enseñanza-aprendizaje, y a medida que adquiera la destreza reflexiva será capaz de entrenar mejor a sus estudiantes en dicho proceso cognitivo.

En el desempeño final realizando feedback, se encontró que dos ítems alcanzaron el puntaje máximo en la totalidad de participantes, mientras que ningún ítem fue calificado como “no realizado”, lo que nos hace ver que, si bien existen ítems en que las y los docentes no lograron la perfección, sí hubo presencia del comportamiento (intento con margen de mejora); por tanto, podríamos concluir que aprendieron sobre feedback efectivo, pero debe ser perfeccionado. Lo anterior se condice con lo expuesto por Rodríguez y Arboniés¹⁰, que definen al feedback como esencialmente una habilidad y, por tanto, la teoría metodológica sobre un buen feedback, es insuficiente si no se acompaña de la práctica diaria, sólo de ese modo se consigue la perfección y utilizarlo correctamente con los estudiantes.

En general, las y los participantes mejoraron su desempeño en todos los ítems evaluados a excepción del que relaciona el trato respetuoso hacia el alumnado, el que no tuvo diferencias

significativas dado que hubo buen desempeño desde un inicio, lo que fue observado por ambas evaluadoras. Lo anterior es un buen punto, ya que nos demuestra que, aunque las y los profesionales de salud no estén formados en feedback efectivo, si tratan de forma respetuosa a sus estudiantes, lo que se ha observado en una revisión de literatura a cargo de Rodríguez et al.⁷, donde la dimensión más representada como atributo del tutor/a clínico de excelencia es la que refiere a aspectos genéricos destacando como fundamental el respeto hacia sus estudiantes en el ítem de actitudinal. Considerando los elementos esenciales que debe tener un feedback docente¹⁰, podemos decir que nuestros tutores clínicos cumplen con el trato respetuoso hacia su estudiante sin necesidad de formación previa. Fuenzalida et al.²⁵, en su estudio de evaluación de ambiente educativo en carrera de kinesiología, observó que las y los alumnos destacan la calidad humana de sus docentes, así como también la transmisión de valores, y reconocen el feedback como un elemento importante en el ambiente educativo. Las y los participantes en la evaluación final de esta capacitación, en contraste con la evaluación diagnóstica, se concentraron en propiciar más espacio de reflexión en el alumno, con una comunicación dialógica, reforzando los aspectos positivos del desempeño estudiantil y generando planes de mejoras en conjunto con su aprendiz, contemplando así los pasos descritos para un buen feedback efectivo¹⁰.

En cuanto al nivel de satisfacción de las y los participantes sobre la capacitación, responde a nuestra hipótesis que indica que tendrían un buen nivel de satisfacción de la capacitación, considerándola beneficiosa para su quehacer docente y coherente con los objetivos planteados, lo que se vio reflejado en los comentarios expuestos en la pregunta abierta de la

encuesta. Los ítems mejor evaluados apuntan al feedback como una herramienta útil en su quehacer y que la aprendieron de forma práctica, lo primero porque las y los tutores reconocen el feedback como un elemento esencial de la práctica clínica²¹, y se ha observado que prefieren las actividades de tipo prácticas por sobre las exclusivamente teóricas¹⁵.

El aspecto peor evaluado fue el que apunta a la participación reflexiva en los foros, donde 4 personas manifestaron estar en desacuerdo con dicho ítem, lo que probablemente se debe a que no fue una exigencia participar de los foros, pues se planteó como una actividad voluntaria donde finalmente participaron 11 personas.

Cabe señalar que sólo un ítem fue evaluado como “total desacuerdo” por un solo participante, éste hace alusión a si la capacitación permitió la construcción de equipos de trabajo entre sus participantes. Probablemente, esta calificación se debe a que la instancia para trabajar en equipos se dio durante la clase en vivo vía zoom, donde no todos pudieron asistir. A pesar de quedar grabada y dispuesta en la plataforma para futuras revisiones, no fue una exigencia tener que hacerlo.

El impacto educativo de esta investigación, podría traducirse en la posibilidad de desarrollar habilidades de feedback efectivo a tutores clínicos de todas las carreras de la salud del país, de centros tanto públicos como privados, a docentes con y sin formación previa en docencia, considerando la posibilidad de implementar un curso con características similares por parte de las distintas instituciones académicas. Como bien comentaron algunos participantes de este estudio, no existe instancia de formación docente específicamente en feedback efectivo dirigido a tutores clínicos y, tal como lo concluye Contzen et al.²⁶ en su revisión de la literatura,

no se observa una implementación constante y efectiva en la educación médica a pesar de la existencia de modelos propuestos en cómo realizar feedback en escenarios clínicos, además propone realizar intervenciones a fin de educar a las y los tutores y alumnado sobre esta temática. Navarro y Zamora¹⁹ mencionan que se debe reconocer nuevos roles a quienes asumen tareas de tutores, y que esto implica capacitación continua. Se ha observado que las capacitaciones en docencia a profesionales de la salud tienen buenos resultados en la adquisición de habilidades¹⁸. Por otro lado, Herskovic et al.²³ dicen que las y los tutores clínicos perciben cambios positivos en su ejercicio tutorial, con un mayor nivel de satisfacción de su desempeño transcurrido un año de realizar un curso de capacitación docente. Lo anterior respalda la realización de capacitaciones específicas en feedback efectivo con alta probabilidad de resultados favorables.

Como conclusión de esta intervención, podemos decir que realizar una capacitación en feedback efectivo a tutores clínicos permite desarrollar dicha competencia con buenos resultados en la mejora del desempeño docente y en el nivel de satisfacción de sus participantes, considerando que cada intervención debe tener objetivos claros, metodologías diversas, con actividades de tipo prácticas; tal como lo indica Pérez et al.¹⁵, que hace énfasis en la elección de las estrategias para lograr interés y aprendizaje en quienes se capacitan.

Las limitaciones de este estudio podrían apuntar a la distribución de la muestra, ya que al menos la mitad de los participantes eran profesionales de kinesiología y existe poca representatividad de carreras como enfermería, nutrición y dietética, obstetricia y odontología (con menos del 10% de la muestra cada una). Otra limitación podría ser el seguimiento del aprendizaje, ya que

este estudio ha concluido con la evaluación final al término de la capacitación, no se ha realizado un seguimiento en el tiempo sobre la aplicación de lo aprendido en la práctica diaria como lo recomienda Pérez et al.¹⁵ en los procesos de capacitación. Por otra parte, este estudio no mide la percepción de las y los estudiantes acerca de los beneficios de esta capacitación docente.

Para futuras investigaciones se propone validar esta pauta de evaluación de feedback traducida en profesionales de la salud de Chile y se recomienda definir las vacantes para cada carrera de modo de contar con una mejor distribución de la muestra. Aun así, cabe mencionar que el feedback es una competencia transversal, no disciplinar; por tanto, no depende de la profesión en sí. También se recomienda considerar la opinión de las y los estudiantes sobre el impacto que genera una intervención como esta.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wojtczak A. Algunos retos en la enseñanza clínica. *Educ Med*. 2009; 12(3): 195-197.
2. Durante E. La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. *REDU*. 2012; 10(Número Especial): 149-175.
3. Harden R, Crosby J. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Med Teach*. 2000; 22(4): 334-347.
4. Aprueba norma técnica administrativa que regula la relación asistencial docente y establece proceso de asignación de campo clínico docente de formación profesional y técnica de pregrado [en línea]. Chile: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/DS-N%C2%BA19.aprueba-NGTA-RAD.05-09-17.pdf> [Consultado el 18 de diciembre de 2020].
5. Ferrara L. Strategies for success as a clinical preceptor. *Nurse Pract*. 2012; 37(5): 49-53.
6. Triviño X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Formación en educación de los docentes clínicos de Medicina. *Rev Med Chile*. 2009; 137: 1516-1522.
7. Rodríguez J, Ortiz N, Olea C, Cortés F, et al. Los atributos de un tutor clínico de excelencia: una revisión sistemática. *Rev Med Chile*. 2020; 148: 1339-1349.
8. Salas S. La importancia del feedback: Una vivencia docente. *Rev Med Chile*. 2008; 136: 133-134.
9. Milan F, Parish S, Reichgott M. A model for educational Feedback Based on Clinical Communication Skills Strategies: Beyond the "Feedback Sandwich". *Teach Learn Med*. 2006; 18(1): 42-47.
10. Rodríguez J, Arboniés J. El feedback como herramienta docente en la formación clínica, primera parte. *Educ Med*. 2018; 19(2): 120-124.
11. Moorhead R, Maguire P, Lee S. Giving feedback to learners in the practice. *Aust Fam Physician*. 2004; 33(9): 691-694.
12. Fornells J, Juliá X, Arnau J, Martínez J. Feedback en educación médica. *Educ Med*. 2008; 11(1): 7-12.
13. Allen L, Molloy E. The influence of a preceptor-student 'Daily Feedback Tool' on clinical feedback practices in nursing education: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2017; 49: 57-62.
14. Lazarus J. Precepting 101: Teaching Strategies and Tips for Success for Preceptors. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61(1): 11-21.

15. Pérez C, Fasce E, Coloma K, Vaccarezza G, et al. Percepción de académicos de carreras de la salud de Chile sobre el perfeccionamiento docente. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 787-792.
16. Santelices L, Williams C, Soto M, Dougnac A. Evaluación de un programa de perfeccionamiento docente implementado en la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae. *Rev Med Chile*. 2015; 143: 1152-1161.
17. König S, Stieger P, Sippel S, Kadmon M, et al. Train-the-Trainer: Professionalisierung der Lehre im klinischen Alltag – Selbsteinschätzung Lehrender zur didaktischen Kompetenz und den Rahmenbedingungen des Unterrichts. *Zentralbl Chir*. 2019; 144(6): 551-559.
18. Riccioti H, Freret T, Aluko A, McKeon B et al. Effects of a Short Video-Based Resident-as-Teacher Training Toolkit on Resident Teaching. *Obstet Gynecol*. 2017; 130(4): 36-41.
19. Navarro N, Zamora J. Evaluación del rol del tutor: comparación de percepción de estudiantes de las carreras de la salud. *Inv Ed Med*. 2018; 7(25): 10-17.
20. Reinoso E, Parra P, Pérez C, et al. Competencias pedagógicas del tutor clínico: ¿qué tan competentes se perciben los tutores de kinesiólogía? *FEM*. 2019; 22(6): 263-267.
21. Tiscornia C, Santelices L, Vásquez F, Castillo O. Efectividad de la formación en tutoría clínica en nutrición. *Rev Chil Nutr*. 2019; 46(3): 271-278.
22. Seibert S, Bonham E. Preparing Dedicated Education Unit Staff Nurses for the Role of Clinical Teacher. *J Nurses Prof Dev*. 2016; 32(4): 205-211.
23. Herskovic P, Miranda T, Cortés E, Delucchi A, et al. ¿Creen haber cambiado los docentes un año después de un curso de docencia clínica? *Educ Med*. 2012; 15(3): 179-184.
24. Hinrichs C, Ortiz L, Pérez C. Relación entre el Bienestar Académico de Estudiantes de Kinesiología de una Universidad Tradicional de Chile y su Percepción del Ambiente educacional. *Form Univ*. 2016; 9(1): 109-116.
25. Fuenzalida B, Pizarro M, Fuentes J, San Martín C, et al. Percepción del ambiente educacional en estudiantes de pregrado de la carrera de Kinesiología: metodología mixta. *Educ Med*. 2020; 21(3): 158-167.
26. Contzen M, Parra P, Ortega J. Rol docente-estudiante e Implementación del Feedback en Educación Médica. *Rev Educ Cienc Salud*. 2018; 15(1): 35-38.
27. Álvarez C, Ortiz L, Pérez C. Percepción de las competencias docentes del tutor clínico según estudiantes de odontología de universidad chilena. *Educ Med Super*. 2018; 32(2): 1-16.
28. Stephan A, Cheung G. Clinical teaching and supervision in postgraduate psychiatry training: the trainee perspective. *Australas Psychiatry*. 2017; 25(2):191-197.
29. Ceccarelli J. Feedback en Educación Clínica. *Rev Estomatol Herediana*. 2014; 24(2):127-132.

30. Villarroel V, Bruna D. Competencias pedagógicas que caracterizan a un docente Universitario de Excelencia: Un estudio de caso que incorpora la Perspectiva de Docentes y Estudiantes. *Form Univ.* 2017; 10(4): 75-96.
31. Hidalgo J, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enferm Univ.* 2013; 10(3): 92-97.
32. Sáenz M, Cárdenas M, Rojas E. Efectos de la capacitación pedagógica en la práctica docente universitaria en salud. *Rev Salud Pública.* 2010; 12(3): 425-433.
33. Smidt A, Balandin S, Sigafos J, Reed V. The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *J Intellect Dev Disabil.* 2009; 34(3): 266-274.
34. García R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Rev Cub Salud Pública.* 2010; 36(1): 19-29.
35. Cruz del Castillo C, Olivares S, González M. Metodología de la Investigación. Capítulo 10: Diseños Experimentales. México DF: Grupo Editorial Patria; 2014. pp. 129-131.
36. Socios activos [en línea]. Chile: ASOFAMECH. Disponible en: <http://www.asofamech.cl/socios-activos/> [Consultado el 7 de septiembre de 2020].
37. Casidy R. Linking brand orientation with service quality, satisfaction, and positive word-of-mouth: Evidence from the higher education sector. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing.* 2014; 26(2): 142-161.
38. Laferriere R. Client satisfaction with House Health Care Nursing. *J Community Health Nurs.* 1993; 10(2): 67-76.
39. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach.* 2006; 28(6): 497-526.
40. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Maureen B, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: A 10-year update: BEME Guide No 40. *Med Teach.* 2016; 38(8): 769-786.
41. Halman S, Dudek N, Wood T, Pugh D et al. Direct Observation of Clinical Skills Feedback Scale: Development and Validity Evidence. *Teach Learn Med.* 2016; 28(4): 385-394.
42. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step Simple. Eleventh Edition. 2003.

ANEXOS



ANEXO I: Cuestionario Sociodemográfico

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Es importante conocer algunos aspectos para poder realizar esta investigación. Agradeceremos que responda todos los ítems honestamente. Toda la información es *anónima y confidencial*. Por favor marque la alternativa que corresponda según su enunciado y complete aquellas que sea necesario en la línea continua.

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Edad: _____ años

Profesión:

- Kinesiólogo/a
- Nutricionista
- Médico/a
- Fonoaudiólogo/a
- Enfermero/a
- Matrón/a
- Odontólogo/a

Tiempo ejerciendo docencia clínica:
_____ (años/meses)

El centro de salud donde desempeña funciones docentes es una Institución:

- Pública

- Privada

¿Sus alumnos internos pertenecen a una Universidad del Consejo de Rectores de Chile (CRUCH)?

- SI
- NO

¿Ejerce tutoría clínica sólo a alumnos de internado?

- SI
- NO

¿Ha recibido capacitaciones en docencia anteriormente?:

- SI
- NO

Si su respuesta anterior es si, por favor indique el tipo de capacitación:

- Cursos
- Diplomado
- Magister
- Otro: _____



ANEXO II: Encuesta de Satisfacción sobre la Capacitación de Feedback Efectivo

Es necesario conocer su opinión, por lo que se solicita su honesta y objetiva valoración de la actividad. Sus respuestas serán de carácter confidencial. Encierre en un círculo el número del casillero que mejor represente su percepción sobre la capacitación recibida.

	Total de- sacuerdo	Desa- cuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
I. PLANIFICACIÓN CENTRADA EN EL APRENDIZAJE				
1) La capacitación abordó directamente a mis principales preocupaciones como docente.	1	2	3	4
2) La capacitación declaró explícitamente los aprendizajes esperados por los participantes.	1	2	3	4
3) La capacitación declaró explícitamente qué esperaba que nosotros mejoráramos en nuestra práctica docente	1	2	3	4
4) Las estrategias de trabajo utilizadas eran coherentes con los aprendizajes esperados	1	2	3	4
II) FOMENTO DE LA REFLEXIÓN				
1) La capacitación me incentivó a realizar un análisis crítico de mis propias prácticas docentes.	1	2	3	4
2) Los foros utilizados en la plataforma, permitieron instancias de reflexión.	1	2	3	4
3) La capacitación incluyó actividades de reflexión sobre la forma en que realizamos feedback a nuestros estudiantes.				
4) Se dio espacio suficiente para reflexionar sobre la pertinencia de los contenidos tratados.	1	2	3	4
III) APRENDIZAJE EXPERIENCIAL				
1) La capacitación entregó una herramienta aplicable a nuestro quehacer como docente.	1	2	3	4
2) La capacitación incluía actividades que permitían aprender a través de forma práctica.	1	2	3	4
3) Se incluyeron actividades que estimularon la participación activa de los asistentes.	1	2	3	4
4) La capacitación analizó experiencias previas de docentes con experiencia en feedback efectivo.				
IV) SEGUIMIENTO DE LOS APRENDIZAJES				
1) La capacitación contó con instancias inmediatas de retroalimentación a los participantes.	1	2	3	4
2) Los docentes demostraron interés por la comprensión de los contenidos por parte de los participantes.	1	2	3	4
3) Se dieron las instancias de consulta personalizada durante el desarrollo del curso.	1	2	3	4
V) DIVERSIDAD DE ESTRATEGIAS				
1) La capacitación utilizó distintas estrategias de enseñanza nuevas para mi	1	2	3	4
2) Las estrategias de enseñanza utilizadas fueron motivadoras	1	2	3	4
3) Las estrategias de enseñanza me han ayudado a integrar aspectos teóricos con la práctica	1	2	3	4

4) La estrategia de evaluación es coherente con la estrategia de enseñanza utilizada	1	2	3	4
VI) GENERACIÓN DE COMUNIDADES				
1) La capacitación fomentó el intercambio de experiencias entre los participantes	1	2	3	4
2) La capacitación fomentó la construcción de equipos de trabajo entre los participantes	1	2	3	4
VII) PERCEPCIÓN GENERAL				
1) El tiempo asignado para la actividad fue suficiente para los aprendizajes que buscaba lograr	1	2	3	4
2) Me gustaría continuar capacitándome en feedback efectivo				
3) Me gustaría continuar capacitándome en otras áreas de la docencia	1	2	3	4
VIII) RECURSOS				
1) El número de docentes y ayudantes resultó suficiente para llevar a cabo satisfactoriamente la actividad.	1	2	3	4
2) La plataforma virtual funcionó sin inconvenientes	1	2	3	4
3) Se entregó material suficiente para complementar los conocimientos	1	2	3	4

COMENTARIOS



¡Muchas gracias!

ANEXO III: Escala de Observación Directa de Retroalimentación de Habilidades clínicas (DOCS-FBS)

Instrucciones para Calificar: Por favor califique los aspectos listados a continuación utilizando el esquema de calificación entregado. se proveen ejemplos cuando corresponde.

1.- No Realizado 2.- Se intento, pero hay espacios para mejorar 3.- Realizado Satisfactoriamente

1. Ofrece al estudiante una oportunidad de reflexión antes que la retroalimentación sea entregada		
1	2	3
Al alumno no se le dio oportunidad para reflexionar sobre el desempeño	Al alumno se le pregunta sobre el desempeño, pero no se le da oportunidad para reflexionar p/ej.: En una escala de 1 al 10, ¿cómo crees que fue tu desempeño?	Al estudiante se le da la oportunidad de reflexionar y discutir sobre su desempeño. p/ej.: Tienes, tu desempeño no fue perfecto. ¿Qué podrías haber hecho para que fuera mejor?
2. La retroalimentación fue realizada de manera respetuosa		
1	2	3
Tono despreciativo, amenazador y crítico.	Tono no es amenazador, pero quizás crítico y proporcionado en un contexto poco apropiado.	El tono utilizado no es amenazador ni crítico, tutor se adapta a la reacción del alumno, hay un apropiado uso de lenguaje no-verbal y es culturalmente sensible.
3. Estilo de comunicación apropiado		
1	2	3
El tutor entrega el mensaje de una manera que el alumno obviamente no es capaz de entender	El tutor en general utiliza un estilo comunicación adecuada, pero existe ausencia de algunos elementos	El tutor involucra al alumno en la conversación y adapta el estilo de comunicación si así se requiere.
4. Retroalimentación enfocada en comportamiento específico		
1	2	3
No se determinó un comportamiento específico, solo se entregaron recomendaciones generales. P/ej.: Lo hiciste excelente!	Se identifico un comportamiento modificable, pero se realizó limitada o nula retroalimentación. p/ej.: deberías ubicarte en una posición diferente para auscultar.	El tutor identifica un comportamiento específico y basa en eso su retroalimentación. P/ej.: cuando ausculte para regurgitación aortica, haga que el paciente se incline hacia adelante y exhale.
5. Retroalimentación fue constructiva		
1	2	3
No hubo sugerencias dirigidas a identificar comportamientos. P/ej.: Tu técnica estuvo espantosa.	Se plantean cuestiones concisas, pero las sugerencias entregadas al alumno son limitadas p/ej. te veías muy incómodo examinando esa rodilla.	Se identifican temáticas concretas y el alumno es provisto de información que permite cerrar un vacío de conocimientos. P/ej.: tu examinación de la rodilla fue muy apropiado. Te sentirías más cómodo si te pones en esta posición para examinar.

6. Finaliza con un plan de acción con un objetivo para modificar o reforzar una conducta observada		
1	2	3
Retroalimentación finaliza sin planes para seguimiento o reevaluación. P/ej.: Excelente trabajo!	Se sugiere un plan de acción amplio e inespecífico para comportamiento o encuentros. P/ej.: Lee más sobre sus casos.	Plan claro para modificar o reforzar un comportamiento. P/ej.: Lee este artículo sobre la examinación del bazo y te observaré examinando a tu próximo paciente por esplenomegalia.
7. Limitado a un número manejable de puntos (generalmente 2 – 3)		
1	2	3
No hay puntos o son demasiados para identificar	Se intentó limitar a un número manejable de puntos para lograr mejoras	Limitado a un número manejable de puntos que fueron apropiados para el nivel del aprendizaje
8. Tiempo asignado para retroalimentación es adecuado		
1	2	3
Retroalimentación apresurada o muy extensa	Se reservó cierto tiempo adecuado pero ciertos tópicos fueron apresurados	Todos los tópicos abordados con el tiempo adecuado, hay oportunidades para abordar puntos pertinentes planteados
9. Tutor verifica comprensión de la retroalimentación		
1	2	3
No hay verificación sobre la comprensión de los puntos planteados durante la retroalimentación	Tutor verifica comprensión, pero no entrega aclaración adecuada. P/ej.: ¿Está claro? ¡Estupendo!	Tutor verifica comprensión y ofrece aclaración adecuada. P/ej.: Dices que eso está claro, ¿puedes resumirlo para mí?

ANEXO IV: DOCS-FBS

DOCS – FBS

You have just witnessed or participated in an observed clinical encounter followed by feedback. Please rate the quality of feedback provided.

Instructions to rater:

Please rate the aspects listed below using this rating scheme. Examples are provided where appropriate.

1 – Not done 2 – Attempted but room for improvement 3 – Successfully done

1. Offers the learner an opportunity to reflect before feedback is provided		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
Trainee not given opportunity to reflect on performance.	Trainee asked about performance but not given opportunity to reflect. E.g. 'On a scale on 1 to 10, how do you think you did?'	Trainee allowed to reflect on performance and to discuss. E.g. 'You are right, your technique wasn't perfect. What could you have done to make it better?'
2. Feedback was provided in a respectful manner		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
Threatening, judgmental or belittling tone.	Non-threatening tone but perhaps judgmental or provided in inappropriate environment.	Non-threatening or judgmental, preceptor adapts to trainee reactions, appropriate non-verbal language and culturally sensitive.
3. Appropriate communication style		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
Preceptor delivers message in manner that is obviously not well understood by trainee.	Preceptor generally uses appropriate communication style but some elements lacking.	Preceptor involves trainee in conversation and adapts communication style as required.
4. Feedback focused on a specific behavior		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
No specific behavior was identified, only general statements provided. E.g. 'You did great!'	A modifiable behavior was identified but no or limited feedback was provided. E.g. 'You should position yourself differently to auscultate'	Preceptor identifies a specific behavior and bases feedback around this. E.g. 'When auscultating for aortic regurgitation, have the patient lean forward and exhale.'
5. Feedback was constructive		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
No suggestions geared toward identified behavior. E.g. 'Your technique was awful.'	Concise issue raised but limited suggestions provided to trainee. E.g. 'You looked very uncomfortable examining that knee'.	Concise issues identified and trainee provided with information to close a gap in knowledge. E.g. 'Your exam of the knee was very appropriate. You may be more comfortable if you position yourself this way.'
6. Ends with an action plan with goal to modify or reinforce an observed behavior		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
Feedback terminated with no plans for follow-up or reevaluation. E.g. 'Great job!'	Broad action plan is suggested but not specific to behavior or encounter. E.g. 'Read more around your cases'	Clear plan to modify or reinforce a behavior. E.g. 'Read this article on spleen examination and I will watch you examine the next patient for splenomegaly.'
7. Limited to a manageable number of points (generally 2 – 3).		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
No points or too many identified.	Attempted to limit to manageable number of points but room for improvement.	Limited to a manageable number of points that were appropriate for training level.
8. Appropriate time allotted to give feedback		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
Feedback rushed or too lengthy.	Appropriate amount of time set aside but certain issues rushed or belabored.	All issues addressed with appropriate time, opportunity to address pertinent points raised.
9. Preceptor verifies understanding of feedback		
- 1 -	- 2 -	- 3 -
No verification of understanding of points raised during feedback.	Preceptor verifies understanding but does not provide adequate clarification as needed. E.g. 'Clear? Great!'	Preceptor verifies understanding and offers adequate clarification as needed. E.g. 'You say that was clear, can you summarize it for me?'

The Direct Observation of Clinical Skills Feedback Scale (DOCS-FBS).

ANEXO V: Formulario de Consentimiento Informado para Participante - Código: 03

INFORMACIÓN:

Título: Capacitación online en feedback efectivo para tutores clínicos de internado de universidades chilenas.

Investigadora responsable: Daniela Valenzuela Valenzuela, Kinesióloga

Vinculación con la Universidad de Concepción de Investigadora Responsable: Alumna de Magister en Educación Médica para las Ciencias de la Salud. Kinesióloga de Centro Clínico Docente UDEC.

Tutora académica: Nancy Bastías Vega

Centro Patrocinante: Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Centro de Investigación: Facultad de Medicina, Universidad de concepción

Estimado(a):

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada “Capacitación online en feedback efectivo para tutores clínicos universidades chilenas” que se realizará en plataforma virtual financiada por el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle al Investigador Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar los resultados de una capacitación en feedback efectivo a tutores clínicos de internado de universidades chilenas pertenecientes a La Red Nacional de Unidades de Educación Médica y Ciencias de la Salud.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Si accede a participar es porque usted es profesional de la salud (kinesiología, nutrición, medicina, enfermería, fonoaudiología u obstetricia) perteneciente a la Red Nacional de Educación Médica y Ciencias de la Salud y tuvo a su cargo alumnos de internado clínico durante el 2019 en algún centro asistencial (público y/o privado).

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio analítico relacional, que busca comparar el desempeño docente en feedback efectivo previo y posterior a una capacitación, para así reflejar si genera un cambio conductual en las y los tutores clínicos de internado. Además, busca describir el nivel de satisfacción por parte de sus participantes acerca de la intervención como un indicador evaluativo de la capacitación. Se empleará un estudio cuasiexperimental, donde se va a intervenir a toda la muestra, sin grupo control, a través de un curso con modalidad online en plataforma Moodle financiada por el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se va a gestionar la autorización Institucional a través de la directora del Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción por medio de una entrevista personal y carta escrita a cargo de la investigadora, como también la autorización por parte de la Red Nacional de Educación Médica y Ciencias de la Salud. Además, se enviarán los documentos necesarios al comité de ética de la Facultad de Medicina para solicitar aprobación del proyecto.

Se invitará a los tutores clínicos de Internados de distintas carreras de la salud (Kinesiología, Nutrición y Dietética, Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Odontología y Obstetricia) a través de los directores y representantes de la Red Nacional de Educación Médica y Ciencias de la Salud. Los interesados deben inscribirse vía correo electrónico, donde además pueden solicitar más detalles del proyecto.

La modalidad del curso será online considerando la situación sanitaria que restringe la presencialidad, se utilizará la plataforma Moodle financiado por el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción, cuyo acceso es con cuenta y clave personal otorgadas a quienes se inscriban.

Durante la primera sesión, se realizará el procedimiento de consentimiento informado de forma verbal y escrita, donde se les informará sobre los objetivos y formato de la capacitación a cargo de la investigadora a través de una clase virtual vía Zoom Reuna. Los tutores tendrán que completar un cuestionario sociodemográfico para poder describir posteriormente la población. Durante la primera semana, se realizará una evaluación diagnóstica a cada tutor clínico a través de la simulación de un encuentro docente-alumno, donde el tutor clínico realizará el feedback en una situación ficticia a través de plataforma Zoom Reuna, la que será filmada bajo consentimiento que autorice la grabación (Ver anexo

4), para posterior observación y evaluación a través de una rúbrica a cargo de la investigadora y tutora académica responsable. Se coordinará con cada participante la fecha y hora de la evaluación, según disponibilidad horaria caso a caso. Todo el equipo de investigación y de apoyo deben firmar un documento de confidencialidad (Ver anexo 5).

Una vez completado el proceso de evaluación inicial, los participantes podrán revisar el material didáctico disponible en la plataforma durante 7 días. Además, se realizará una segunda clase grupal sincrónica a cargo de la investigadora con el apoyo de docentes del Departamento de Educación Médica expertos en el tema, a través de Zoom Reuna. Al finalizar la capacitación, los participantes responderán una encuesta tipo Likert de satisfacción de la actividad realizada.

Durante la última semana, cada tutor será reevaluado realizando una sesión de feedback a un alumno simulado, donde serán nuevamente filmados para posterior evaluación de la investigadora. Los tutores que completen todo el proceso ya descrito, recibirán un certificado de capacitación docente otorgado por el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción. En resumen, se considera una duración de tres semanas, la primera para evaluación diagnóstica, la segunda para la realización de la capacitación y la tercera para la evaluación final.

Los datos sociodemográficos y los resultados de la encuesta de satisfacción serán digitalizados en una planilla Excel de forma anónima. Los resultados de las pautas de observación de los videos serán digitalizados en una planilla Excel posterior a cada sesión; la recolección de estos datos no es anónima ya que se requiere identificar a cada uno de los sujetos para comparar los resultados previo y posterior a la intervención, pero se utilizará un sistema de codificación alfa-numérica para identificar a los participantes. La investigadora estará a cargo de digitalizar todos los datos y de resguardar la confidencialidad de la información

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION

Los beneficios que entrega esta intervención es la adquisición de conocimientos y herramientas que permiten mejorar su desempeño en feedback efectivo como tutor en el ambiente clínico, lo que se traduce en la mejora al proceso de enseñanza aprendizaje del alumno. El docente tendrá el incentivo para participar otorgando un certificado de capacitación entregado por la Universidad de Concepción una vez completado el proceso de reevaluación. Además, los participantes tienen derecho a conocer los resultados de esta investigación una vez finalizado el proceso de análisis. Entre los potenciales riesgos del estudio para los participantes, es el malestar ante el proceso de evaluación de su desempeño docente en feedback efectivo.

CONFIDENCIALIDAD^[1]_{SEP}

La información que recojamos se mantendrá **CONFIDENCIAL** y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. La investigadora responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. Además, los participantes tienen derecho a conocer los resultados de esta investigación una vez finalizado el proceso de análisis.

CONTACTO

Si tiene alguna duda comuníquese con la Investigadora responsable Daniela Valenzuela Valenzuela al correo electrónico capfeedback00@gmail.com o con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción Dra. Isabel Cottin Carrazana al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Código: 03

HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO CAPACITACIÓN EN FEEDBACK EFECTIVO PARA TUTORES CLÍNICOS DE KINESIOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD TRADICIONAL DE CHILE.

ANTES DE FIRMAR ESTA CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

Fecha ___/___/_____



Nombre del(la) participante

Firma

Yo, el que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Daniela Valenzuela Valenzuela

Investigadora responsable

Firma

Sra. Olga Matus

Directora(s) Departamento de Educación Médica,
Universidad de Concepción /ministro de Fé

Firma

ANEXO VI: Autorización para Grabación de Feedback

Yo _____ RUT
_____ en conocimiento del artículo 161 A del código penal chileno,
autorizo al equipo investigador a grabar mi desempeño en la realización de feedback
efectivo en un escenario simulado a través de plataforma Zoom Reuna, en el contexto de
la Capacitación Online en Feedback Efectivo para Tutores Clínicos de Internado en el cual
me encuentro participando.

Firma participante: _____

Fecha: _____



ANEXO VII: Declaración de Confidencialidad

Yo, _____, estudiante/profesional de la carrera de _____
_____ cédula de identidad N° _____,
domiciliado en _____, declaro lo siguiente:

1. Que dentro de las actividades que realizaré en el Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción, tendré acceso a información y documentos, propios y de terceros, los que tienen el carácter de confidenciales, y sólo podrán ser utilizados para los fines específicos de cada proyecto.
2. Que reconozco y acepto que la información referida en el número anterior tendrá el carácter de confidencial, secreta y reservada, sin importar la forma en que la haya recibido o de quien provenga, ni la manera en la que se encuentre almacenada, ya sea en documentos, registros, contratos libros de contabilidad, bosquejos, folletos, soportes computacionales y, en general, en cualquier medio o procedimiento en virtud de las cuales se haga posible tomar conocimiento de tal información,
3. Que, en virtud del carácter confidencial que tiene la información, me obligo a:
 - a) No revelar ni distribuir bajo forma alguna, directa o indirectamente, la información confidencial recibida, e impedir que las personas vinculadas a mí y que en virtud de este acuerdo tengan acceso a tal información, la revelen o distribuyan por algún medio.
 - b) No duplicar por medio alguno la información confidencial recibida e impedir que las personas vinculadas a mí, y que en virtud de este acuerdo tengan acceso a tal información, ni la dupliquen por algún medio.
 - c) No usar la información, directa o indirectamente a través de personas naturales o jurídicas vinculadas o relacionadas, con otro objeto que el previsto en el número 1 anterior.
 - d) Devolver inmediatamente la información que hubiere sido recibida cuando así se le solicite.
 - e) Tomar todas las medidas necesarias para que la información mantenga el carácter confidencial y se eviten situaciones y actos que puedan producir un perjuicio a la Universidad de Concepción.
4. La información confidencial solamente podrá ser difundida con autorización previa, expresa y escrita de la Universidad de Concepción, considerándose esta declaración extensiva y obligatoria para todas y cada una de las participaciones en el desarrollo o toma de conocimiento, por cualquier causa del trabajo encomendado.

5. Que todos los documentos, informes o antecedentes de cualquier naturaleza que genere o prepare con ocasión de la ejecución de la práctica profesional aludida serán de propiedad de la Dirección de Docencia, y no podrán ser utilizados y/o divulgados de manera alguna.
6. Que me obligo a mantener la confidencialidad de la información, en los términos expresados en el presente instrumento, durante y con posterioridad a la terminación de mi práctica profesional y mi vinculación con la Universidad de Concepción.
7. Que no podré utilizar la información total o parcialmente en actividades de docencia, exposiciones, seminarios, charlas y cualquier otra que realice.
8. Que no haré mal uso de las grabaciones autorizadas por los participantes, teniendo en conocimiento lo descrito en el artículo 161 A del código penal chileno.
9. Que la obligación de confidencialidad establecida en este instrumento se extenderá por diez años a contar de la fecha de terminación respectiva.



FIRMA

C.I.Nº _____

Concepción, _____