

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO**

---



**APRECIACIONES SOBRE LOS FACTORES INTERVINIENTES EN LA AUTOEFICACIA  
SEGÚN LOS DOCENTES CLÍNICOS DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA DURANTE  
LOS AÑOS 2021-2022**

**JUAN ANDRÉS ARAUS TAPIA**

**TESIS PARA OPTAR AL  
GRADO DE**

**MAGISTER EN EDUCACION  
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Director de Tesis: Prof. Dra. Ximena Lee

**(2022)**

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGÍSTER**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster o AFE presentada por la(el) candidata(o)

**JUAN ANDRÉS ARAUS TAPIA**

Ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 13 de diciembre del 2022.



Prof. Dra. Ximena Lee M.  
Director de tesis  
Santiago, Chile

**COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS**

Prof. Dr. Óscar Jerez.

Prof. Dra. Marcela Antúnez.  
Presidente Comisión

Prof. Mg. Pablo Quiroga.

Dedicado a todos los docentes clínicos de los servicios públicos de salud quienes luchan a diario, formando a los futuros profesionales de nuestro país.

*“Sé que nada me pertenece  
sino el pensamiento  
que sin grilletes fluye de mi alma  
y todo momento favorable que el destino clemente  
me permite gozar profundamente”  
Fausto, Goethe.*

## **Agradecimientos**

A mi padre, por inculcarme el valor del trabajo y la perseverancia.

A mi madre, por amar y luchar cada día por sus hijos.

A Francisca, por su amor incondicional y consejos llenos de sabiduría.

A mi hermano José, por enseñarme el valor de la humildad y la vocación.

A mi hermana Laura, por demostrarme el poder de la valentía y el valor de los ideales.

A Ximena Lee, por su apoyo y preocupación constante, demostrando su excelencia como profesora.

A Ximena Birkner, por su ayuda desinteresada en momentos difíciles.

A Sergio Bustos, por su colaboración como experto.

A Juan Manuel y Francisco, amigos de toda una vida.

A Manuel, Víctor, Rocío, Fernando, Paulina y Natalia, estimados compañeros de trabajo.

Resumen	8
Abstract	10
1. Introducción.	12
2. Definición del problema y pregunta de investigación.	13
3. Marco teórico.	15
3.1 Teoría de la autoeficacia y teoría social cognitiva: conceptualización e historia.	15
3.2 Desarrollo de la autoeficacia dentro del curso de vida.	17
3.3 Nuevos modelos teóricos derivados de la teoría social cognitiva.	17
3.4 Factores intervinientes en la autoeficacia.	19
3.5 Autoeficacia y sus factores intervinientes en los docentes.	21
3.6 Autoeficacia docente y sus repercusiones sobre los procesos educativos.	22
3.7 Autoeficacia y su relación con los docentes clínicos.	24
4. Objetivos.	26
4.1 Objetivo general.	26
4.2 Objetivos específicos.	26
5. Diseño Metodológico.	26
5.1 Tipo de estudio.	27
5.2 Características del investigador y reflexividad.	29
5.3 Contexto.	30
5.4. Individuos participantes en el estudio.	31
5.4.1 Criterios de inclusión.	31
5.4.2 Criterios de exclusión.	32
5.5. Tipo de muestreo cualitativo.	33
5.6. Diseño del estudio.	34
5.6.1 Acceso al campo de estudio.	36
5.6.2 Selección de los participantes de la investigación.	36
5.6.3 Procedimientos de obtención de la información.	37
a) Documentación.	37
b) Entrevistas semiestructuradas y notas reflexivas.	37
5.6.4 Análisis de los datos.	38
a) Comentarios iniciales.	38
b) Identificación de temas emergentes.	39
c) Agrupación de los temas.	40
d) Elaboración de tablas de temas.	41
e) Redacción de los resultados.	41

6. Criterios de rigor metodológico.	41
7. Consideraciones éticas.	44
8. Consentimiento informado.	45
9. Plan de trabajo.	45
10. Resultados.	46
10.1 Análisis general de los datos obtenidos.	46
10.2 Análisis específico del contenido.	52
10.2.1 Autoeficacia docente.	53
I) Valoración subjetiva de la autoeficacia docente.	53
II) Factores intervinientes en la autoeficacia docente.	54
a) Experiencias como docentes clínicos.	54
b) Experiencias con otros docentes.	55
c) Retroalimentaciones.	56
d) Estados de salud.	58
e) Dominio profesional.	59
f) Vocación educativa.	60
III. Repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de enseñanza.	60
a) Repercusiones de la autoeficacia sobre los procesos educativos.	61
i) Apoyo educativo.	61
ii) Organización de la clase.	62
b) Repercusiones de la autoeficacia docente sobre la adaptación académica de los estudiantes.	63
i) Logros académicos.	63
ii) Motivación del estudiante.	64
c) Repercusiones de la autoeficacia docente en el bienestar de los docentes.	65
i) Aspectos positivos.	65
ii) Aspectos negativos.	66
10.2.2 Síntesis de los resultados.	66
11. Discusión.	68
12. Conclusiones.	76
13. Limitaciones.	80
14. Proyecciones e implicancias.	80
15. Bibliografía.	83
16. Anexos.	91
Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis por el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA).	91

Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética del Servicio Metropolitano Norte.	92
Anexo 3. Autorización de la investigación por la dirección del hospital San José.	93
Anexo 4. Consentimiento informado.	94
Anexo 5. Distribución, secuencia y temporalidad de la realización de las actividades del proyecto de tesis.	96
Anexo 6. Protocolos para la recolección de la información.	96
Tabla 1. Lista de documentación.	96
Tabla 2. Protocolo de entrevista.	98
Anexo 7. Guión para la validación de expertos del protocolo de entrevistas semiestructuradas.	99
ANEXO 8. Actas de validación de expertos de la entrevista semiestructurada.	106
Anexo 9. Ilustraciones adicionales del software Nvivo 12.	107
9.1 Mapa jerárquico inicial de 20 palabras.	108
9.2 Mapa jerárquico de los subtemas relativos a las repercusiones de la autoeficacia docente en los procesos de enseñanza.	108
9.3. Gráfico de la matriz de codificación de las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de aprendizaje.	108
9.4. Tabla de referencias cruzadas de las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de aprendizaje.	109
Figuras.	109
Figura 1.	109
Figura 2.	110
Figura 3.	110

## **Resumen**

La presente investigación tuvo por objetivo principal comprender los factores intervinientes en la autoeficacia relatados por las y los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022, obteniendo la participación de 9 personas de distintas profesiones de la salud, que participan en el proceso de aprendizaje de estudiantes de último año.

Para esto, se llevó a cabo un estudio cualitativo, utilizando como instrumentos de recolección entrevistas semiestructuradas. El proceso de análisis de contenido se efectuó bajo una orientación fenomenológica interpretativa y con la ayuda del software Nvivo 12®, se obtuvo el eje temático denominado autoeficacia docente.

Dentro de este tema superior, se incluyeron tres temas: la valoración subjetiva que hacen los profesionales de la salud según sus experiencias de su propia capacidad de enseñar, sus factores intervinientes y las repercusiones que tiene para los procesos educativos que ocurren en este centro de enseñanza. Todo esto, fue contrastado con las proposiciones de la teoría social cognitiva, nuevos modelos teóricos derivados de ella e investigaciones recientes sobre la autoeficacia docente.

En lo referente al tema de valorización de la autoeficacia docente, ésta fue calificada subjetivamente en un nivel aceptable, recalando sus propiedades evolutiva, específica y cíclica, pudiendo aumentar o disminuir. También se obtuvo otro tema que incluye a los principales determinantes de su juicio de autoeficacia como son las experiencias individuales como docentes clínicos, retroalimentaciones que reciben dando mayor relevancia a los comentarios efectuados por alumnos, experiencias de otros docentes, resaltando las vivencias significativas con profesores que sirvieron de modelo conductual y los estados de salud de los docentes que repercuten negativamente sobre su autoeficacia, apuntando específicamente al desgaste físico y mental. Adicionalmente, surgieron otros factores emergentes como son el dominio disciplinar y la vocación educativa.

Por último, se relacionaron los resultados con la evidencia actual relativa a la autoeficacia docente y los nuevos modelos educativos que la incluyen, adicionando el tema que reúne las



repercusiones positivas de este juicio sobre los docentes en la formación de los estudiantes, como permitirles generar o refinar sus estrategias de enseñanza, facilitar la motivación de los alumnos, satisfacción y ser un factor protector de permanencia en sus labores como docente. En los aspectos negativos, para algunos docentes, situaciones como la pandemia SARS-COV-2, la alta carga asistencial y otros problemas en el complejo hospitalario, afectaron negativamente sus índices de autoeficacia, propiciando cambios en la rigurosidad de sus comportamientos, agotamiento y estrés laboral.

Palabras clave: Autoeficacia, Docencia clínica, Hospitales de enseñanza.

## **Abstract**

The main objective of this research was to understand the factors involved in the self-efficacy related by the clinical teachers of the San José hospital during the years 2021-2022, obtaining the participation of 9 people from different health professions, who participated in the process. learning of final year students.

For this, a qualitative study was carried out, using semi-structured interviews as collection instruments. The content analysis process was carried out under an interpretative phenomenological orientation and with the help of the Nvivo 12® software, the thematic axis called teacher self-efficacy was obtained.

Three themes are included within this superior theme: the subjective assessment that health professionals make according to their experiences of their own ability to teach, its intervening factors and the repercussions it has for the educational processes that occur in this teaching center. All this was contrasted with the propositions of social cognitive theory, new theoretical models derived from it, and recent research on teacher self-efficacy.

Regarding the issue of valuing teaching self-efficacy, it was subjectively rated at an acceptable level, emphasizing its evolutionary, specific, and cyclical properties, being able to increase or decrease. Another theme was also obtained that includes the main determinants of their judgment of self-efficacy, such as individual experiences as clinical teachers, feedback they receive, giving greater relevance to the comments made by students, experiences of other teachers, highlighting the significant experiences with teachers who served as a behavioral model and the health states of the teachers that have a negative impact on their self-efficacy, specifically pointing to physical and mental exhaustion. Additionally, other emerging factors emerged, such as the disciplinary domain and the educational vocation.

Finally, the results were related to the current evidence regarding teacher self-efficacy and the new educational models that include it, adding the theme that brings together the positive repercussions of this judgment on teachers in the training of students, such as allowing them to

generate or refine their teaching strategies, facilitate student motivation, satisfaction and be a protective factor of permanence in their work as a teacher.

On the negative side, for some teachers, situations such as the SARS-COV-2 pandemic, the high care load, and other problems in the hospital complex, negatively affected their self-efficacy rates, leading to changes in the rigor of their behaviors, exhaustion, and stress labor.

Keywords: Self Efficacy; Faculty; Hospital, Teaching.

## **1. Introducción.**

Las investigaciones sobre el impacto de la educación han cambiado su enfoque predominante orientado hacia los resultados, por aquellos que evalúan procesos e interacciones en diferentes áreas. Es decir, aunque la formación se dé en un entorno educativo común donde existen evaluaciones generales, se encontrarán diferencias en el proceso de aprendizaje de cada estudiante que, si es correctamente orientado y potenciado por el docente, puede derivar en mejoras significativas en la adquisición de los resultados esperados. Precisamente, el pensamiento del docente, que conduce la actividad educativa, se organiza en relación con los esquemas de conocimiento que posee. Todos estos conceptos incluyen: el campo de los juicios, teorías e ideologías personales sobre la naturaleza, límites, estrategias e intervenciones propias de la enseñanza (Serrano, 2008). Por este motivo, las teorías desarrolladas por la psicología se han aplicado en el campo de la educación, enriqueciendo la línea de investigación que explora la influencia de los juicios y capacidades psicológicas, conductuales y sociales de los docentes en los procesos de aprendizaje-enseñanza.

En particular, se referirá a la autoeficacia como un constructo desarrollado por Bandura en 1977 en el contexto de la teoría social cognitiva la que ha recibido mucha atención en el campo de la educación. El autor inicia explicando la importancia de los juicios personales como determinantes del comportamiento humano y su estrecha relación con la motivación. Las experiencias que el individuo vive y observa, serían interiorizadas y valoradas, perpetuando o modificando sus futuros patrones conductuales.

Así, ante desafíos relacionados con nuevas experiencias, Bandura advertirá que las personas generarán expectativas del resultado de las futuras acciones y de sus propias aptitudes. Concretamente, estas últimas las agrupa dentro del concepto de “autoeficacia” el que se refiere a las creencias que construye el individuo sobre su capacidad para desempeñar las acciones necesarias con la finalidad de obtener un resultado deseado (Bandura, 1977, 1986; Tschannen-Moran & cols., 1998). No solo eso, sino que también describe los principales factores que intervienen en la construcción y el desarrollo de este juicio de autoeficacia, dentro del procesamiento interno del individuo: las experiencias de dominio (experiencias de aprendizaje vividas por el sujeto y sus repercusiones), aprendizaje vicario (aprendizaje de

patrones conductuales observados), persuasión verbal (influencia de los juicios o comentarios emitidos por los demás individuos) y estado emocional y físico. Por ejemplo, si el individuo ha tenido buenos resultados tras realizar o imitar un patrón conductual, tenderá a repetirlo.

## **2. Definición del problema y pregunta de investigación.**

Las investigaciones educativas referidas a la autoeficacia en profesores universitarios del área de la salud se han focalizado principalmente en los docentes de facultades o instituciones de educación superior. Sin embargo, no se ha considerado un grupo particular como son los docentes clínicos de los centros públicos de enseñanza. Estos últimos tendrían características especiales, particularmente un así denominado doble rol: asistencial-docente.

En concreto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la atención en salud de alta complejidad en los hospitales de enseñanza está estrechamente ligada a la docencia e investigación, requiriendo una optimización de recursos (físicos, humanos y económicos) importantes y de alto costo. Se reconoce entonces, la estrecha interdependencia de estas dimensiones cuyo desempeño y calidad se influyen recíprocamente (Lobo & cols., 2010).

Existe además un llamado recurrente debido a las demandas provenientes de diversos actores, así como de las instituciones y la sociedad en su conjunto, de profesionalizar la práctica docente en los profesionales de la salud (Elmberger & cols., 2019). En este sentido, la educación clínica resultaría ser un componente clave en el proceso formativo, tanto de los alumnos de pre como postgrado en las carreras de la salud. Se requiere que los estudiantes adquieran una serie de competencias, por lo que el acceso a escenarios reales de atención, junto a un buen tutor clínico, serán elementos cruciales para desarrollar estas habilidades como preparación para su futura incorporación al mundo laboral. Es así, como diversas investigaciones han profundizado en las cualidades que los estudiantes valoran en sus profesores clínicos, en ellas, se enfatiza la necesidad de contar con competencias emocionales y actitudinales para alcanzar la excelencia, por ejemplo: habilidades sociales, motivación, empatía y, por último, la autorreflexión y autorregulación (Ramani & Leinster, 2008).

En relación con esto último, el juicio de autoeficacia, motivo de interés de este estudio, es uno de los ejes principales del profesionalismo docente, debido a que esta creencia se relaciona positiva y directamente con la valoración individual del docente como son: su satisfacción personal, optimismo y salud mental (Caprara & cols., 2003; Hoy & cols., 2008; Hsieh & cols., 2019). Así, por ejemplo, en enfermeras clínicas se ha encontrado que altos niveles de autoeficacia se relacionan positivamente con su salud mental (Hsieh & cols., 2019). De igual modo, se señala que la autoeficacia se enlaza con factores psicológicos laborales de los profesores: sería un factor protector ante la intención de dejar el trabajo y el impacto de la realidad que viven los instructores novatos. Altos niveles de autoeficacia les permitirían optimizar sus lecciones y maximizar los logros de aprendizaje de los estudiantes (Kim & Cho, 2014). Asimismo, unas de las preguntas que surgieron entre los investigadores fueron ¿Cuáles son los factores intervinientes en el juicio de autoeficacia en los docentes? ¿Cómo se comprenden los factores intervinientes en el juicio de autoeficacia en los docentes?

Bandura (1997) teoriza sobre esto y sostiene que los docentes determinarían sus niveles de autoeficacia basados en experiencias pasadas de enseñanza (experiencias de dominio); aprendizaje vicario proveniente de las conductas y los resultados de sus pares modelos (profesores cercanos). Así mismo, los actores presentes dentro del ambiente de trabajo (directivos, compañeros, estudiantes) a través de su persuasión verbal, que puede ser negativa o positiva influirían en la autoeficacia. Por último, el estado emocional y físico que advierte el docente en su práctica diaria de enseñanza.

Considerando todo esto, los académicos interpretan los resultados y los factores mencionados para ir construyendo dinámicamente su juicio de autoeficacia (Furtado Nina & cols., 2016). Cuando se ha estudiado los determinantes teóricos en docentes de facultades de carreras de la salud, se han encontrado similitudes con la literatura, pero cabe reflexionar ¿Se relatarán los mismos factores intervinientes cuando se investiga el juicio de autoeficacia en un grupo y contexto real de aprendizaje, como lo son los docentes clínicos de un hospital de enseñanza? o ¿Se adicionarán nuevos determinantes? ¿Serán distintos a los descritos en estudios previos o en la conceptualización teórica desarrollada por Bandura y otros autores?. Es así, que se podría

suponer que existirá correspondencia entre los factores intervinientes de la autoeficacia docente descritos en la literatura y lo expresado por los docentes clínicos de un hospital de enseñanza.

Dicho lo anterior, se ha seleccionado a los docentes clínicos del hospital San José en primer lugar, por ser funcionario y docente de esta institución formadora que ha gatillado mi interés genuino de analizar la práctica educativa de una masa crítica de futuros profesionales de la salud de nuestro país. Al mismo tiempo, por su relación directa con los principios institucionales de este hospital público de enseñanza y por último por la valiosa información que puede aportar a las futuras investigaciones en educación en ciencias de la salud referentes a explorar las creencias y cualidades personales de este grupo particular de profesores y profesoras.

Por todo lo antes dicho, la pregunta de investigación principal es: ¿Cómo se comprenden los factores intervinientes en el juicio de autoeficacia según los relatos y juicios emitidos por las y los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022?.

Otra pregunta secundaria, pero que debe responderse previamente es ¿Cuáles son los factores intervinientes que atribuyen al juicio de autoeficacia las y los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022?.

### **3. Marco teórico.**

#### **3.1 Teoría de la autoeficacia y teoría social cognitiva: conceptualización e historia.**

Las primeras aproximaciones al concepto de autoeficacia las desarrolló Rotter en 1954-1966, describiendo el llamado “*locus de control*” que se refiere al control interno de la conducta separándose de cualquier condición externa que pudiese condicionarla (eventos esperados o azar) (Francis, 2010). Heider (1944), también separa entre “*interioridad y exterioridad*” como causas de una acción observada. Es así, como una conducta es consecuencia de las atribuciones subjetivas internas del individuo y las condiciones externas que lo afecten y que no tendrían responsabilidad personal (Heider & Simmel, 1944).

Posteriormente, Bandura sigue esta línea de pensamiento y desarrolla definitivamente el constructo de autoeficacia en la teoría social cognitiva, que luego se consideraría una teoría por sí sola, definiéndose como “la creencia del individuo de la propia capacidad de lograr algo por sí mismo”. En este punto Bandura se separa de los modelos previos como el conductismo ortodoxo donde solo se consideraba la influencia de las variables externas como mediadores de la conducta. Más aún, considera que la interacción recíproca del individuo con el ambiente, las conductas propias y observadas determinarán los patrones conductuales de las personas durante su vida (Bandura, 1977, 1986, 1999).

Profundizando en el marco de teorización de Bandura, este discrimina entre las expectativas de resultados y las expectativas de autoeficacia. Las primeras se refieren a la estimación del individuo de que una determinada conducta concluirá en un determinado resultado. Estas acciones, pueden resultar en algo placentero o desagradable, aceptación o rechazo. La expectativa de autoeficacia por otro lado se refiere a la convicción de la propia capacidad de la ejecución exitosa de esa conducta.

En concreto, existiría una estructuración interna básica y contingente de autoeficacia, mediada por la libertad de experiencias y los estímulos a los que sea sometido el individuo durante su vida. Él, crearía interpretaciones positivas o negativas en relación con los que considera éxitos o fracasos.

Sin embargo, debemos destacar que esta creencia de la capacidad propia no necesariamente coincidirá con la capacidad real de la persona en un determinado dominio. Con relación a este último punto, Bandura asevera que los juicios de autoeficacia más fructíferos son aquellos que exceden levemente a las capacidades reales de cada uno (ligera sobrevaloración), que le permitiría aumentar el esfuerzo y la persistencia ante situaciones adversas, a diferencia de personas con baja autoeficacia que tenderían a abandonar objetivos o metas ya que no están seguro de sus habilidades (Artino, 2012).



### **3.2 Desarrollo de la autoeficacia dentro del curso de vida.**

El desarrollo de esta estructura de creencias comienza tempranamente, desde la infancia temprana, dentro de los 3-4 años de vida, cuando el niño comienza a evidenciar conductas y esquemas de causa-consecuencia e interioriza cognitivamente los efectos que ellas producen: éxito o fracaso. Debemos subrayar, que el dominio a los que el niño tiene acceso es limitado, pero posteriormente se irán extendiendo a medida que avanza su proceso de aprendizaje en un contexto social. En la adolescencia y la adultez, se amplían los dominios de control del individuo debido principalmente al desarrollo físico cognitivo económico y social. El sujeto, tendría alternativas y debiese decidir qué conductas utilizará para lograr algo (Roca Perara, 2002).

### **3.3 Nuevos modelos teóricos derivados de la teoría social cognitiva.**

Varios paradigmas han tenido como influencia la teoría social cognitiva de Bandura, incluyendo a la autoeficacia dentro de sus fases. Es así, como se han desarrollado modelos teóricos aglomerados en el concepto de autorregulación en el que se incluyen un conjunto de procesos mediante los cuales las personas controlan su comportamiento (acciones), cognición (pensamientos) y el entorno que los rodea. Este proceso de autorregulación se ha definido como "pensamientos, sentimientos y acciones autogenerados que se planifican y adaptan cíclicamente al logro de metas personales" y se ha representado como un ciclo o proceso iterativo donde la autoeficacia juega un rol crucial (Sandars & cols, 2011).

En particular, se analizarán los dos principales que aglomeran la mayor cantidad de citas como son los modelos de Zimmerman y Pintrich (Panadero, 2017).

En primer lugar, Zimmerman plantea en su teoría de autorregulación que los individuos realizan un proceso iterativo que incluirá recopilación continua de información y selección de estrategias metacognitivas y específicas antes, durante y después de realizar una tarea.

En concreto, la autoeficacia se incluye dentro de la fase previa o de planificación (Figura 1) donde el individuo se prepara activamente en el intento de comprender la futura actividad o tarea, estableciendo estrategias específicas para desenvolverse en ella.

La motivación, interés o valor de la tarea y por último la autoeficacia serían los impulsores del esfuerzo que se aplicará en el proceso de autorregulación. Durante la fase de ejecución existirá un diálogo interno junto con un ensayo interior y una focalización de la atención que tendrán por objetivo controlar el comportamiento durante la actividad. Por último, en la fase de posterior o de auto reflexión la información recopilada de la experiencia los individuos se autoevalúan determinando si la conducta implementada culminó en un éxito total, parcial o en un fracaso. Este auto juicio cognitivo posterior a la actividad sería altamente predictivo de los comportamientos posteriores.

Si reflexionamos sobre cómo la autoeficacia participa de este último proceso, se podría plantear que su calibración dependerá directamente de la diferencia entre el juicio de la propia capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acciones necesarios para lograr un objetivo, y por otro lado, de los resultados del desempeño real. Es así, como una de las formas prácticas para lograr mayor precisión en la graduación de la autoeficacia en el ámbito educativo, es la retroalimentación, pudiendo ser aplicada tanto a alumnos como a docentes (Sandars & cols, 2011).

En segundo lugar, según el modelo de Pintrich el proceso de autorregulación del aprendizaje se compone de cuatro fases: (1) previsión, planificación y activación; (2) monitoreo; (3) control; y (4) reacción y reflexión. Cada uno de ellos tiene cuatro áreas diferentes de regulación: cognición, motivación/afecto, comportamiento y contexto. Esa combinación de fases y áreas ofrecen una imagen integral que incluye un número significativo de procesos de autorregulación, por ejemplo: activación de conocimiento previo, juicios de eficacia y autoobservaciones del comportamiento.

En específico, la autoeficacia se sitúa en la fase de previsión, dentro de la dimensión afectivo/motivacional.

En este punto, el autor destaca que así como el individuo es capaz de regular sus procesos cognitivos, será capaz de ajustar sus creencias motivacionales tales como la orientación a las metas, el juicio de autoeficacia, percepciones de la dificultad de la tarea y el interés personal en la tarea. Es así, que los individuos o estudiantes podrían utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para controlar sus afectos y motivaciones que incluyen intentos de controlar su autoeficacia mediante el uso de un diálogo interno positivo para lidiar con el miedo o la ansiedad por ejemplo exclamando: “*Si puedo realizar esta tarea*”. También, señala que se pueden utilizar un diálogo interno negativo como la vergüenza o culpa como motivante a iniciar o persistir en un cometido. Después de completado su deber, los alumnos pueden tener reacciones emocionales tanto positivas como negativas, y pueden reflexionar sobre las razones de sus resultados, concepto denominado atribuciones de resultados. Cabe mencionar, que la calidad de estas emociones y atribuciones serán el resultado de su proceso de autorregulación pudiendo deteriorar o proteger su autoestima y motivación para futuras tareas. Esta misma conceptualización podría ser aplicada a la autoeficacia de los docentes al emprender procesos de autorregulación aplicada a su práctica de la enseñanza en distintos contextos educativos.

### **3.4 Factores intervinientes en la autoeficacia.**

Bandura, plantea cuatro variables como factores intervinientes en la autoeficacia: experiencias de dominio, aprendizaje vicario persuasión verbal, y estados físicos y mentales (Bandura & cols., 1999).

Las experiencias de dominio se refieren a experiencias donde el individuo desarrolla una conducta determinada que culmina en un resultado exitoso. Los éxitos a su vez aumentarían la creencia de autoeficacia reforzando las conductas e influyendo en la persona para volver a utilizar las mismas estrategias en escenarios similares. Por otro lado, la repetición de fracaso reduciría el juicio de autoeficacia. En relación con esto, las experiencias de dominio son catalogadas como la fuente más influyente en el juicio de autoeficacia porque entregarían evidencia directa de los recursos individuales necesarios para lograr un objetivo determinado (Artino, 2012). En el área de educación en salud, por ejemplo, las prácticas clínicas de los

estudiantes proporcionan una oportunidad para que desarrollen dominio de su área de trabajo. Si las acciones son conquistadas exitosamente fomentarán su autoeficacia y en consecuencia intentarán desarrollar a futuro tareas similares con mayor grado de complejidad o bajo menos supervisión.

En segundo lugar, las experiencias vicarias o indirectas se refieren al aprendizaje visto como adquisición o fortalecimiento de una conducta producto de la observación de los comportamientos de otras personas, denominados "modelos". Las personas por lo tanto pueden aprender observando las victorias o derrotas de los demás. Cabe mencionar, que se sugiere que dichas experiencias vicarias basadas en la observación de modelos y comparaciones son menos reconocidas por el individuo debido a que no son modificables. En el ámbito educativo el rol de modelo que ejercen los tutores clínicos alimenta la creencia del alumno de que también puede lograr el comportamiento exitoso que observa en su práctica profesional.

El tercer factor, que influiría sobre la autoeficacia es la persuasión verbal que es la influencia del apoyo a través de las palabras que da un individuo a otro para lograr un determinado resultado. Para ilustrar, cuando un profesor alienta a su alumno, este tiende a sentirse más capaz de realizar una tarea satisfactoria (autoeficacia). Para Bandura, este factor podría reforzar la autoeficacia si la evaluación se enmarca en límites realistas.

Por último, los estados emocionales y físicos también afectarían a la autoeficacia. Por ejemplo, las personas con baja autoeficacia que sufren de taquicardia, sudoración o sentimientos de ansiedad durante alguna tarea, lo interpretan como un signo de vulnerabilidad, tienden a ser más conservadoras, se rinden cuando aparecen obstáculos, tienen dudas y comienzan pocas actividades por iniciativa propia.

Por el contrario, los niveles altos de autoeficacia actúan como un factor protector contra la ansiedad o estrés frente a una situación nueva. Según Bandura, estas personas son más proclives a ser optimistas, no se desaniman ante los obstáculos y perseveran en la búsqueda de soluciones en escenarios adversos (Artino, 2012; Roca Perara, 2002).

### 3.5 Autoeficacia y sus factores intervinientes en los docentes.

La autoeficacia en los profesores se define como el juicio que los maestros hacen sobre su propia capacidad y habilidades en la enseñanza, incluso en condiciones desfavorables (Tschannen-Moran & McMaster, 2009; Furtado Nina & cols., 2016). Por otro lado, Berman adiciona un elemento y la considera “*la medida en que el maestro cree que tiene la capacidad de afectar el desempeño del estudiante*” (Mottet & cols., 2004; Evers, 2002). También se menciona que las creencias de autoeficacia se refieren a lo que “*alguien cree que es capaz de hacer independientemente de su capacidad real*” (Williams, 2009).

Posteriormente, se especifican dos subdivisiones basadas en la construcción de Bandura “La eficacia docente general y la eficacia docente personal. La primera se refiere a la “*creencia que tiene el profesor sobre la influencia general que tienen los docentes para lograr los resultados deseados relacionados con el aprendizaje de los alumnos*”. En cambio, la autoeficacia personal se refiere a “*Las expectativas de su capacidad individual de suscitar el aprendizaje en los estudiantes*” (Williams, 2009.)

Aplicando la teoría de Bandura a los docentes se afirma que los docentes construyen su juicio de autoeficacia en función de los siguientes factores: La selección de los patrones conductuales que han sido utilizados durante su carrera educativa (experiencias de dominio). Hay comportamientos empleados en la enseñanza que han tenido éxito por lo que se tenderían a repetir y consolidar. A su vez, cuando el docente los ha calificado como un fracaso o por debajo de lo esperado, se inclinaría a suprimirlos o modificarlos. Lo mismo ocurriría si observa conductas con resultados negativos o positivos en modelos cercanos, como lo serían sus compañeros de labores (aprendizaje vicario). Del mismo modo, la retroalimentación, comentarios o juicios recibidos por el docente, al igual que su estado emocional o físico, pueden ser positivos o negativos.

Todos los factores mencionados afectarían directamente el juicio que los maestros hacen sobre su propia capacidad y habilidades en la enseñanza, incluso en condiciones desfavorables (autoeficacia) pudiendo aumentar o disminuir (Furtado Nina & cols., 2016).

### **3.6 Autoeficacia docente y sus repercusiones sobre los procesos educativos.**

Las nuevas investigaciones concernientes a la autoeficacia docente sugieren que tiene múltiples consecuencias en la calidad de los procesos que ocurren en el aula como son el apoyo educativo, organización del aula y apoyo emocional, el ajuste académico de los estudiantes (motivación y rendimiento académico) y el bienestar de los docentes (agotamiento, estrés satisfacción laboral, abandono y permanencia).

Zee (2016), presenta los resultados de una revisión de más de 40 años de estudios dedicados a la autoeficacia docente para cada dimensión mencionada, tomando como referencia el modelo de investigación denominado “*Classroom Assessment Scoring System*” (CLASS), que es uno de los principales marcos de referencia para la investigación sobre los procesos que ocurren dentro del aula. Es así, como junto a la revisión de otras investigaciones, se subdividieron en los siguientes aspectos:

En primer lugar, con respecto a las repercusiones de la autoeficacia en la calidad de los procesos educativos se incluyen las dimensiones de apoyo educativo, organización de la clase y apoyo emocional.

En términos de apoyo educativo, las investigaciones muestran que los docentes con alta autoeficacia pueden implementar métodos de enseñanza nuevos, específicos y más consistentes basados en su experiencia, para alentar a los estudiantes a desarrollar habilidades metacognitivas y pensamiento crítico. No solo eso, sino que también cambian el enfoque, principalmente orientado a los procesos de aprendizaje, en lugar de centrarse solo en los resultados o las tareas.

En relación con la organización de clases, se ha demostrado que el desarrollo positivo de la autoeficacia docente mejora la presentación de las materias, las preguntas formuladas dentro de ellas y la gestión del aula. Es así, que docentes con altos niveles de autoeficacia son capaces de adaptar sus estrategias de enseñanza hacia un comportamiento más aceptado por sus estudiantes y tienen una actitud más crítica hacia sí mismos cuando se enfrentan a alumnos problemáticos (Zee, 2016).

Con respecto al apoyo emocional, se ha descrito la relación positiva que tiene la autoeficacia docente con la calidad de la relación entre maestro-estudiante y los docentes pueden orientar a los estudiantes con problemas motivacionales modificando el contenido de sus clases para que resulte más significativo para ellos (Mashburn & cols., 2006; Sullivan & Guerra, 2007).

En segundo lugar, existen dos puntos importantes a considerar en lo correspondiente a las repercusiones de la autoeficacia docente sobre la adaptación académica de los estudiantes.

Primeramente, al explorar la relación de la autoeficacia docente y los logros académicos de los estudiantes, se reconoce un alto nivel de este juicio como impulsor de mayor esfuerzo y compromiso de los profesores con la educación, que culminaría en mejorar los logros de aprendizaje de los estudiantes (Klassen, 2014; Kim & Cho, 2014; Zee, 2016). A su vez, destaca que poseer una formación disciplinar avanzada (estudios de postgrado, certificaciones, maestrías) no se han podido vincular de manera directa con los resultados académicos de los estudiantes, detectando nexos más fuertes con la motivación docente, donde participa la autoeficacia de manera indirecta (Klassen, 2014). En Chile, Abarza (2018) destacó una relación positiva entre los docentes con alta autoeficacia y sus resultados de evaluación como docentes de aula de las carreras de la salud. Asimismo, la autoeficacia docente influiría en la motivación de los estudiantes incentivando su participación en clases, pudiendo aumentar su compromiso emocional y conductual de manera indirecta (Uden & cols., 2013). En cambio, otros autores encuentran solo una relación modesta entre el rendimiento académico y la autoeficacia, dado que obtener buenas calificaciones dependería de muchos otros factores de importancia (Honicke & Broadbent, 2016).

Finalmente, al considerar las repercusiones de la autoeficacia docente sobre el bienestar docente, destacan elementos positivos y negativos:

Dentro de los aspectos positivos, los autores expresan que el nivel de bienestar físico y mental de los docentes se ve afectado por este juicio. De esta manera, se han encontrado relaciones inversas entre el nivel agotamiento y el juicio de autoeficacia docente: los docentes que tienen

niveles más altos de autoeficacia tienden a tener menos probabilidad de sentirse agotados mentalmente que los que tienen niveles bajos (Fives & cols, 2007). También, un juicio positivo de autoeficacia tiende a predecir un nivel más alto de realización personal en los profesores y se relacionaría positivamente con el compromiso profesional y satisfacción laboral, actuando como factor protector en contra del ausentismo laboral y el abandono de la profesión docente (Skaalvik & Skaalvik, 2007; Wolters & Daugherty, 2007).

Ahora, dentro de los aspectos negativos se ha considerado a la docencia como una labor que genera estrés definido particularmente como las emociones negativas resultantes de la enseñanza, y los docentes con baja autoeficacia podrían tener problemas para lidiar con esto en el aula (Kyriacou, 2021; Klassen, 2011). También, se menciona que uno de los principales gatillantes del estrés docente son los comportamientos de los estudiantes sobre todo los considerados problemáticos. En particular, se señalan como desencadenantes, actitudes negativas de los estudiantes como son: la hostilidad hacia el maestro, llegar sin preparación, falta de atención, falta de esfuerzo e interés por aprender, ruidos molestos, daños o quebrantamientos de las reglas establecidas (Geving, 2007). Asimismo, se encontró que dependiendo cómo los docentes juzguen su capacidad de enseñar (autoeficacia) interpretarán su idoneidad para cumplir con las demandas a las que son sometidos, pudiendo considerarse capaces o incapaces de sobrellevarlas (Troesch, 2017).

### **3.7 Autoeficacia y su relación con los docentes clínicos.**

Los tutores clínicos, son un factor crítico en el largo proceso de aprendizaje de los estudiantes, que se pone a prueba en los hospitales o centros clínicos de enseñanza (Secomb, 2008). En específico, se referirá al tutor clínico como el profesional de salud perteneciente a un centro asistencial, empleado por la universidad, responsable de guiar a los estudiantes a lograr sus resultados de aprendizaje. Este instructor, es responsable tanto de planificar y construir, así como de evaluar el desempeño de los estudiantes en los entornos clínicos (Jamshidi & cols., 2016). Sutkin (2008), tras una revisión de la literatura al respecto, determinó que existen 5 características de un buen tutor clínico y que estarían en estrecha relación con la teoría de autoeficacia:



- En primer lugar, está la mencionada relación alumno-maestro donde la enseñanza se transforma en un intercambio bidireccional, basado en la confianza. Relacionándolo con lo expuesto previamente, altos niveles de autoeficacia estarían relacionadas con la relación maestro-alumno de manera positiva.
- En segundo lugar, está la activación emocional que se refiere a la capacidad del docente de despertar y entusiasmar a los alumnos. Recordemos que un alto nivel de autoeficacia docente se relacionaría con mayor motivación por parte de los estudiantes.
- En tercer lugar, la generatividad es la capacidad del docente de permitir que el alumno asuma gradualmente mayores responsabilidades dentro de su proceso educativo si demuestra las competencias necesarias, entregando permiso para tomar decisiones independientes o para realizar los procedimientos esperados para su nivel de preparación con menos ayuda o supervisión. Si el docente clínico tiene altos niveles de autoeficacia podría flexibilizar o modificar sus conductas para propiciar el desarrollo de esta y otras responsabilidades de acuerdo con el nivel individual en que se encuentra cada alumno. Por el contrario, un docente clínico con bajos niveles de autoeficacia podría no propiciar el desarrollo del potencial individual de aprendizaje de cada estudiante, manteniéndose apegado estrictamente a un plan estricto de tutoría clínica.
- En cuarto lugar, destacamos la conciencia de sí mismo, que se describe en el artículo como la reflexión del docente sobre su enseñanza. Esta cualidad permite que se adapten a las particularidades de cada alumno. Según lo expuesto, lo enlazamos directamente con la autoeficacia ya que se relaciona directamente con la flexibilidad, cambio o innovación de las conductas del docente en favor de obtener los resultados de aprendizaje esperados.
- Por último, se menciona la competencia como el dominio de lo que se está enseñando. El estudiante identifica como modelo al docente y selectivamente selecciona las formas en que se relaciona con sus pacientes. Esto lo conectamos directamente con el concepto

de modelaje descrito por Bandura y que se relaciona estrechamente con la autoeficacia. Si el alumno identifica conductas que culminan en un resultado exitoso en su atención clínica, tenderá a repetirlo en nuevas oportunidades. Lo mismo ocurre para el docente: si sus niveles de autoeficacia son altos repetiría conductas en escenarios educativos similares sin tener miedo a equivocarse (Sutkin & cols., 2008).

#### **4. Objetivos.**

##### **4.1 Objetivo general.**

Comprender los factores determinantes atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022.

##### **4.2 Objetivos específicos.**

1. Determinar los factores intervinientes atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos dentro del hospital San José durante los años 2021-2022.
2. Analizar los factores determinantes atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022.
3. Interpretar los factores determinantes y los temas relacionados atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022.

#### **5. Diseño Metodológico.**

## 5.1 Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo cualitativa a través de entrevistas con orientación fenomenológica interpretativa (Polit & Beck, 2017; Smith & Eatough, 2007).

La perspectiva cualitativa aplicada, permite al investigador focalizar la atención al aspecto humano del entorno educativo desde una perspectiva holística, no reduciendo las palabras y conductas de las personas a representaciones estadísticas (Cohen, 2011; Creswell, 2014; Taylor & Bogdan, 1990). Pretende, además, enriquecer el estudio de la autoeficacia en los docentes clínicos, describiendo lo distintivo del constructo en este grupo particular de profesores, de manera más integral.

Taylor y Bodgan (1990), señalan la investigación cualitativa, es “ *un modo de encarar el mundo empírico* ” y que se caracteriza por ser inductiva, dado que los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones parten de los datos, considerando un diseño de interpretación flexible, pero riguroso. Además, el investigador trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, lo que requiere identificarse con los participantes lo que le permitiría entender cómo ven las cosas, considerando siempre todos los puntos de vista valiosos.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, esta investigación fue abordada desde la perspectiva epistemológica interpretativa, cuyo principio básico es la concepción de la realidad como una construcción social subjetiva (Heidegger, 2001; Husserl, 1991). Es así, que, bajo este supuesto epistemológico, se considera que existen múltiples realidades, donde el investigador dará sentido y construirá conocimiento como resultado del procesamiento de los datos que son producto de una interacción con el sujeto de estudio dentro del entorno donde se desenvuelve. Los factores contextuales, por lo tanto, deben tenerse en cuenta inequívocamente en toda búsqueda sistemática de conocimiento (Kvunja, 2017). Es, por tanto, que las clasificaciones, categorías, presuposiciones de los fenómenos particulares se entienden como una construcción social en el sitio “*natural*” como en específico serán los juicios de autoeficacia de las y los docentes de un hospital de enseñanza (Crowe & cols., 2011; Denzin, 2018).

En lo que respecta a la entrevista con orientación fenomenológica como recurso metodológico se utilizó ya que es un recurso para buscar en el discurso de los participantes los significados que le dan a sus experiencias en situaciones específicas, como son los expuestos en su práctica de la docencia clínica, que motivan la construcción y desarrollo del juicio de autoeficacia docente. Es así, como este tipo de orientación podría considerarse como una forma particular de análisis de contenido inductivo, dada la complejidad, el origen de los datos y el carácter no lineal que encierra la evaluación de una entrevista, donde se pueden tratar y utilizar grandes volúmenes de transcripciones textuales para generar temas que nacen de la evidencia (Elo & Kyngäs, 2008). Cabe destacar que el conocimiento perseguido por esta investigación es similar en ciertos aspectos con la fenomenología, como es la descripción y la adquisición de una comprensión de las estructuras esenciales de los fenómenos, sobre la base de modelos mentales proporcionados por la experiencia del individuo o a través de su construcción psicológica. Al respecto Heidegger señala “*Es hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo*” (Castillo, 2020).

Otro aspecto mencionado, es que la fenomenología hermenéutica, sustento filosófico de la orientación interpretativa, es la más utilizada en ciencias de la salud, dado que plantea como presuposición que la “*vivencia en sí misma*”, es un proceso interpretativo que ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe, diferenciándose en este punto con la orientación fenomenológica descriptiva. En este sentido, se declara que este tipo de orientación fenomenológica de una investigación cualitativa, es una forma de investigación basada en la entrevista, que usualmente invita a los entrevistados a hablar sobre sus experiencias y tiene por objetivo dilucidar el significado del fenómeno en el que se tiene interés, a partir de la visión de quienes la experimentan (De la Cuesta , 2006; Paley, 2018).

Cabe mencionar, que en un principio este estudio se planificó como un estudio de caso, pero debido a los resultados y a pesar de los cambios efectuados no se ajustaba por completo a este tipo de metodología sin cambiar los fundamentos de su construcción que la llevarían a desacreditarse como un estudio válido, por lo que se optó por un estudio cualitativo por entrevistas.

Polit & Beck (2017), plantean que este tipo de estudio son una de las alternativas válidas a los métodos tradicionales de aproximación al tema de estudio (estudio de caso, fenomenología), dado que no encajan por completo en las tipologías habituales dada su naturaleza, adoptando una posición intermedia o indefinida, sin oponerse a ninguna de las posiciones posibles.

El conocimiento obtenido en esta investigación sobre la autoeficacia docente, es por lo tanto derivado de un proceso dinámico sustentado en un estudio sistemático de la intersubjetividad que se relaciona directamente con el paradigma empleado y que permite al investigador y al investigado intercambiar opiniones desarrollando una posición empática y así comprender e interpretar de manera más clara la realidad subjetiva presentada. Por lo tanto, se interesa en el cómo las cosas son experimentadas desde la perspectiva de las personas (*experiencia vivida*) y pretende entregar descripciones ricas y complejas del fenómeno como es vivido en la *cotidianidad* (Castillo, 2020). Sin embargo, difiere con respecto a una orientación fenomenológica clásica, en que también se busca en un sentido limitado a los participantes, explicaciones relaciones causales y consecuencias del juicio de autoeficacia docente sobre los procesos que ocurren dentro de este centro de enseñanza.

Es así, cómo se optó por un enfoque de Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) (capítulo 5.6) (Smith & Eatough, 2007).

## **5.2 Características del investigador y reflexividad.**

El investigador de este estudio es profesional de la salud, en concreto Kinesiólogo egresado de la Universidad de Chile. Además, desarrolla su magíster en educación en ciencias de la salud en la misma institución.

Por otro lado, es funcionario contratado del Hospital San José hace aproximadamente 8 años, establecimiento asistencial docente donde se llevó a cabo esta investigación, por lo que comparte con los participantes similares espacios físicos, rutinas, responsabilidades generales guiándose además por los mismos reglamentos internos, organigramas, cultura organizacional

y planificaciones estratégicas al desempeñar las actividades propias de su empleo en un mismo lugar de trabajo.

Junto con lo anterior, dentro de este periodo de trabajo continuo, ha realizado docencia clínica a los alumnos de quinto año, por lo que ha experimentado en primera persona, la responsabilidad de desempeñarse durante su jornada de trabajo, como docente de los alumnos de Kinesiología que llegaron a realizar su práctica clínica desde distintas universidades.

Se desprende de lo anterior, que este investigador está inmerso desde hace años en el contexto inmediato común y específico educativo de las participantes de este estudio, lo que le permitió ser aceptado por los sujetos como un símil en las observaciones directas y una comprensión, análisis y reflexión más profunda sobre las actividades, creencias y vivencias relatadas por los profesionales que se desempeñan como docentes clínicos. También le ha generado opiniones y presuposiciones personales de los fenómenos que allí se estudiaron como, por ejemplo, una visión previa sobre aspectos de la caracterización de la docencia clínica en este centro, como son la valorización, dificultades y ventajas de esta práctica educativa.

### **5.3 Contexto.**

El hospital San José, es un establecimiento de atención en salud y de enseñanza de alta complejidad del área norte de la capital, que tiene convenios con universidades estatales y privadas, sumando una capacidad formadora alta.

De igual modo, dentro de sus principios institucionales está la eficacia y eficiencia de los procesos que dentro de él ocurren que incluye evidentemente a su capacidad formadora (Ministerio de Salud, 2021). Es así, como el centro recibió en 2021 a 608 alumnos en total provenientes de la Universidad de Santiago de Chile (USACH), Universidad de Chile (UCH), Universidad Mayor, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE) y otros, a diferencia del año 2020 que solo se recibieron 68 debido a la pandemia del virus-SARS-COV-2.

En una situación más general, en el contexto social económico y legal de la región metropolitana de Chile, durante los últimos 2 años se ha experimentado el denominado “*estallido social*”, nuevas elecciones presidenciales y por cierto subrayar la pandemia del virus-SARS-COV-2 declarada desde el 11 de marzo del 2020.

Refiriéndose a este último punto, los profesionales de la salud incluidos en este estudio debieron participar activamente en el manejo y la resolución de las problemáticas surgidas de esta enfermedad dentro de la población asignada al centro hospitalario.

En específico, según lo declarado por el ministerio de salud en el transcurso de la pandemia, las instalaciones de salud enfrentaron escasez de recursos, así como escasez de personal debido a las infecciones por COVID-19 y falta de personal por licencias médicas debido al estrés y la fatiga de estar en la “*primera línea*” durante la pandemia. Es así, como en los momentos más críticos (junio y julio de 2021), cuando hubo más de 40 mil casos activos y más de cuatro mil pacientes en UCI, se contrató a 32 mil personas del área de la salud adicionales. Esta también fue una vivencia compartida por los profesionales de salud de este centro hospitalario.

En concreto, según la cuenta pública del Hospital San José, durante el año 2020 casi se duplicaron las camas de cuidados críticos (44 a 99) manteniéndose el año 2021. En cuidados intermedios también se duplicaron (101 a 209) en 2020, que posteriormente se redujeron a 108 en 2021.

Se desprende de lo anterior, que todo este grupo de profesionales debió adaptarse a este nuevo escenario generando consecuencias físicas y emocionales no exploradas aún (Ministerio de Salud, 2022). A modo de ejemplo, a nivel nacional se declara que los profesionales de la salud constataron alteraciones de la salud mental en los profesionales de la salud caracterizados por un aumento de los niveles estrés, ansiedad, insomnio y cuadros de “*burnout*”.

#### **5.4. Individuos participantes en el estudio.**

##### 5.4.1 Criterios de inclusión.

Profesionales de la salud que desempeñen funciones de docente clínico universitario de último año de cualquier carrera de la salud en el hospital San José durante los años 2021-2022, con al menos un año de continuidad en su labor en calidad de contrato o planta del servicio al que pertenece (Médicos, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales; Tecnólogos Médicos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Matronas).

#### 5.4.2 Criterios de exclusión.

- Profesionales de salud del hospital San José que desempeñen labores de docente clínico de cualquier carrera de la salud durante los años 2021-2022 en calidad de reemplazo temporal de un funcionario titular o contrato.
- Docentes clínicos del hospital San José que desempeñan sus funciones en carreras técnicas de la salud durante los años 2021-2022.
- Profesionales de la salud, que desempeñen funciones de docente clínico universitario, en cursos inferiores al último año, de cualquier carrera de la salud en el hospital San José durante los años 2021-2022.
- Profesionales de la salud, que desempeñen labores de docente clínico de cualquier carrera de la salud durante los años 2021-2022 que cumplan cargos directivos de alto rango (jefes de unidades).

El motivo de la selección de estos criterios de inclusión, es que los docentes de último año de las carreras de la salud ejercen una labor diaria de enseñanza por el período que dura el internado clínico del estudiante (de 6 a 12 semanas), a diferencia de los docentes que solo realizan instancias prácticas esporádicas en niveles inferiores de formación. Esto les permite una interacción constante con los alumnos, estableciéndose instancias de autorreflexión y procesos de autorregulación más frecuentes donde se enmarca el juicio de autoeficacia, motivo de esta investigación.

Otra peculiaridad de este conjunto de docentes, es que desempeñan un rol crítico ya que guían el proceso de aprendizaje de los alumnos de último año, quienes deben poner a prueba todas las competencias adquiridas en su proceso de formación en un escenario real de atención de pacientes de alta complejidad como es este hospital de enseñanza. Así pues, el profesional a



cargo de estos estudiantes tiene grandes responsabilidades ya que debe prepararlos para que cumplan los estándares exigidos por sus respectivas universidades, para su examen de título y su próxima incorporación al mundo laboral en escenarios similares.

Otra distinción, es que los docentes clínicos de último año participantes de este estudio realizan una enseñanza individualizada, es decir para cada docente está asignado en la mayoría de las carreras solo un estudiante, a diferencia de otros guías clínicos de cursos inferiores.

Por último, se excluyó a los docentes que tenían una calidad contractual de honorarios por la naturaleza temporal de relación con el servicio, profesionales que tuvieran alguna sanción referente a su labor como profesional y que ejercieran algún cargo directo de jefatura que pudiese afectar la veracidad de sus impresiones o relatos en refuerzo de su posición.

#### **5.5. Tipo de muestreo cualitativo.**

En este estudio, en particular se utilizó un muestreo intencionado correspondiente a uno o dos integrantes de cada una de las carreras de la salud que desempeñan sus labores docentes en el hospital San José y que decidieron participar de este estudio. Esta tuvo por finalidad captar las perspectivas de cada uno de los diferentes profesionales que desempeñan sus funciones, dentro de este recinto asistencial- docente (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014).

El número resultante de participantes se obtuvo mediante una invitación, a través de la jefatura directa vía mail o de forma personal, de cada una de las unidades donde se desempeñan los diferentes profesionales de la salud como docentes clínicos, dentro del hospital San José, durante el periodo de enero-marzo 2022. En específico, se logró la autorización verbal de la directiva y colaboración de las unidades de cuidados intensivos, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Nutrición y Dietética. A pesar de la autorización de la directiva de Tecnología Médica, no hubo inscripción de ninguno de los profesionales.

Posteriormente, se obtuvo la respuesta de 11 profesionales, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión señalados, de los cuales 2 decidieron desistir de su colaboración, previo a

la realización de la entrevista semiestructurada. Es así, que finalmente se contó con la participación de 9 docentes clínicos.

## **5.6. Diseño del estudio.**

El presente estudio es de tipo cualitativo por entrevistas con un enfoque AFI (Smith & Eatough, 2007).

El motivo de utilización de este enfoque es que pretende comprender en detalle cómo los participantes dan sentido a sus experiencias, opiniones, juicios y conductas en sus vidas personales y sociales. Es así, como las experiencias con significado especial son la materia prima de este tipo de estudios, intentando describirlas y comprenderlas desde la perspectiva de quien lo vive.

Por otro lado, en la actualidad el AFI es una perspectiva legítima, bien fundamentada, reconocida y de fácil acceso para los investigadores que recién comienzan con estudios cualitativos con orientación fenomenológica. También es una de las más utilizadas por su construcción dentro de los estudios relativos a aspectos psicológicos del ser humano por lo que resulta ser el más idóneo al comprender el juicio que hacen los docentes sobre su propia capacidad de enseñar (Duque, 2019).

También, es importante señalar que las bases teóricas del AFI se encuentran en la fenomenología de Husserl y la hermenéutica.

En primer lugar, el método filosófico fenomenológico de Husserl, se interesa por el acceso directo a las experiencias vividas y los significados derivados de esta, dejando de lado cualquier categoría predeterminada y la expresión del fenómeno en sus propios términos utilizando la secuencia de: descripción, reducción fenomenológica trascendental y la esencia.

Por otro lado, existen grandes diferencias cuando se utiliza el método de análisis fenomenológico aplicado a los estudios cualitativos.

En primer lugar, en los métodos de análisis fenomenológicos utilizados en las investigaciones cualitativas se describen las experiencias vividas, una vez obtenidos los datos en bruto y luego se lleva a cabo un análisis fenomenológico interpretativo de los datos dentro de una perspectiva de reducción fenomenológica. Al contrario, basados en el enfoque filosófico de Husserl, los investigadores deberían describir en primer lugar las experiencias vividas y luego hacer que los participantes que describen sus experiencias las analicen, pero, a diferencia de la filosofía, este no es un procedimiento aceptable dentro del contexto de la ciencia moderna.

En segundo lugar, los estudios cualitativos con metodologías fenomenológicas como la de Giorgi (2003), consideran otra perspectiva psicológica del proceso de reducción fenomenológica que, a diferencia de la trascendental de Husserl, apunta a una conciencia no purificada totalmente y conectada con aspectos empíricos. Otra forma de expresar esto es, que los actos de conciencia se asumen como “*reales*” y no “*posibles*” como en la reducción trascendental. Por lo tanto, al asumir esta postura fenomenológica desde una perspectiva psicológica significa aceptar como reales las experiencias de los significados y creencias vividas expresados por sujetos humanos concretos.

Como tercer punto, con respecto a la esencia, en la perspectiva psicológica son “*típicas*”, no “*universales*”, por lo que los resultados de este tipo de perspectivas orientadas al aspecto psicológico del ser humano se encuentran en un rango medio de logro teórico, por lo que siempre existiría una esencia más universal.

Por otro lado, la hermenéutica comprendida como la teoría de la interpretación es parte de los fundamentos de este tipo de análisis más utilizados en ciencias de la salud, ya que asume que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y no se puede acceder de manera directa a los significados inmersos en las experiencias vividas de los participantes sin la presencia del investigador como participante de este proceso (De la Cuesta, 2006).

Siguiendo con lo planteado anteriormente, existen otras alternativas de perspectivas fenomenológicas aplicadas a los estudios cualitativos siendo la más similar y conocida el

método científico fenomenológico de Giorgi. Sin embargo, el AFI difiere a esta en que según Smith & cols (2007), su orientación es predominantemente interpretativa y menos comprometida con una tradición fenomenológica particular por lo que se adecua a los propósitos de esta investigación y los métodos utilizados (Duque, 2019).

Otro punto que lo hace coherente con este estudio, es que la literatura señala que la técnica de mayor utilización en los estudios AFI es la entrevista semiestructurada al igual que la técnica principal empleada en esta investigación. Además, se menciona que el número de participantes varían entre 1 a 30 en este tipo de investigaciones, adecuándose por lo tanto a la cantidad de profesionales de la salud participantes en este estudio (9 docentes).

En este sentido, se escogió la entrevista semiestructurada ya que permite al entrevistador orientar una conversación flexible, pero considera e indaga en los temas relevantes expuestos en el marco teórico referencial. También, da la libertad de recibir respuestas abiertas que las personas expresan desde sus perspectivas personales con sus propias palabras y posibilita el surgimiento de nuevos temas que pueden ser explorados y clarificados con nuevas preguntas del entrevistador (Munarriz, 1992).

Por todo lo antes planteado, se utilizó el diseño AFI al considerarse un tipo de análisis de contenido inductivo coherente y adecuado dentro de su tipo, para comprender un fenómeno multifacético proporcionando relatos detallados y ricos de la autoeficacia docente inmersa en la vida de los profesionales de la salud que desempeñan labores educativas en este centro de enseñanza (Elo & Kyngäs, 2008).

#### 5.6.1 Acceso al campo de estudio.

Se contó con la aprobación del director del hospital San José y el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Norte del cuál es parte el centro asistencial.

#### 5.6.2 Selección de los participantes de la investigación.

De acuerdo, a la clasificación de Hernández Sampieri (2014) se utilizó un muestreo intencionado. La muestra estuvo conformada por profesionales de la salud que desarrollaron sus actividades de docentes clínicos universitarios durante el período 2021-2022 en el hospital San José. Incluye a profesores de las diferentes carreras de la salud: Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Kinesiología.

### 5.6.3 Procedimientos de obtención de la información.

Se utilizaron los siguientes instrumentos para recoger información durante el proceso de investigación:

a) Documentación.

En primer lugar, dentro del recinto hospitalario, se recolectó la información específica de los profesionales de salud que desarrollan sus funciones de docencia clínica que cumplían criterios de inclusión y que decidieron participar de la investigación. En el caso de documentos, materiales y grabaciones, se siguió la recomendación de Sampieri de elaborar una tabla o listado que las contenga a todas (número, fecha de realización, fecha de transcripción y otros datos relevantes). También, se siguió la sugerencia de respaldar todo documento en al menos dos fuentes (almacenamiento en nube y en un dispositivo portátil) (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014b) (Anexo 6, Tabla 1).

b) Entrevistas semiestructuradas y notas reflexivas.

El investigador principal de este estudio, sin la participación de otros colaboradores, realizó entrevistas semiestructuradas con sus respectivas notas reflexivas y comentarios. Es así, que se llevó a cabo la grabación a través de audio, previo consentimiento de los entrevistados, de las entrevistas además de un protocolo de articulación siguiendo las recomendaciones de Creswell que permitió al investigador organizar la información y el análisis posterior de las respuestas entregadas (Creswell, 2014) (Anexo 6, Tabla 2). A su vez, se buscó la saturación de las necesidades de la línea de investigación, a través de un guion temático que fue estructurado siguiendo las recomendaciones de Escobar y guiado en su contenido por los conceptos y descripciones descritos por los estudios de

Tschannen-Moran & McMaster y Furtado. Finalmente, fue validado en su contenido por 3 expertos, previo a su utilización (Anexo 7,8) (Escobar-Pérez, 2008; Tschannen-Moran & McMaster, 2009; Furtado Nina & cols., 2016).

Se obtuvieron un total de 9 entrevistas semiestructuradas con sus respectivos comentarios iniciales y notas reflexivas del investigador, teniendo una duración aproximada de una hora cada una. Cabe destacar, que en general los participantes estaban muy dispuestos a responder las preguntas con gran detalle.

Al respecto, Chapman y Smith (2002) sugieren que la entrevista semiestructurada es el mejor método de recopilación de datos para un estudio AFI.

#### 5.6.4 Análisis de los datos.

A continuación, se describirán las etapas que se utilizaron para el análisis e interpretación de los datos siguiendo la estructura del AFI y el apoyo de las herramientas de consulta de Nvivo 12® en cada una de ellas. Cabe destacar, que el AFI facilita una guía para el análisis de los datos, pero también puede ser adaptado a las circunstancias y necesidades del investigador. También debe considerarse que este es un proceso iterativo y complejo que tiene por finalidad revelar los significados revelados que reflejen la realidad subjetiva de cada uno de los participantes.

##### a) Comentarios iniciales.

El primer paso del análisis fenomenológico interpretativo fue la lectura y relectura de las transcripciones (126 páginas) de las entrevistas semiestructuradas con el objetivo de familiarizarse con la información. En paralelo, se fueron tomando comentarios iniciales del investigador, consideradas como notas que representan aspectos relevantes y significativos que el investigador advirtió en los fragmentos emitidos por los docentes clínicos. Dentro de ellas se encuentran frases llamativas, contenidos emocionales importantes emitidas por los participantes o, resúmenes y asociaciones que vienen a la mente del investigador. Toda esta información fue

almacenada y agrupada en el software Nvivo 12® para facilitar y apoyar su análisis e interpretación ejemplificadas a continuación (Tabla 3):

Tabla 3. Ejemplo de comentarios iniciales: Entrevista A.O, Kinesiología

Transcripción original	Comentarios iniciales
<p><b>Investigador:</b> <i>-Tú dices que la experiencia y también las retroalimentaciones de los alumnos han sido factores que han determinado esta percepción tuya de tu capacidad de enseñar, pero ¿Cuáles son los motivos de porque esas cosas son importantes para ti?</i></p> <p><b>Entrevistado:</b> <i>- Creo que es la experiencia con los alumnos en recibir muchos alumnos, durante muchos años o varios años, te han dado a ti como la sensación de que quizás el docente que soy hoy día es mejor docente que el de hace 4 o 5 años, tengo la capacidad de poder adaptarme o ser más flexible en algunos aspectos. Quizás tengo un orden más lógico y claro de que es un internado.</i></p>	<p>-Reconoce las experiencias de dominio como un factor determinante de su autoeficacia. Además de la retroalimentación de los alumnos.</p> <p>-Considera que su autoeficacia es buena y que ha ido mejorando a medida que adquiere más experiencia como docente. Se adapta mejor a situaciones y a los alumnos flexibilizando sus estrategias docentes.</p>

b) Identificación de temas emergentes.

Posteriormente a la creación de las notas reflexivas iniciales, como un primer intento de interpretación de los datos verbales, el investigador volvió a revisar esas mismas notas para elaborar los temas emergentes como síntesis, que expresan en un nivel de abstracción superior y en un lenguaje técnico, su relación con la teoría psicológica correspondiente, como es en este caso la autoeficacia docente y sus factores intervinientes.

Este proceso fue apoyado por el Software Nvivo 12®, donde los fragmentos de transcripciones que representaban una idea con este nivel de abstracción superior

junto con los comentarios iniciales, fueron clasificados como códigos que simbolizan estos conceptos (Tabla 4) (capítulo 10.1)

Tabla 4. Ejemplo de temas emergentes siguiendo la entrevista A.O, Kinesiología.

<b>Transcripción original</b>	<b>Temas emergentes</b>
<p><b>Investigador:</b> <i>-Tú dices que la experiencia y también las retroalimentaciones de los alumnos han sido factores que han determinado esta percepción tuya de tu capacidad de enseñar, pero ¿Cuáles son los motivos de porque esas cosas son importantes para ti?</i></p> <p><b>Entrevistado:</b> <i>- Creo que es la experiencia con los alumnos en recibir muchos alumnos, durante muchos años o varios años, te han dado a ti como la sensación de que quizás el docente que soy hoy día es mejor docente que el de hace 4 o 5 años, tengo la capacidad de poder adaptarme o ser más flexible en algunos aspectos. Quizás tengo un orden más lógico y claro de que es un internado.</i></p>	<p>-Valoración subjetiva de su autoeficacia docente.</p> <p>- Experiencias acumuladas como docente clínico.</p>

c) Agrupación de los temas.

En este paso todos los temas emergentes obtenidos del análisis iterativo del investigador y con la ayuda del procesamiento de los textos con el software Nvivo 12®, fueron agrupados buscando similitudes conceptuales o temáticos, surgiendo temas mayores o ejes temáticos que recogen a otros con un nivel de abstracción superior que los asoció. También se incluyó información adicional utilizando las posibilidades de análisis que entrega el programa, como tablas que informan frecuencias de codificación, mapas jerárquicos, matrices de codificación y tablas de referencias cruzadas de cada tema y subtema (capítulo 10.1, Anexo 9,1-9,4).



d) Elaboración de tablas de temas.

Realizado el proceso de agrupación el investigador, se elaboró una tabla de ejes temáticos acompañado de una presentación ordenada de los mismos, considerando los temas subordinados y el tema superior que los agrupaba (Tabla 5).

Tabla 5. Ejes temáticos y sus respectivos temas que emergieron de la investigación.

Eje Temático	Temas emergentes
Autoeficacia docente.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valoración subjetiva de la autoeficacia docente.</li><li>2. Factores intervinientes.<ol style="list-style-type: none"><li>a) Experiencias individuales como docentes clínicos.</li><li>b) Experiencias de otros colegas.</li><li>c) Retroalimentaciones.</li><li>d) Estados de salud.</li><li>e) Vocación educativa.</li><li>f) Dominio profesional.</li></ol></li><li>3. Repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos educativos.<ol style="list-style-type: none"><li>a) Apoyo educativo.</li><li>b) Adaptación académica de los estudiantes.</li><li>c) Bienestar de los docentes.</li></ol></li></ol>

e) Redacción de los resultados.

El investigador tomó el eje temático, con sus temas emergentes y realizó la sustentación e ilustración de cada uno de ellos (capítulo 10).

## 6. Criterios de rigor metodológico.

Se siguieron los siguientes criterios de rigor metodológico, para la investigación cualitativa, para asegurar la rigurosidad los datos de este estudio (Patton, 1999):

a) Credibilidad.

Con el objetivo de evidenciar las experiencias y el fenómeno como es descrito por los sujetos, se sometió a triangulación de datos, mediante el uso de varias fuentes de información (entrevista y notas reflexivas), permitiendo la búsqueda y contrastes de patrones de convergencia, para poder desarrollar y corroborar una interpretación del fenómeno estudiado en este grupo humano. Además, cada una de estas permite una visión de los diferentes aspectos del grupo de estudio, evitando la repetición de los hallazgos. Por último, se cumple el requisito de que todos los métodos de recopilación de los datos son de corte cualitativo, por lo que, estos pudieran ser equiparables.

Otro paso importante se llevó a cabo la participación y el compromiso prolongado, esencial para generar confianza y buena relación con los informantes, lo que aumentó la probabilidad de obtener información útil precisa y rica. Es así, se invirtió 6 meses para la recopilación de los datos para tener una comprensión profunda de la cultura y opiniones de las personas. Además, según lo expuesto por Patton (1999), aumenta la credibilidad de un estudio cualitativo si la investigación contiene información sobre el investigador, incluyendo las credenciales y la aclaración de las conexiones personales del investigador con los participantes, dando cuenta además sus esfuerzos prejuicios y perspectivas. En este caso, el investigador es parte de la organización en estudio detallando en extenso su relación previa con los participantes (capítulo 5.2)

Finalmente, se agregó la revisión de pares, donde en sesiones informativas periódicas con la directora de tesis, se presentaron resúmenes escritos u orales de los datos recopilados, interpretaciones y temas que surgieron de la investigación, todo esto para evitar el sesgo del investigador, falta de reflexividad, omisiones o errores importantes durante la investigación y en el proceso de análisis e interpretación de los datos (Polit & Beck, 2017).

a) Transferibilidad.

En primer lugar, debemos considerar que los fenómenos descritos en este estudio están íntimamente relacionados con las situaciones, contextos y sujetos que participan de él, descubriéndose como sujeto individual. A pesar de esto, se cumplió con el criterio de

transferibilidad a través de una exposición exhaustiva, mediante la descripción densa y recogida abundante de información que describió las características del contexto en que se realizó la investigación y de los sujetos (capítulo 5.3).

b) Consistencia.

Para lograr este criterio se aseguró que los resultados representan algo verdadero o inequívoco, por lo que se trabajó con una descripción exhaustiva del proceso seguido en el desarrollo de la investigación que posibilita y entrega pistas de revisión de la secuencia de estructuración de esta investigación que incluye: el enfoque de la investigación, el acceso al campo de estudio, selección de los participantes, procedimientos de obtención y análisis de datos, junto con el contexto desde donde se recogió la información (capítulo 5.6).

c) Confirmabilidad.

Para garantizar la veracidad de las descripciones de los participantes, las transcripciones de las entrevistas, notas reflexivas y documentación fueron textuales. Se realizaron de manera habitual durante la investigación ejercicios de reflexión por parte del investigador del proceso, de los datos recopilados y su futura interpretación.

d) Relevancia.

Al implementar un estudio sobre la autoeficacia en docentes clínicos de un hospital de enseñanza, las interpretaciones y resultados obtenidos serán expuestos dentro de la comunidad en estudio. Esto, permitirá a este grupo particular de profesores, en primer lugar, reflexionar sobre uno de los determinantes de su conducta en el escenario de enseñanza-aprendizaje que podría fortalecer y desarrollar uno de los determinantes psicológicos presentes, en los que se describe como “*un buen docente*” pudiendo mejorar su desempeño educativo en un escenario real de práctica profesional.

e) Concordancia teórico – epistemológica.

Se evidencia una coherencia entre el problema de investigación y la teoría (posición epistemológica) que lo sustenta. La metodología proporcionada (justificación del conocimiento) entrega una defensa de los métodos utilizados (acción de la investigación), en relación directa con el contexto teórico como con el producto de este proyecto de investigación.

## **7.Consideraciones éticas.**

Según, los requisitos éticos de Ezekiel Emanuel, el estudio tiene valor dada su relevancia en el ámbito educativo, al argumentar que es un aporte comprender los factores determinantes del juicio de autoeficacia de los docentes clínicos, dado que son parte fundamental del proceso formativo final de los estudiantes de las carreras de la salud, ya que se relacionarían directamente con el clima de aprendizaje, relación maestro-alumno, satisfacción personal y laboral, evaluaciones sobre su desempeño y de los estudiantes.

A su vez, se realizaron intervenciones ejecutables según el número de docentes seleccionados, que no implican riesgos físicos ni mentales (entrevistas). Más aún, se les entregarán los resultados, que promoverían autoconocimiento y autorreflexión de su carrera docente.

En segundo lugar, para cumplir la validez científica, el proyecto exhibe un objetivo claro, al delimitar el objeto de estudio y la población factible de investigar: Comprender los factores determinantes atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022.

Así mismo, se respetaron las consideraciones éticas respecto a las entrevistas semiestructuradas: Se atendió a mantener la dignidad de los individuos durante las entrevistas y selección de los entrevistadores (conocimiento sociocultural e institucional del entrevistado), se plantearon objetivos claros con explicaciones satisfactorias a los encuestados de cada pregunta y su relevancia en relación con los beneficios que la investigación puede generar. Además, se les aseguró confidencialidad de los participantes, respeto del vocabulario, alteridad, privacidad y confort (D'Espíndula & cols., 2016).

En relación con la selección equitativa de los sujetos, se seleccionó a los docentes clínicos del hospital San José, permitiendo la participación libre de todos aquellos que así lo desearon. Se dejó de manera verbal y escrita que la participación o falta de esta no interferirá en sus tareas docentes.

En cuarto lugar, no existió riesgo físico o mental de este estudio. Se mantuvo la confidencialidad de toda la información recogida (proporción riesgo-beneficio).

Respecto a la evaluación independiente la investigación, fue revisada en primera instancia por el comité evaluador del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA) y posteriormente aprobado por el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Norte, al cual pertenece el hospital San José (Anexo 1, 2).

En cuanto al consentimiento informado, existió provisión de información verbal y escrita sobre la finalidad, beneficios y libertad de decisión de los sujetos que escogieron participar en el estudio. Para esto, se siguió el modelo de consentimiento informado propuesto por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Anexo 4).

Respecto a los sujetos inscritos se aseguró el respeto por los cambios de opinión con respecto a la participación en el estudio, el respeto de la privacidad y confidencialidad de sus datos personales y resultados.

Finalmente, se manifestará los resultados personales a cada participante de forma privada y lo que se aprendió de la investigación en su conjunto. Todas estas medidas deben ser comprobadas por el Comité de Ética previamente citado (Emanuel, 1999).

## **8. Consentimiento informado.**

Se siguió el modelo de consentimiento informado propuesto por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Anexo 4).

## **9. Plan de trabajo.**

La presente investigación tuvo un tiempo de ejecución de 10 meses, desde su inicio en noviembre del año 2021 hasta su finalización en agosto del año 2022. La carta Gantt resume la distribución de las diferentes actividades enlistadas en forma secuencial (primera columna) de esta tesis, así como la duración de cada una de ellas (segunda columna), mediante barras horizontales durante el período 2021-2022 (Anexo 5).

## **10. Resultados.**

En primer lugar, con respecto a los participantes, se obtuvo la colaboración de 9 docentes clínicos con edades que fluctuaban entre los 28 y 39 años. En particular, 1 docente de Medicina, 2 de Terapia Ocupacional, 3 de Fonoaudiología, 1 de Enfermería, 1 de Nutrición y Dietética y 1 de Kinesiología. Dentro de su experiencia como docentes clínicos también fluctuaban entre 2 y 12 años. Respecto a su formación académica, 1 cuenta con título de especialidad, 2 con grado de magíster en sus respectivas áreas disciplinares y 5 con educación formal en docencia que incluye cursos de postítulos y diplomados.

En segundo lugar, con las herramientas de análisis de texto que permite el software Nvivo 12® se obtuvo información general relativa a las transcripciones de las entrevistas, que sirvió para entregar mayor comprensión de los datos extraídos y colaboró en la siguiente fase de análisis del contenido.

En tercer lugar, bajo un AFI y apoyándose en la información anterior, se obtuvo 1 eje temático principal o tema superior, 3 temas y 9 subtemas (Figura 3).

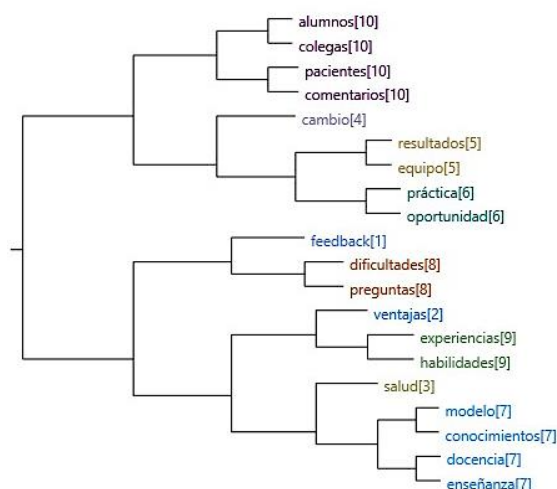
### **10.1 Análisis general de los datos obtenidos.**

El software Nvivo 12® permitió, a través de sus herramientas de consulta, un análisis general de los datos extraídos de las entrevistas, entregando la siguiente información:

En primer lugar, luego de un análisis inicial de frecuencia de palabras, se obtuvieron los 50 términos más utilizados por los docentes clínicos en sus respuestas a las entrevistas, destacando los conceptos de “*docencia*”, “*alumnos*”, “*experiencias*”, “*colegas*”, “*prácticas*”, “*pacientes*” y “*comentarios*”, quienes apoyarían la futura estructuración de los temas emergentes (Anexo 9.1). En la siguiente ilustración, se expone esta información en forma de “*nube de palabras*” que refleja en una foto inicial los conceptos tratados por los participantes:



Ilustración 2. Dendograma horizontal obtenido de las 20 palabras más utilizadas en las entrevistas.



Es así, como el primer conglomerado “*feedback*” [1] tiene similitud con otro, que incluye los términos “*dificultades*” y “*preguntas*” [8].

En segundo lugar el concepto “*ventajas*” [2] se relaciona con el conglomerado de “*experiencias*” y “*habilidad*” [9].

En tercer lugar, el conglomerado de “*salud*” [3] se relaciona con el conglomerado que incluye “*conocimientos*”, “*docencia*”, “*enseñanza*” y “*modelo*” [7].

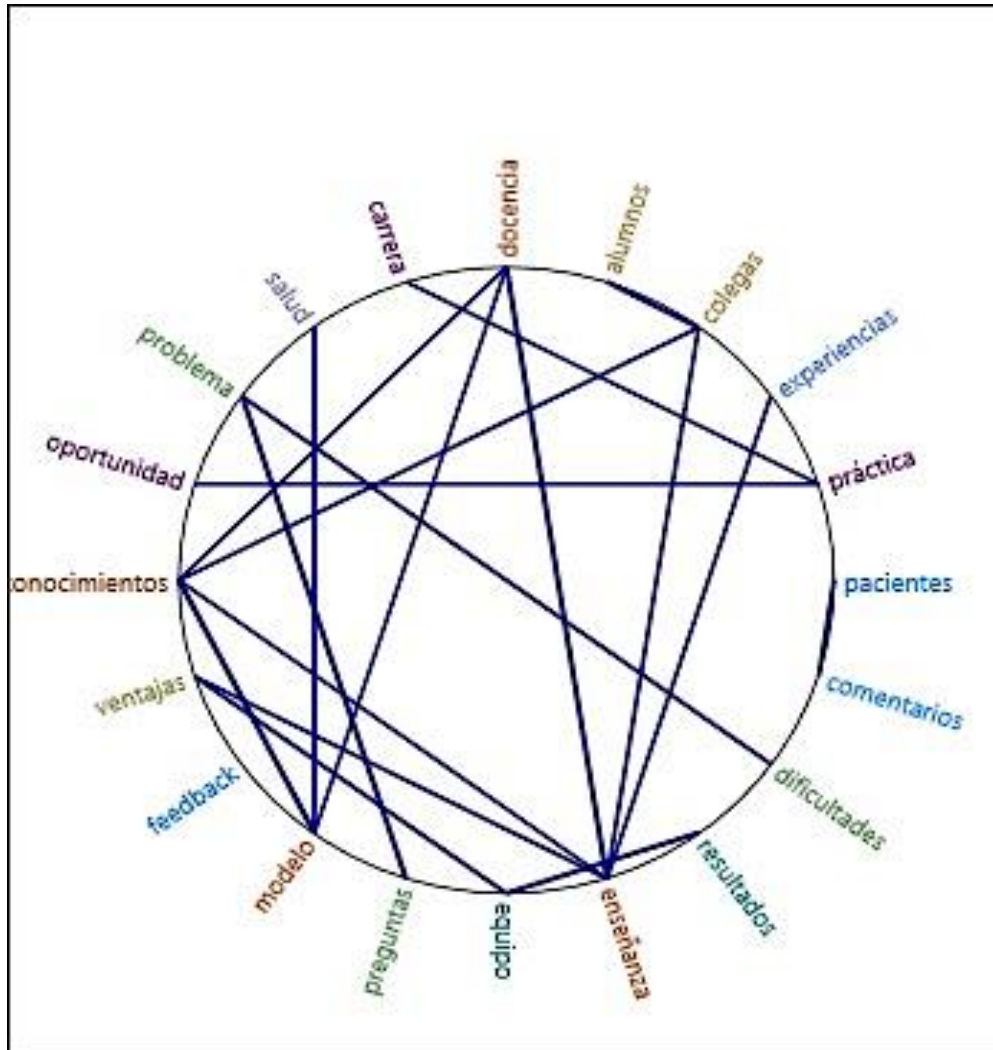
Posteriormente, se encuentran el concepto “*cambio*”[4] en relación con los conceptos “*resultados*”, “*equipo*”[5], “*práctica*” y “*oportunidad*”[6]. Todos ellos, apoyaron el análisis iterativo más profundo realizado por el investigador para la creación de temas emergentes, como por ejemplo los denominados: retroalimentaciones, experiencias como docentes clínicos, experiencias con otros docentes y estados de salud.

Adicionalmente, producto del análisis de conglomerados por similitud de palabras, se muestra en un gráfico circular las relaciones positivas en un nivel moderado a fuerte entre estos conceptos. Estas conexiones fueron esquematizadas como una línea recta azul que los une y representan un coeficiente de correlación de Pearson mayor a 0.6. Por ejemplo, el concepto “*enseñanza*” tiene una relación fuerte con “*experiencias*”, “*conocimientos*”, “*colegas*” y



“ventajas”, que orientaron y apoyaron las relaciones semánticas formuladas por los participantes de este estudio, y que posteriormente fueron agrupadas en temas.

Ilustración 3. Gráfico circular del análisis de conglomerados.



Más adelante, realizado la agrupación de los temas (capítulo 5.6.4e), se muestra la tabla de frecuencias de codificación de cada uno de ellos, donde destacan las retroalimentaciones (21), estados de salud (17) y experiencias individuales como docente clínico (19), como los subtemas de mayor codificación dentro de los factores determinantes del juicio de autoeficacia docente de este grupo particular de docentes.

Ilustración 4. Tabla de frecuencia de codificación de los temas y subtemas relativos al eje temático autoeficacia docente, con su respectiva cantidad de archivos y referencias.

Autoeficacia docente				
⊕	Nombre	⇔	Archivos	Referencias
⊖	Autoeficacia docente		18	190
⊖	Factores intervinientes en la autoeficacia		18	99
⊖	○ Dominio profesional		8	14
⊕	○ Estados de salud		11	17
⊕	○ Experiencias de otros docentes		11	16
⊕	○ Experiencias individuales como docente clinico		10	19
⊕	○ Retroalimentaciones		14	21
⊕	○ Vocación educativa		8	12
⊖	Repercusiones de la autoeficacia docente		9	72
⊕	○ Adaptación académica de los estudiantes		8	14
⊖	○ Bienestar docente		9	16
⊕	○ Procesos educativos		8	42
⊕	○ Valoración del la autoeficacia docente		18	19

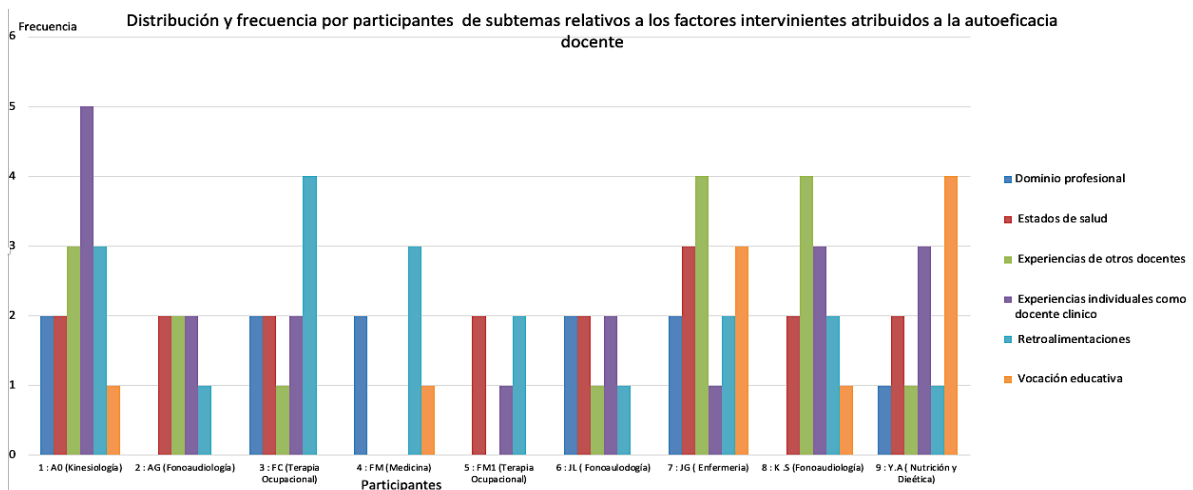
También, se ilustra otro tipo de información a través del siguiente mapa jerárquico que muestra, organizados en cuadros proporcionales a su cantidad de referencias, los subtemas relativos a los factores determinantes de la autoeficacia, como un conjunto de rectángulos anidados de diferentes tamaños. En ese sentido, de mayor a menor codificación, destacan nuevamente los subtemas retroalimentaciones, estados de salud, experiencias individuales como docente clínico, experiencias de otros docentes como los más codificados, seguidos por dominio profesional y vocación educativa.

Ilustración 5. Mapa jerárquico de los factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos del Hospital San José.



Otra ilustración que destaca, es la representación gráfica de la matriz de codificación, relativa a los factores intervinientes de la autoeficacia docente, donde se puede observar la distribución, y la frecuencia de codificación de los subtemas respectivos, en cada uno de los participantes. En ese sentido, sobresale la presencia representativa de estos, en especial los denominados: retroalimentaciones, estados de salud y experiencias individuales como docente clínico, con una frecuencia de codificación mayoritariamente homogénea entre los participantes.

Ilustración 6. Gráfico de la matriz de codificación de los subtemas obtenidos relativos a los factores intervinientes atribuidos a la autoeficacia según los docentes clínicos.



También, se extrajo información adicional de la tabla de referencias cruzadas o multidimensional. En ella, las celdas muestran la información sobre el número de referencias interceptadas entre los subtemas (filas) y los participantes (columnas).

Ilustración 7. Tabla de referencias cruzadas de los subtemas relativos a los factores determinantes de la autoeficacia de los docentes clínicos.

Subtemas	Participantes									Total
	AO (Kinesiología)	AG (Fonoaudiología)	FC (Terapia Ocupacional)	FM (Medicina)	FM1 (Terapia Ocupacional)	JG (Enfermería)	JL (Fonoaudiología)	K.S (Fonoaudiología)	Y.A (Nutrición y Dietética)	
○ Dominio profesional	2	0	2	2	0	2	5	0	1	14
○ Estados de salud	2	2	2	0	2	3	2	2	2	17
○ Experiencias de otros docentes	3	2	1	0	0	4	1	4	1	16
○ Experiencias individuales como docente clínico	5	2	2	0	1	1	2	3	3	19
○ Retroalimentaciones	3	1	4	3	2	2	1	2	1	19
○ Vocación educativa	1	1	0	2	0	3	0	1	4	12
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>97</b>

De esta manera, se visualiza en cada fila, la sumatoria de las referencias de cada uno de los participantes. Es así, como el total de referencias relativas a los factores determinantes de la autoeficacia varía de 5 (F.M, Terapia Ocupacional) a 16 referencias (A.O, Kinesiología) evidenciando la variación del grado de profundidad y alcance de las respuestas de cada uno de los entrevistados. También, se puede observar que ciertos participantes dan énfasis a algunos temas (recuadros rojos). Se cita como ejemplo el caso de J.L de Fonoaudiología con 5 referencias relativas al dominio profesional y A.O de Kinesiología con 5 referencias a sus experiencias como docente clínico. Más aún, nuevamente destaca una homogeneidad en las referencias relativas a los subtemas determinantes de la autoeficacia dentro de los participantes.

Finalmente, se agregó otro tipo de información como mapas jerárquicos, matrices de codificación y tablas referencias cruzadas, de las repercusiones de la autoeficacia sobre los procesos de enseñanza según cada participante. En este punto, destacan el apoyo educativo (19), bienestar docente(18) y organización en clases (14) como los subtemas con mayor cantidad de referencias (Anexo 9.2-9.4).

## 10.2 Análisis específico del contenido.

Después de haber entregado toda esta información general, se presentarán los resultados del análisis de contenido de las entrevistas bajo una orientación fenomenológica interpretativa:

### 10.2.1 Autoeficacia docente.

Cada profesional que ha experimentado ser un educador de los alumnos de último año de alguna carrera de la salud en este centro de enseñanza, fue capaz de hablar y profundizar sobre sus vivencias, opiniones y reflexiones que les han permitido construir de alguna forma el juicio que hacen sobre su propia capacidad de enseñar.

En primer lugar, entregaron una valoración subjetiva de su autoeficacia docente. Además, adjudicaron a diferentes elementos, circunstancias o influencias que contribuyen a la formación y modulación de este juicio. Por último, a pesar de no estar planificado, transmitieron las repercusiones que tiene para ellos la autoeficacia docente en los diferentes procesos educativos que ocurren dentro del contexto donde experimentan el fenómeno de educar en un ambiente de atención real de pacientes. Dicho esto, para mayor entendimiento fue ordenado siguiendo el modelo heurístico planteado por Zee (2016) (Anexo 9, Figura 2).

#### I) Valoración subjetiva de la autoeficacia docente.

La mayoría consideró que su autoeficacia docente es buena. No solo eso, argumentan que cierta parte de esta construcción psicológica posee aspectos que se van consolidando y evolucionando a medida que han experimentado de manera repetida nuevos procesos de enseñanza. Por ejemplo, un docente de Kinesiología expresa con seguridad los resultados que ha obtenido a través de sus años de educador:

- *“Creo que es la experiencia con los alumnos en recibir muchos alumnos, durante muchos años o varios años, te han dado a ti como la sensación de que quizás el docente que soy hoy día es mejor docente que el de hace 4 o 5 años”*

*(Entrevista a A.0, Kinesiología)*

Otra parte de este juicio consideran que puede ir cambiando en el tiempo de manera positiva o negativa según los estímulos a los que son sometidos y que además tiene un carácter cíclico dado la temporalidad de los eventos que ocurren como por ejemplo con

las nuevas experiencias que vive tras la llegada de un nuevo alumno a su cargo, que posee una arquitectura conductual y psicológica desconocida para ellos. En mayor medida, cada uno maneja estas nuevas interacciones de acuerdo con las creencias de habilidades o capacidades que tiene de enseñar y de relacionarse con los alumnos, pudiendo provocarles satisfacción y alegría, o sentimientos de incapacidad o frustración.

## II) Factores intervinientes en la autoeficacia docente.

### a) Experiencias como docentes clínicos.

Los docentes señalan que hay ciertos tipos de experiencias como docentes clínicos que les han resultado significativas y han marcado su visión de la educación, considerándolas una de los más importantes determinantes de su juicio de autoeficacia.

Al respecto, señalan que cada proceso de enseñanza, cada alumno nuevo y su forma particular de aprender, les hace reflexionar. Así, para ilustrar A.G, Fonoaudióloga comenta aspectos relacionados con la periodicidad, el contenido y las consecuencias de su proceso de reflexión:

*“En cada proceso hay esta autorreflexión, como las cosas que hiciste bien, las cosas que hiciste mal, qué cosas puedo cambiar y eso te orienta a una nueva forma de enfrentarte a un nuevo proceso”*

(Entrevista a A.G, Fonoaudiología)

Es así, como para ellos este proceso de reflexión tiene un sentido de dirección, que es el perfeccionamiento de su labor como docentes clínicos, y más aún transmiten los resultados positivos que trae ejecutarlo de manera periódica. Se puede citar nuevamente a A.O, Kinesiólogo quien habla de los frutos de sus años de experiencia tocando conceptos como flexibilidad, claridad y orden:

- *“Tengo la capacidad para poder adaptarme o ser más flexible en algunos aspectos. Quizá tengo un orden más lógico y claro de qué es lo que conlleva un internado”*

(Entrevista a A.O, Kinesiología)

No todos los procesos son iguales, sino que tiene un grado de significancia distinto para el docente determinado por el grado de esfuerzo, trabajo y motivación que ha puesto él y su alumno por obtener resultados adecuados, más aún con los alumnos considerados como *“difíciles”*. Es así que, cuando los resultados son positivos, experimentan sentimientos como satisfacción o la sensación de que sus decisiones han sido las correctas. A. O, Kinesiólogo vuelve a comentar emocionado:

- *“El alumno tuvo un cambio positivo, no por miedo ni por una amenaza, sino porque quizás trabajó o se esforzó o porque tú también te diste el tiempo. Siento que eso es mucho más satisfactorio, pienso que si te forma esa sensación de ¡Si, lo he hecho bien o lo estoy haciendo mejor”*

(Entrevista A.O, Kinesiología)

b) Experiencias con otros docentes.

No solo son significativas las experiencias que han tenido como profesionales dedicados a la educación, sino que también los participantes recuerdan su época de estudiantes y las consecuencias que tuvieron ciertas experiencias negativas o positivas con sus docentes en su época de pregrado.

Como una experiencia significativa positiva K.S, Fonoaudióloga, describe a modelos importantes en su vida, que ha incorporado en su visión de la docencia, repitiendo las conductas que ha visto de ellos. Es así, como con alegría recuerda:

- *“Cuando uno era alumno, uno también se queda con ese profesor o profesora que a ti te hizo sentido o fue significativo en el aprendizaje, yo creo que eso también lo he tomado conmigo”*

(Entrevista a K.S, Fonoaudiología)

En contraposición, otros docentes relatan que han visto o presenciado actitudes que no les han parecido correctas de otros colegas dedicados a la docencia, que también los han marcado negativamente, poniendo de manifiesto su rechazo a replicar estas conductas observadas, ya que para ellos representan acciones que no tienen buenos resultados. J.G, Enfermero, recalca la visión que adquirió después de este tipo de experiencias:

- *“No de repetir esos patrones o de esos consejos, si no que, al contrario: no hacerlo, porque he visto que no han funcionado”*

(Entrevista a J.G, Enfermería)

Esto ha condicionado que adquiera y utilice otro tipo de estrategias de enseñanza que le han traído resultados positivos, culminando con un aumento de su juicio de autoeficacia.

c) Retroalimentaciones.

Algo inherente a la experiencia de ser docente, es recibir todo tipo de comentarios respecto de la labor ejecutada. Es así, como los docentes clínicos de este centro de enseñanza, que tienen una alta carga formativa, han lidiado con esto desde el principio de sus carreras. Cada uno le entrega un diferente grado de significancia y tiene además una forma particular de procesarlos, interpretarlos e incorporarlos a su práctica educativa.

Es así, como la mayoría de los participantes le dan mayor importancia, por sobre otras personas, a los comentarios que reciben de los alumnos sobre su capacidad de enseñar. De esta forma, algunos adoptan una postura más pragmática, buscando la utilidad de los comentarios que reciben y despojándose, en cierto sentido, de su componente emocional y las posibilidades de afectar negativamente su juicio de autoeficacia. K.S por ejemplo transmite una actitud receptiva y positiva al recibir comentarios. También le da una



finalidad constructivista y lo relaciona con el aprendizaje que le ha entregado su experiencia. Al respecto señala:

- *“Yo siempre acepto y acojo los comentarios cuando vienen de forma constructiva y cuando no, he aprendido a filtrar, no me echo a morir porque alguien me ha dicho que lo hago mal y yo creo que uno tiene que aprender a rescatar lo aprendido con el tiempo, lo positivo de esos comentarios”*

(Entrevista a K.S, Fonoaudiología)

Por otro lado, F. M, Médico, busca intencionadamente que los alumnos le entreguen críticas, argumentando que estas le permiten crecer como docente y mejorar su capacidad de enseñar. El profesional recalca en varias ocasiones este tema:

- *“Algún comentario negativo, que es lo ideal, porque los positivos se agradecen, pero no me ayudan a mejorar”*
- *“El comentario positivo ¿Para qué lo quiere uno? para sentirse bien, pero eso no cambia mucho tu conducta”*
- *“Yo soy muy receptivo a las críticas, nunca he tenido problemas con eso”.*
- *“Si tienen alguna crítica voy a tratar de verlo de alguna forma objetiva para ver si eso está impactando en lo que los chiquillos están aprendiendo”*

(Entrevista a F.M, Medicina)

También da mucha importancia a contextualizar la educación a las posibilidades y recursos del centro donde se forma el estudiante, dando prioridad a la enseñanza de elementos prácticos que le permitan llegar a diagnósticos y tratamientos adecuados a la realidad del centro público donde ejercen sus labores profesionales. Esta opinión es compartida por otros docentes. Nuevamente transmite su enfoque pedagógico:

- *“A ellos no les importa mucho lo que está en el artículo, si no cómo lo harías tú en la vida real con los recursos que tienes”*

(Entrevista a F.M, Medicina)

Por otro lado, los comentarios de pares docentes y de aula tienen menor significancia para los docentes más experimentados en la construcción constante de su juicio de autoeficacia, sobre todo si los otros tienen menor experiencia, no así de pares de igual o mayor nivel.

A.G señala con relación a esto, la importancia que le da a la experiencia y el sentido de la verticalidad que aún persiste en los colegas que fueron, la mayoría, sus alumnos previamente, por lo que busca otras figuras como fuente de retroalimentación:

- *“Los chicos como tienen poca experiencia en docencia es muy difícil que me hagan una retroalimentación a mí, más encima yo fui su profe, entonces hay un tema no resuelto”*

(Entrevista a A.G, Fonoaudiología)

d) Estados de salud.

Diferentes experiencias vividas por los docentes clínicos han afectado su estado físico y mental, siendo expresados en conceptos como debilidad, cansancio o estrés, que, según sus relatos, han repercutido en el juicio que hacen sobre su capacidad de enseñar. F, M relata su vivencia, través de las sensaciones que experimentó en ese momento:

- *“Siento que estaba super cansado, fatigado, con mucho sueño, más estresado”*
- *“Siento que ahí no di lo mejor de mí”*

(F.M, Terapia Ocupacional)

Al explorar en profundidad estas experiencias, argumentan que la alta carga asistencial a la que son sometidos les genera estrés y disminuye el tiempo que pueden dedicarle a instancias de retroalimentación con los alumnos. Aun así, experimentan sentimientos contradictorios ya que el proceso educativo en sí, les genera satisfacción. F.C, Terapeuta Ocupacional explica esta dualidad de sentimientos:

- *“El estrés en sí mismo se vive con un estudiante, por el tiempo, por el desgaste”*
- *“Como que lo estoy disfrutando, pero al mismo tiempo quiero que se acabe”*

(F.C, Terapia Ocupacional)

Adicionalmente, la pandemia del virus SARS-CoV-2, dejó un desgaste físico y mental no resuelto en los docentes clínicos, que debieron posteriormente retomar sus labores educativas que habían sido suspendidas. Todo esto, ejerce una influencia negativa en su juicio de autoeficacia. J.G resume su estado post- pandemia de la siguiente forma, exponiendo las actitudes que adopta cuando percibe que está superando los límites de un estado de salud físico y mental adecuado:

- *“Sentía que mi autopercepción de la docencia no era buena”*
- *“Cuando me percibo mal prefiero hacer un alto”*

(J.G, Enfermería)

e) Dominio profesional.

A diferencia de un profesor de aula, el docente clínico es periódicamente observado por sus estudiantes en el desempeño de su labor profesional. Es así, que los educadores mencionan que los alumnos prestan atención al avance o retroceso de los pacientes bajo los cuidados o tratamientos empleados por el trabajador de la salud y en cierta forma piensan que esto les entrega un cierto grado de validación ante sus pupilos sobre su rol. Todo esto, según relatan, condiciona el juicio que tienen sobre su capacidad de enseñar de manera positiva. A modo de ejemplo, J.L trasmite como los alumnos la juzgan y le entregan retroalimentaciones positivas sobre su rol como profesional al ver como sus paciente mejoran, legitimando su dominio y aceptándola como una figura confiable de cuál recibir instrucciones:

- *“Creo que ver a los pacientes felices, ósea que cuando empiezan a ver mejorías”*
- *“Cuando uno nota cambios en los pacientes ellos te lo dicen”*

(J.L, Fonoaudiología)

f) Vocación educativa.

El agrado, entusiasmo o interés que sienten al experimentar la docencia es otro factor que condiciona, según los docentes clínicos, el juicio que tienen sobre su capacidad de enseñar. Para ilustrar este tema, para Y. S no es suficiente la vocación profesional sino debe complementarse con la vocación por la docencia, sumado al interés genuino por el tema que se enseña:

- *“¡Es que te guste!, que te guste enseñar y que te guste tu carrera y te guste lo que estás enseñando”*

(Entrevista a Y.S, Nutrición y Dietética)

Para otros docentes, tiene un sentido más extenso y profundo. J.G destaca el compromiso que tiene con la educación pública relacionándolo directamente con la población a la que van dirigida las atenciones en este centro de enseñanza. Es por esto, que desea mejorar su capacidad de enseñar:

- *“La necesidad socioeconómica de nuestro país, dar cuenta que hay una población muy vulnerable y que necesita buenos profesionales y por lo tanto necesita buenos formadores de esos profesionales”*

(J.G, Enfermería)

También F.M le da importancia a este compromiso y el deseo de aportar a la sociedad a través de su enseñanza. Refiriéndose a él, señala:

- *“Me gustaría ser parte de ese grupo, dejar algo de trascendencia, de que esa persona pudo influir en mi vida y aportó un granito de arena. Esa trascendencia es súper relevante y eso a mí me llena mucho”*

(Entrevista a F.M, Medicina)

### III. Repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de enseñanza.

Para los docentes clínicos la autoeficacia no sólo tiene determinantes, sino también consecuencias en varios dominios de los procesos educacionales que se desarrollan dentro de este hospital, por lo que resulta necesario describir, interpretar y discutir la información espontáneamente entregada.

Todas las reflexiones sobre las repercusiones mencionadas fueron agrupadas, para mejorar su descripción y comprensión bajo el modelo heurístico de la autoeficacia docente de Zee (2016) que incluyen las acciones de instrucción, adaptación académica de los estudiantes y el bienestar docente (Figura 2):

a) Repercusiones de la autoeficacia sobre los procesos educativos.

i) Apoyo educativo.

Se refiere al efecto de la autoeficacia docente sobre las conductas prácticas y estrategias educativas que emplean los maestros para fomentar el desarrollo de los estudiantes.

En este punto, los docentes señalan que su juicio de autoeficacia ha ido evolucionando, permitiéndoles cambiar el foco de su interés y generar perfeccionar o flexibilizar el cúmulo de estrategias de enseñanza que poseen. Todo esto, se lo transmiten a los alumnos con el objetivo de propiciar el aprendizaje exitoso en un contexto educativo de atención real de pacientes, como es este hospital de enseñanza. K. S relata los cambios que ha experimentado aplicados al apoyo educativo de los estudiantes, a medida que ha ido creciendo su juicio de autoeficacia:

- *“La K\* de hace 7 años se centraba en el conocimiento duro, que con el tiempo me di cuenta de que no era lo que mejor funcionaba y no era el camino”*
- *“Les hago hincapié en ser más analíticos, estudiar frecuentemente lo que ven y flexibilizar y abrir su mente”*
- *“Les facilitó todo para que aprendan en el fondo”*

(K.S, Fonoaudiología)

ii) Organización de la clase.

Es necesario para los docentes, en su ambiente educativo, tener la capacidad de organizar y administrar el tiempo junto con sus conductas, dentro del período asignado al internado.

En este punto, señalan que son capaces de acondicionar las estrategias y el tiempo a la singularidad de cada alumno, pudiendo manejar dentro de ciertos estándares aceptables, sus comportamientos problemáticos o debilidades de conocimientos teóricos. Por ejemplo, A.O comenta una estrategia que utiliza durante el internado y sus repercusiones:

- *“Una estrategia que ocupada harto...Todas las semanas leer el programa con el alumno”*
- *“Encuentro que eso te ayuda, estar recordando que lo que más o menos debería manejar según tu experiencia a través de los años”*
- *“Te evita la frustración de repente de preguntarle cosas y no tiene idea...de repente claro es porque todavía no tocó algunos aspectos quizás más básicos”*

(A.O, Kinesiología)

iii) **Apoyo emocional a los alumnos.**

Es importante para los docentes establecer relaciones de confianza con los estudiantes, reconocer sus opiniones y sentimientos, creando entornos en los que los estudiantes se sientan seguros para explorar y aprender.

Al respecto, comentan que su juicio de autoeficacia les ha permitido tener como objetivo la búsqueda de la generación de un vínculo cercano entre maestro y estudiante, basado en la confianza. Esto les ha proporcionado una comunicación efectiva y sincera que culmina con una mejor resolución de los problemas evidenciados por el alumno durante la práctica dentro del centro. Además, declaran que se preocupan de que el alumno se sienta incluido en las actividades diarias de su respectiva labor, siendo además capaces de detectar con mayor facilidad a través de los años de experiencia, alteraciones emocionales que

podieran interferir en su desempeño. Como muestra de esto, Y.A destaca la importancia que tiene la forma de comunicar las cosas y las repercusiones que tuvieron en una estudiante:

- *“Yo creo que las palabras son lo mejor que puedes hacer”*
- *“Le dije: por favor continúa porque quedan muchas prácticas más, entonces la idea es que ella empezó a hablar más, y le daba menos vergüenza las cosas”*

(Entrevista a Y.A, Nutrición y Dietética)

b) Repercusiones de la autoeficacia docente sobre la adaptación académica de los estudiantes.

i) Logros académicos.

Las experiencias vividas por cada docente clínico han formado una creencia dicotómica sobre la repercusión de su autoeficacia docente sobre los resultados académicos de los estudiantes.

Algunos docentes creen que una calificación alta de la autoeficacia guarda estrecha relación con los resultados de los alumnos. Una de las razones que se indican es la relación con la seguridad en la toma de decisiones o seguir determinadas estrategias a la hora de afrontar un proceso de enseñanza dentro de la práctica de la docencia clínica. J.L lo relaciona con la transmisión de un estado de seguridad y de la libertad que eso genera en el alumno:

- *“Si uno cree que no lo está haciendo bien igual eso se transmite al alumno”*
- *“Si uno está seguro de lo que está haciendo, seguro de lo que está enseñando el alumno se siente con la seguridad y la libertad de desarrollarse profesionalmente”*

(Entrevista a J.L, Fonoaudiología)

A.F habla de confianza y miedo, uniéndolo a los juicios que ha tomado en estos estados:

*“Creo que cuando uno hace las cosas con un poco más de confianza y convicción a cuando uno lo está haciendo siempre temeroso o dudando mucho, esas cosas pueden nublar mucho el juicio. No te permiten ver bien o hacer un buen análisis de lo que está ocurriendo a tu alrededor”*

(Entrevista a A.G, Fonoaudiología)

Por otro lado, otros apuntan a que estas dos variables no tienen ninguna relación, declarando que la mayor responsabilidad de obtener resultados exitosos dentro del proceso de aprendizaje está determinada por una multiplicidad de factores y en especial al trabajo del alumno.

Se puede citar a F.M, Terapeuta Ocupacional quien ejemplifica esto y señala los límites de su actuar como docente:

- *“Yo creo que no tiene ninguna relación, no porque yo tenga buenas habilidades significa que al alumno le va a ir bien”*
- *“No puedo trabajar con algo o alguien que no tiene la base, entonces frente a eso da lo mismo las habilidades que yo tenga creo yo, porque escapa de algo que pueda manejar”*

(F. M, Terapia Ocupacional)

## ii) Motivación del estudiante.

A través de las experiencias que han tenido los docentes, se han dado cuenta de que la motivación de los estudiantes puede ser propiciada de distintas formas. Es así, como mediados por su autoeficacia son capaces implementar estrategias, como por ejemplo buscar puntos de interesantes de los cuadros clínicos vistos, para incentivar en su discusión a los alumnos. También son avezados en percibir con mayor facilidad sus estados de ánimo. Como muestra de esto F. M, Médico, declara:



- “Los internos se interesan, preguntan más...*de repente parten con sueño, pero a medida que vamos avanzando en los casos clínicos ven cosas que les interesan*”
- “*Se van activando en ese sentido, entonces eso se ve, se puede percibir super fácil, los chiquillos preguntan más, son super busquillas, comentan entre ellos, buscan cosas previo, entonces percibo de alguna forma que es bien recibido*”

(Entrevista a F.M, Medicina)

c) Repercusiones de la autoeficacia docente en el bienestar de los docentes.

i) Aspectos positivos.

Según lo señalado por los participantes, los factores determinantes de su autoeficacia docente, como son las experiencias individuales como docente clínico, retroalimentaciones positivas, vocación educativa y dominio profesional han sido relacionados positivamente a los sentimientos de alegría y satisfacción laboral, comentando que sirven como un factor protector para su permanencia en la institución y en sus labores. Además, ha impulsado a algunos a mantenerse actualizados en los temas referentes a su quehacer diario y los aleja de la monotonía laboral:

- “*El poder enseñar a alguien, formar o guiar, demanda tener muchas capacidades y de esas creo tener varias*”
- “*Las mismas experiencias con los estudiantes son las que más me han empujado y me han hecho y me han hecho seguir .. yo creo que si no tuviera esta autopercepción de eficacia lo hubiese dejado hace tiempo*”

(Entrevista a J.G, Enfermería)

Para Y.A, también fue un factor protector en lo emocional. Al pasar por momentos difíciles menciona:

- “*En la parte emocional se me olvidaba, tener alumnas me ayudó mucho*”

(Entrevista a Y.A, Nutrición y Dietética)

ii) Aspectos negativos.

Las repercusiones negativas que han tenido factores como la pandemia, la alta carga asistencial y otras problemáticas dentro del recinto hospitalario han deteriorado su juicio de autoeficacia y sus conductas, adoptando en algunos casos actitudes más rigurosas menoscabando la relación maestro-alumno, junto con el esfuerzo y la dedicación a su labor. Se pueden citar varios ejemplos:

- *“Soy super cuadrado en muchas cosas, y la desestructura en mi vida cotidiana y en mi rutina...¡Oh! me estresa mucho mucho mucho!. Y un estudiante viene a desestructurar tu labor hospitalaria y yo creo que eso me afectaba”.*

(Entrevista a F.C, Terapia Ocupacional)

- *“Si daba más yo me iba a enfermar, entonces fue: ya con esto está bien”*

(Entrevista a F.M, Terapia Ocupacional)

- *“El cansancio físico como afecta mi percepción, porque me doy cuenta cuando ando malhumorado o cuando mis límites son más rigurosos con ciertos estudiantes, dado mi cansancio, mi sueño”*

(Entrevista a J.G, Enfermería)

#### 10.2.2 Síntesis de los resultados.

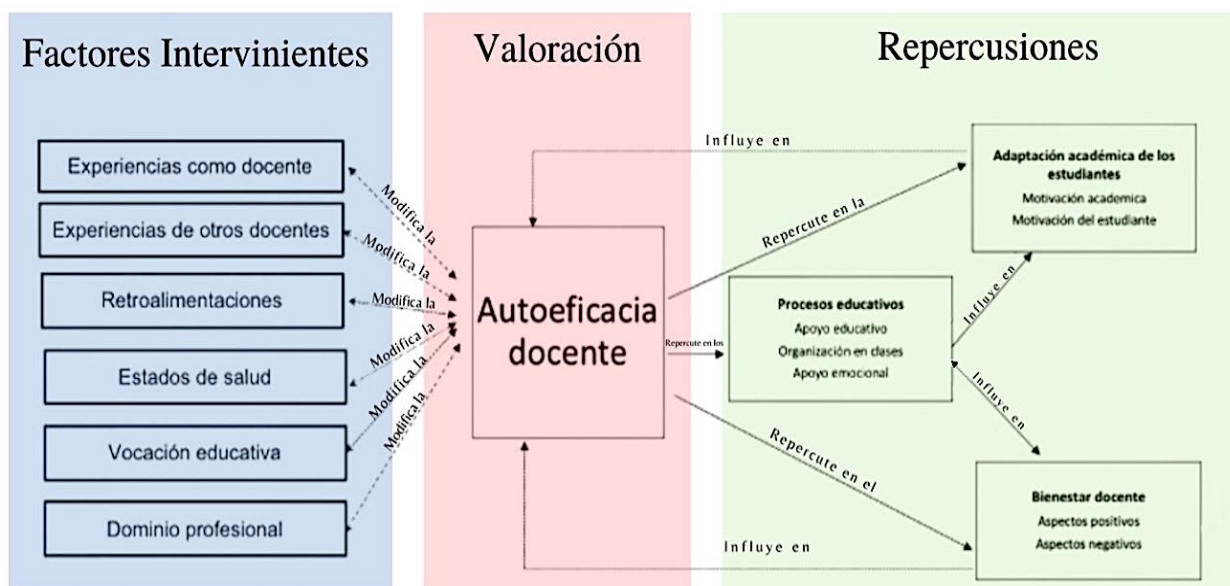
A modo de resumen, expuestos los resultados de análisis fenomenológico interpretativo, se puede sintetizar en una figura, la posible relación entre los tres temas expuestos relativos a la autoeficacia docente, según las experiencias vividas por este grupo de profesionales de la salud (Figura 4).

Es así, que para ellos existirían 6 factores que modificarían positiva o negativamente la valoración que hacen sobre su capacidad de enseñar (autoeficacia docente) a lo largo de su carrera educativa. Estas serían: las experiencias individuales como docentes clínicos, las

experiencias observadas o vistas de otros docentes, las retroalimentaciones que han recibido, los estados de salud vivenciados durante su labor educativa, el dominio profesional y la vocación educativa que poseen.

Es por esto, que según sus relatos este sería un juicio fluctuante, dado que puede aumentar o disminuir; específico, ya que es aplicado solo a la docencia y no a otros ámbitos; multifactorial, dados los factores intervinientes expuestos, y evolutivo ya que existiría cierta parte de esta construcción mental que tiende a consolidarse producto de los años de dedicación a la docencia. Más aún, la valoración de la autoeficacia de cada uno de los docentes, también tendría repercusiones positivas o negativas sobre los procesos de enseñanza, como serían los procesos educativos en sí (apoyo educativo, organización de la instrucción, apoyo emocional), la adaptación académica de los alumnos (motivación y logros) y el bienestar docente (aspectos positivos y negativos como satisfacción, estrés, cansancio).

**Figura 4.** Síntesis de las relaciones heurísticas entre los factores intervinientes, valoración y las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de enseñanza que ocurren dentro del Hospital San José.



Elaboración propia, basado en el modelo heurístico de la autoeficacia docente y su relación con los procesos educativos, adaptación académica de los estudiantes y el bienestar docente (Zee, 2016.)

## **11. Discusión.**

El procesamiento y análisis de toda la información obtenida en el apartado anterior permitió establecer un número significativo de temas que respondieron a la pregunta de investigación principal: ¿Cómo se comprenden los factores intervinientes en el juicio de autoeficacia según los relatos y juicios emitidos por las y los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022?

En primer lugar, en lo relacionado con el tema de valoración de la autoeficacia docente los profesionales comenzaron calificándola de manera global e intuitiva en un nivel aceptable.

Dentro de la literatura se señala que la autoeficacia funciona como una variable de motivación intrapersonal y es considerada un aspecto central de la acción humana, reflejada en varios aspectos positivos del ambiente de clases, como son los procesos educativos, la adaptación académica de los estudiantes y el bienestar de los docentes (Skaalvik & Skaalvik, 2007; Zee, 2016).

Además, los participantes recalcaron su propiedad evolutiva, específica y cíclica, pudiendo aumentar o disminuir, según la variación de las influencias positivas o negativas que sufre el individuo durante su experiencia como profesor.

Al respecto, varios autores concuerdan señalando que este tipo de características psicológicas pueden variar a lo largo de la carrera docente. También mencionan que el nivel alcanzado podría determinar, para cada individuo, los resultados esperados y logrados en cada punto particular de su vida (Klassen y Chiu, 2011; Zimmerman, 2000; Usher & Pajares, 2006).

Como segundo tema de la autoeficacia docente, se adicionaron los factores intervinientes que contribuyen a la estructuración de este juicio en cada uno de los docentes clínicos de este centro.

El primer subtema denominado experiencias individuales como docente clínico fue uno de los primeros determinantes del juicio de autoeficacia de los participantes.

Al considerar lo expuesto y contrastar el tema obtenido con los factores intervinientes del juicio de autoeficacia planteados en la literatura, resalta la posible existencia de una analogía con el factor teórico denominado experiencias de dominio, referido a las experiencias donde el individuo desarrolla una conducta determinada que culmina en un resultado exitoso.

Posteriormente, otros autores señalan que en el contexto educativo estas experiencias corresponden a la selección de los patrones conductuales que han sido utilizados por los docentes durante su carrera educativa (Furtado Nina & cols., 2016). Adicionalmente, otros investigadores precisaron que este tipo de experiencias son catalogadas como la fuente más influyente en el juicio de autoeficacia porque entregan evidencia directa de los recursos individuales necesarios para lograr un objetivo determinado (Artino, 2012).

Se suma lo señalado por Zimmerman, quien plantea en uno de los modelos más importantes de aprendizaje autorregulado pensados en un ambiente académico, que la autoeficacia juega un rol esencial como subproceso dentro de las experiencias de cada individuo al enfrentarse a una tarea. Concretamente, esto ocurre en la etapa de previsión de esta teoría cuando el individuo se prepara activamente para entender las futuras actividades, estableciendo estrategias metacognitivas específicas para desenvolverse en ellas y donde además pone en marcha sus creencias de motivación propia, que incluyen a la autoeficacia, junto con las expectativas de resultados, interés en la tarea y orientaciones hacia la meta. También señala en su modelo multinivel, que el individuo podría realizar cambios personales y de las condiciones ambientales dentro de este proceso de autorregulación cíclico (Zimmerman, 2000, 2009). Es así, que esta secuencia de pensamiento donde participa la autoeficacia docente, se lleva a cabo innumerables veces durante las actividades educativas de estos profesionales de la salud, entregando gran cantidad de información sobre sus recursos y pudiendo explicar el fortalecimiento de la capacidad de adaptación de sus conductas. En consecuencia, esto culminaría en una matriz flexible de comportamiento que tendería a consolidarse a través de los años.

Otro modelo de autorregulación importante es el de Pintrich, que también sitúa a la autoeficacia en la fase de previsión, pero demarcada en el área regulación de la motivación y los afectos.

Esta área corresponde a las creencias motivacionales que el individuo posee sobre ellos mismos en relación con una tarea e incluye al juicio de autoeficacia.

De manera distintiva, señala que en los procesos de autorregulación, existirían reflexiones no solo sobre las justificaciones y la calidad de las capacidades, sino que también de las emociones experimentadas durante una determinada tarea, como podrían ser las actividades diarias de enseñanza de los docentes clínicos. Estas estrategias de autorregulación motivacional incluirían intentos de controlar la autoeficacia mediante el uso de un diálogo interno positivo, que se utiliza para reforzar este juicio y que podría relacionarse con el contenido de las reflexiones expuestas por los profesionales de la salud en este estudio (Pintrich, 2004).

En segundo lugar, se evidenció otro determinante de importancia como son las retroalimentaciones que reciben los guías clínicos, dando mayor relevancia a los comentarios efectuados por alumnos. Esto se debe, a que estas palabras recibidas, validan su rol como educadores y son un catalizador en la búsqueda de conocimientos en su área profesional y en la dimensión relativa a la enseñanza. A su vez, en el plano teórico, este tipo de comentario junto con los obtenidos de pares o superiores podrían englobarse en el denominado factor de persuasión verbal, definido como una transferencia de confianza desde un interlocutor a otro, fomentando el perfeccionamiento del manejo de un determinado tipo de situaciones.

Por otro lado, cuando el docente de este hospital de enseñanza adquiere experiencia, relatan que filtran, racionalizan y analizan de manera más objetiva este tipo de comentarios, afectando en menor medida que antes su juicio de autoeficacia, pudiendo establecerse como una construcción psicológica que se va consolidando a través del tiempo, dado los estímulos adecuados. Otros autores afirman al respecto, que la retroalimentación como forma de persuasión verbal, es uno de los factores más influyentes, como medio para cumplir con estándares específicos, ya que proporciona información sobre el desempeño actual de una persona y carencia de estas instancias, afectaría nocivamente el aprendizaje incluso en profesores capacitados (Prilop & cols., 2021). Tschannen-Moran & McMaster (2009), también enfatizaron en su importancia como parte del desarrollo de la autoeficacia en los docentes, demostrando que su mejoría más significativa, se logró en las personas que recibieron retroalimentaciones posterior a sus

experiencias de dominio. En el mismo sentido, Klassen y Tze (2014), señalan que la retroalimentación es efectiva cuando se utiliza para canalizar la información con el objetivo de mejorar la autoeficacia.

En tercer lugar, otros determinantes de la autoeficacia fueron las experiencias de otros docentes, resaltando las vivencias significativas con profesores que sirvieron de modelo conductual, tanto positivo como negativo, para los profesionales de la salud, desde su etapa de estudiantes. Además, esta categoría se relacionaría con el factor teórico de experiencias vicarias, que se refiere al aprendizaje visto como adquisición o fortalecimiento de una conducta producto de la observación de los denominados "*modelos*". Al respecto, Pintrich (2004) declara que otras personas juegan un rol en los procesos de autorregulación de cada individuo, mediante los comentarios que podrían guiar la dirección, forma, tiempo y la secuencia de ejecución de alguna tarea específica.

En cuarto lugar, aparecieron los estados de salud de los docentes, que repercuten negativamente sobre su autoeficacia, apuntando específicamente al desgaste físico y mental. Esto conlleva un cambio conductual negativo o la sensación de incapacidad de seguir desarrollando sus labores educativas. Teóricamente, también se señala que estos estados físicos y mentales son determinantes del juicio de autoeficacia.

En relación con esto, Bandura señala que corresponden a las respuestas orgánicas o emocionales al afrontar una determinada labor. Es así, que los estados emocionales optimistas aumentan la autoeficacia y el estado de ánimo pesimista la reducen (Bandura, 1977,1999). También se indica que las personas con baja autoeficacia que sufren estos sentimientos de ansiedad durante alguna tarea lo interpretan como un signo de vulnerabilidad, por lo que tienden a ser más conservadoras y debilitan su capacidad de adaptación a situaciones difíciles.

Por otro lado, las personas que creen poder controlar estas situaciones no expresan gran cantidad de pensamientos negativos y no se detienen hasta alcanzar el objetivo que se han fijado (Kent, 1987).

En esa misma línea, investigaciones más recientes describen a la docencia como una ocupación estresante. En este sentido, el estrés docente se define como una emoción negativa producida por la enseñanza y que se asocia con una mala relación profesor-alumno, baja autoeficacia, baja eficacia docente y exceso de trabajo (Kyriacou, 2001, Klasen 2011).

En específico, los docentes que relatan que sus factores estresantes eran controlables reportaron menor cansancio emocional. Pero, aun así, cabe destacar que aquellos que atribuyeron su estrés solo a situaciones internas demostraron niveles altos de síntomas de enfermedades, agotamiento y despersonalización aumentando su probabilidad de renunciar a práctica de la docencia. Por esto, resaltan los inconvenientes que pueden surgir en el momento en que los docentes se responsabilizan por completo de su grado de estrés sin encontrar algún elemento externo que pueda atenuarlos (Wang, 2015).

Por último, surgieron otros factores determinantes de la autoeficacia en este grupo particular de docentes, no mencionados en la teoría social cognitiva, pero que en la actualidad destacan como elementos decisivos en la construcción de un buen docente como son el dominio disciplinar y la vocación educativa. Acerca de esto, Bandura describe que el individuo debe tener un conocimiento mínimo sobre la actividad que está desarrollando. Esto le permite regular la cantidad, tiempo y acciones para alcanzar su objetivo (Bandura, 1987). También, en estudios actuales se menciona que el dominio disciplinar se debe complementar con una amplia experiencia profesional y educativa (Hernández Jáquez, 2018). Se suma a lo anterior, el convencimiento de poseer las capacidades necesarias para desarrollar una enseñanza óptima (Jerez -Yáñez & cols., 2016). Esto último, podría relacionarse con el juicio de autoeficacia ya que la baja creencia en sus capacidades de enseñar, podría alejar al profesor de desenvolverse adecuadamente dentro de su práctica de la docencia, a pesar de tener todas las cualidades disciplinares y pedagógicas que requiere su cargo.

Por último, al analizar el tema de las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos educativos destacan varios aspectos a discutir.



En primer lugar, en relación con el apoyo educativo los docentes clínicos notaron que su autoeficacia docente ha evolucionado, permitiéndoles generar o refinar su conglomerado de estrategias de enseñanza. Sumado a esto, refieren que a medida que avanzan en su carrera educativa sus objetivos de enseñanza se vuelven más claros y son capaces de formular preguntas mucho más atinentes a los alumnos, para ampliar la comprensión de las problemáticas que surgen durante su práctica. Todo esto se hace para promover un aprendizaje exitoso de los estudiantes en un entorno educativo de atención real como es este hospital.

Al respecto la literatura señala, que los docentes con alta autoeficacia son capaces de implementar formas de instrucción nuevas, específicas y más congruentes con su contexto educativo, buscando incentivar el desarrollo de habilidades metacognitivas y pensamiento crítico en los estudiantes. No solo eso, cambian el foco de sus preocupaciones, orientadas principalmente al cambio en su quehacer pedagógico, más que un enfoque orientado solamente a resultados o tareas (Zee, 2016).

Por otro lado, los docentes hablaron de involucrar a los alumnos en desarrollar habilidades de orden superior, lo que podría concordar con el concepto de “*activación cognitiva*” que es la capacidad del docente de incentivar a los estudiantes en la movilización de habilidades metacognitivas en tareas desafiantes, estimulando la exploración de ideas, conceptos y conocimientos (Buric, 2020).

En segundo lugar, en lo que concierne al tema de adaptación académica de los estudiantes destacan dos puntos importantes.

En lo que respecta al subtema de logros académicos y en específico a la relación del juicio de autoeficacia con los resultados académicos de los estudiantes, existe una dicotomía entre los profesionales de la salud, considerando algunos que no tienen ninguna relación y otros mencionan que es uno de los factores determinantes del éxito de los procesos de aprendizaje de los alumnos.

En los estudios referentes a este tópico ocurre algo similar, pero solo considerando a docentes de aula. Es así, como poseer una formación académica como por ejemplo certificaciones de postgrado, universidades de egreso, títulos avanzados no se ha relacionado directamente con los resultados académicos de los estudiantes (Hanushek & Rivkin, 2006). Más bien, se han encontrado vínculos más estrechos con la motivación y eficacia docente (Klasen, 2014). Dentro de este tema, la autoeficacia se reconoce no sólo como un activador de procesos cognitivos, sino también como un gatillante de aspectos motivacionales y afectos, es así como se ha considerado como un predictor relevante la eficacia docente entendida como los efectos de los comportamientos docentes en el aula sobre el aprendizaje de los estudiantes (Klasen, 2014). Una de las causas que podrían explicar esto es, que altos niveles de autoeficacia les brinda a los docentes una actitud más positiva, mayor esfuerzo y compromiso permitiéndoles optimizar sus lecciones y maximizar los logros de aprendizaje de los estudiantes (Kim & Cho, 2014; Zee, 2016). En Chile, Abarza (2018) destaca la relación positiva entre los docentes con altos niveles de autoeficacia y sus puntajes en las evaluaciones como docentes de las profesiones médicas.

Por el contrario, otros autores sólo encontraron una relación moderada entre el rendimiento académico y la autoeficacia, considerando que existen otra suma considerable de factores mediadores implicados en la obtención de buenas calificaciones (Honicke & Broadbent, 2016).

En el segundo subtema relativo a la motivación del estudiante, los docentes declaran que su juicio de autoeficacia determinado en parte por su vocación educativa y dominio profesional condiciona la valoración del alumno hacia ellos y motiva a algunos en la adquisición de las habilidades necesarias para su desempeño óptimo en el ambiente real de atención de pacientes. Al respecto, en los estudios se sugiere que la autoeficacia docente influye en la motivación de los estudiantes. Esto se debe a que los docentes con mayor sentido de autoeficacia entregan mayor confianza, opciones y control de su aprendizaje a los alumnos lo que incentiva la participación más activa de estos durante las sesiones educativas (Buric, 2020). Siguiendo con otra serie de relaciones, se han encontrado vínculos positivos entre la motivación docente, evaluaciones docentes, motivación de los estudiantes y rendimiento de los estudiantes. La autoeficacia en este caso se inserta en modelos actuales de autorregulación específicamente áreas de motivación, cuando consideran que participan activamente en este cúmulo de creencias

que influyen en el individuo para lograr objetivos que considera valiosos (Pintrich 2004, Klasen 2014).

Por último, al analizar el subtema de bienestar de los docentes destacaron aspectos positivos y negativos.

Es así, como los factores experiencias personales, retroalimentación positiva, vocación educativa y dominio profesional de los profesionales de la salud, han repercutido positivamente en su juicio de autoeficacia docente permitiéndoles disfrutar, alegrarse y servir como protector de permanencia en sus labores como docente clínico.

Al respecto, coincide con lo señalado en las investigaciones donde algunos estudios declaran que el nivel de bienestar psicológico y físico se ve influenciado por juicios como la autoeficacia. Es así, como los docentes con mayores niveles de autoeficacia tienden a sentirse menos agobiados, agotados y despersonalizados de su labor, y con mayores niveles de realización a lo largo de su carrera, en relación con los educadores con menos autoeficacia. Probablemente, esto ocurre debido a su satisfacción al evidenciar el crecimiento cognitivo en los estudiantes a medida que avanzan en su proceso de aprendizaje, como podría ser el caso de este grupo de profesionales de la salud que se dedican a la docencia clínica (Zee, 2016; Wang 2015; Klassen y Chiu, 2011).

Por otro lado, situaciones como la pandemia, la alta carga asistencial y otros problemas en el complejo hospitalario, afectaron negativamente sus índices de autoeficacia, afectando negativamente su comportamiento y en algunos casos adoptaron un abordaje más estricto con sus alumnos su relación con los alumnos.

En relación con esto, la literatura señala que se puede considerar el estrés como un efecto negativo producto del trabajo como docente, particularmente cuando las demandas son captadas como superiores. Las consecuencias de esta carga por un periodo prolongado de tiempo pueden causar agotamiento e insatisfacción laboral pudiendo culminar en la deserción. Todo dependerá de los recursos externos e internos que posea el docente para afrontar dichos desafíos, dentro de los cuales la autoeficacia tiene un rol principal, relacionándose como un factor protector contra

el agotamiento (Skaalvik & Skaalvik, 2007). Por último, Troesch (2017) encontró que la autoeficacia en docentes es un fuerte predictor del estrés laboral explicando que dependiendo de cómo los docentes juzgan sus habilidades y capacidades (positiva o negativamente) es como determinarán su interpretación acerca de las demandas a las que son sometidos, pudiendo hacer o no frente a ellas.

## **12. Conclusiones.**

En definitiva, en este estudio se pudo responder a la pregunta principal y alcanzar el objetivo de comprender los factores determinantes atribuidos a la autoeficacia según las propias creencias, vivencias y reflexiones de los docentes clínicos del hospital San José durante los años 2021-2022.

Inicialmente, en lo que se refiere a la autoeficacia docente, los profesionales la calificaron de manera global e intuitiva en un nivel aceptable. Además, recalcaron su propiedad evolutiva, específica y cíclica, pudiendo aumentar o disminuir, según la variación de las influencias positivas o negativas de los siguientes factores determinantes:

En primer lugar, se mencionaron las experiencias personales vividas por los profesionales de la salud como docentes clínicos que les han permitido crear, modificar o perfeccionar sus estrategias de enseñanza, a la hora de afrontar nuevos procesos de aprendizaje de los alumnos. Estos cambios se atribuyen principalmente a acontecimientos significativos o situaciones particulares con alumnos claves, que incentivaron una serie de reflexiones reiterativas a través de su carrera educativa.

Junto con lo anterior, esta categoría se contrastó con lo expuesto en la teoría social cognitiva, pudiendo existir una concordancia con el factor teórico denominado experiencias de dominio. Posteriormente, otros autores también insertaron a la autoeficacia en nuevos modelos de autorregulación describiéndola como un factor principal en las etapas de previsión donde se escogen las estrategias metacognitivas para afrontar una tarea o situándose en el área de la motivación o afectos, como una de las creencias motivacionales que el individuo posee y aplica antes de emprender una nueva tarea, pudiendo condicionar sus resultados. Además, se relacionó

con lo expuesto por otros investigadores donde precisan que este tipo de experiencias son catalogadas como la fuente más influyente en el juicio de autoeficacia porque entregan evidencia directa de los recursos individuales necesarios para lograr un objetivo determinado.

En segundo lugar, se evidenció otro determinante de importancia como son las retroalimentaciones que reciben los guías clínicos de este centro de enseñanza, dando mayor relevancia a los comentarios efectuados por alumnos. Esto se debe a que estas palabras recibidas, validan su rol como educadores y son un catalizador en la búsqueda de conocimientos en su área profesional y en la dimensión relativa a la enseñanza. A su vez, en el plano teórico, este tipo de comentario junto con los obtenidos de pares o superiores podrían englobarse en el factor denominado persuasión verbal descrito en la teoría social cognitiva. En la actualidad, se señala que la ausencia de este tipo de instancias reflexivas posteriores a la ejecución de las actividades de enseñanza, afectaría nocivamente el aprendizaje del profesor, incluso en los más capacitados. Por el contrario, mejoraría la autoeficacia docente cuando de manera periódica, se utilizan estas oportunidades para canalizar información relevante que los ayudaría a perfeccionar sus estrategias y actitudes como profesor.

En tercer lugar, otros determinantes fueron las experiencias de otros docentes, donde los profesionales de la salud resaltaron las vivencias significativas con profesores que sirvieron como sus modelos conductuales, tanto positiva como negativamente, desde su etapa de estudiantes. Además, esta categoría se relacionó con el factor de la teoría social cognitiva denominado experiencias vicarias, donde los individuos aprenden ciertas conductas imitando a sujetos relevantes en sus vidas. A su vez, nuevos modelos describen que este tipo de experiencias con otras personas, participan modulando la dirección, forma y secuencia en la ejecución de alguna tarea específica que realiza cada individuo.

En cuarto lugar, aparecieron los estados de salud de los docentes, que repercuten directamente sobre su autoeficacia, apuntando al desgaste físico y mental como elementos mitigantes de su juicio. Al respecto, señalan que sentimientos de ansiedad y cansancio son interpretados como signos de debilidad e impiden a los docentes adaptarse o sobrellevar la práctica diaria de la docencia clínica, determinando una disminución de su juicio de autoeficacia. Esto conlleva un

cambio conductual negativo o la sensación de incapacidad de seguir desarrollando sus labores educativas.

Asimismo, en la literatura se ha formado un consenso al categorizar a la docencia como una ocupación estresante y además se han relacionado los bajos niveles de autoeficacia con agotamiento, despersonalización y aumento de probabilidades de renunciar por parte de los docentes.

Por último, se describieron otros factores determinantes emergentes de la autoeficacia en este grupo particular de docentes, no mencionados en la teoría social cognitiva, como son el dominio disciplinar y la vocación educativa, pero que en la actualidad se describen como elementos básicos y decisivos para desarrollar una enseñanza óptima.

Finalmente, surgieron las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de aprendizaje de los alumnos que ocurren en este centro hospitalario, como son los procesos educativos, la adaptación académica de los estudiantes y el bienestar de los docentes.

En lo que respecta a los procesos educativos, los educadores señalan que les ha permitido perfeccionar sus estrategias de enseñanza e involucrar más a los alumnos en el desarrollo de habilidades de orden superior, todo esto en concordancia con lo expuesto en la literatura donde se agrupan en los conceptos de activación de habilidades metacognitivas y activación cognitiva respectivamente.

En lo que se refiere a la adaptación académica, existe una dicotomía entre los profesionales de la salud frente a la relación de la autoeficacia docente con los resultados académicos de los estudiantes. Algunos argumentan que existe una multiplicidad de factores por lo que, por sí sólo, este juicio no tiene injerencia mientras que otros mencionan que es un factor determinante en la obtención de buenas calificaciones por parte de los alumnos, concordando con lo expuesto en las investigaciones actuales referentes a este tópico.

Por otra parte, si consideraron al juicio de autoeficacia como una influencia positiva en la motivación de los alumnos.

Por último, en lo que respecta al bienestar docente, los docentes relacionaron aspectos positivos de la autoeficacia con su satisfacción y permanencia en su labor educativa coincidiendo con investigaciones que relacionaron esto con menor agotamiento, menor despersonalización y mayores niveles de sentimientos de realización como educadores.

Por otro lado, como puntos negativos, eventos como la última pandemia, la alta carga asistencial y otros problemas, disminuyeron en cierta medida su autoeficacia docente propiciando en algunos estados de agotamiento e insatisfacción, validando lo expuesto en investigaciones que mencionaron a la baja autoeficacia docente como un fuerte predictor de estrés laboral, dependiendo de cómo los docentes interpreten sus nuevos desafíos.

Para concluir, esta investigación se enfocó en indagar en uno de los múltiples aspectos psicológicos propios de los docentes que conducen actividades educativas. Dentro de ellos, se incluyen los esquemas de pensamiento que abarcan el campo de los juicios, teorías e ideologías personales sobre las estrategias e intervenciones inherentes a la enseñanza.

De manera particular, se buscó la comprensión de los significados que los profesionales de la salud le dan a sus experiencias como docentes clínicos, profundizando en los factores que intervienen en la construcción y evolución de su juicio de autoeficacia. No solo eso, se expuso las relaciones que hacen de estos factores, con la valoración de su propia capacidad para enseñar y las repercusiones sobre los procesos de enseñanza como lo son: el apoyo educativo, organización, niveles de motivación y logros académicos de los estudiantes, junto con el bienestar de los docentes.

Todo lo expuesto, resulta de importancia al considerar que la arquitectura mental de los docentes es compleja y susceptible a los estímulos que recibe del ambiente donde desarrolla sus labores. Si es capaz de interpretar estos impulsos de manera adecuada, podrían ser un catalizador del perfeccionamiento de sus cualidades emocionales y conductuales aplicadas a la enseñanza. Por supuesto, estas habilidades son valoradas positivamente por los estudiantes y podrían derivar en mejoras significativas en la adquisición de los resultados esperados en ellos. Sin embargo, sin una guía oportuna, podrían llevar al educador a omitir o malinterpretar las estrategias y

conductas que han adoptado, alejándose de desarrollar competencias emocionales y actitudinales idóneas, que han sido relacionadas con la excelencia y el profesionalismo docente.

Dicho esto, cabe considerar que la autoeficacia es una creencia factible de mejorar, dado los estímulos adecuados y por lo tanto podría incluirse en instancias formativas formales de este tipo de profesores. Es así, como no solo debe considerarse el perfeccionamiento del ámbito disciplinar de los profesionales que se dedican a la docencia clínica, sino también un fuerte desarrollo del ámbito psicológico aplicado a la pedagogía, donde se incluyen los procesos de autorreflexión y autorregulación en el cual participa como unos de los ejes principales la autoeficacia.

### **13. Limitaciones.**

Cabe señalar que, dado el diseño de estudio planteado en esta investigación, el análisis e interpretación de los resultados se limita solo a esta población de docentes. A su vez, debido al tipo de muestreo y número de participantes no fue posible dividir la muestra, para un análisis más profundo y específico del juicio de autoeficacia y su variación según cada profesión de la salud. También se podría enriquecer el análisis utilizando un enfoque de investigación mixto que combine la utilización de escalas validadas para medir la autoeficacia, y un enfoque cualitativo que explore en profundidad los argumentos planteados por los docentes clínicos en la construcción y desarrollo de este juicio. Junto con lo anterior, se debe considerar un número mayor de participantes de cada una de las profesiones de la salud que permitiese formular estudios más específicos de cada una de ellas. Es así, que se sugiere que futuros estudios aborden esta temática en otros centros de salud , que permitiesen exponer las similitudes o diferencias de la información obtenida en este hospital de enseñanza.

### **14. Proyecciones e implicancias.**

Dicho esto, en términos generales resulta imperativo que surjan nuevas investigaciones que se dediquen a caracterizar y profundizar en las problemáticas que surgen dentro de los centros hospitalarios que sirven de escenarios de aprendizaje de alumnos de último año de las carreras de la salud. Se podría así, explorar con mayor profundidad las experiencias vividas por los



docentes y plantear estrategias de perfeccionamiento adecuadas al contexto donde se desarrollan. En específico, mejoras en la estructuración de los programas educativos compartidos por las universidades y sus centros asistenciales de práctica clínica, que incluyan instancias que incentiven los procesos de autorreflexión y autorregulación sobre las tareas y actividades de enseñanza que son ejecutadas periódicamente por los docentes.

En lo que respecta a la autoeficacia, también son necesarias mayores investigaciones de tipo cuantitativa y cualitativa respecto de este constructo sobre todo en los docentes clínicos. Esto se debe a que este juicio ha sido considerado en la literatura internacional uno de los ejes principales del profesionalismo docente ya que está enlazado con la valorización personal que tiene el docente de sí mismo. Más aún, el desarrollo de este tipo de juicios que forman parte de un grupo de cualidades emocionales y actitudinales que son valoradas por los estudiantes en sus profesores y están directamente relacionadas a la excelencia.

En suma, todo esto resulta de importancia al comprender las responsabilidades de este grupo particular de docentes, que guían la última parte del proceso de educación universitaria, donde los alumnos de las carreras de la salud ponen en práctica, todas las competencias aprendidas durante sus años de formación de pregrado, en un escenario de atención en salud de alta complejidad, que se asemeja a cabalidad a sus futuros puestos de trabajo.

Finalmente, cabe mencionar que se han cumplido con todas las consideraciones éticas planteadas en esta investigación. Es así como se realizaron intervenciones que no implicaron riesgos físicos ni mentales para los participantes.

Con respecto a la validez científica, se declaró un objetivo claro delimitando el objeto de estudio y la población factible de estudiar.

A su vez, se mantuvo la dignidad de los individuos durante las entrevistas, respeto del vocabulario, alteridad y confort.

Además, se permitió la participación libre de los profesionales de la salud y se aseguró la privacidad y confidencialidad de sus datos personales e información recogida. Por otro lado, se

realizó una revisión por el comité evaluador del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA) y posteriormente aprobación por el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Norte.

En cuanto al consentimiento informado, se aseguró la provisión de información verbal y escrita sobre la finalidad, beneficios y libertad de decisión de los sujetos que escogieron participar en el estudio.

Finalmente, se manifestará los resultados personales a cada participante de forma privada y lo que se aprendió de la investigación en su conjunto.

## 15. Bibliografía.

1. Abarza Morales, L. (2018). Creencias de autoeficacia de docentes de la Universidad Autónoma de Chile, y su relación con los resultados de la evaluación docente *Revista de Psicología* 2 (4), 33-56.
2. Alexander L. George, & Andrew Bennett. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*.
3. Artino, A. R. (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on medical education*, 1(2), 76-85.
4. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
5. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. In *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
6. Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 158–166.
7. Buric, I., & Kim, L. E. (2020). Teacher self-efficacy, instructional quality, and student motivational beliefs: An analysis using multilevel structural equation modeling. *Learning and instruction*, 66.
8. Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Steca, P. (2003). Efficacy Beliefs as Determinants of Teachers' Job Satisfaction. *Journal of Educational Psychology*, 95(4), 821–832.
9. Carazo, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión: Revista de La División de Ciencias Administrativas de La Universidad Del Norte*, ISSN 1657-6276, No. 20, 2006, Pags. 165-193, 20.
10. Castillo Sanguino, N (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la practica investigativa. *Revista latinoamericana de Metodología de la investigación social*, 20, 7-18.
11. Chapman, E., & Smith, J. A. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. *Journal of health psychology*, 7(2), 125–130.
12. Cid, H, P., Orellana Y, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551–557.
13. Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2013). *Research methods in education* (7th ed.).

Routledge.

14. Covarrubias, C. G., & Mendoza Lira, M. (2015). Sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores chilenos desde las perspectivas de género y experiencia. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 41(1), 63–78.
15. Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Method Approaches* (4th Ed).
16. Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach.
17. Denzin, N. K., L. (2018). Case Study Methodology. In *The SAGE handbook of qualitative research*.
18. Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167.
19. D’Espíndula, T. S., França, B. H. S., D’Espíndula, T. S., & França, B. H. S. (2016). Aspectos éticos e bioéticos na entrevista em pesquisa: impacto na subjetividade. *Revista Bioética*, 24(3), 495–502.
20. De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *NURE Investigación*, 3.
21. Duque, H. y Aristizábal Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24.
22. Elmberger, A., Björck, Erik, Liljedahl, M., Nieminen, J., Laksov, K. B., & Se, A. E. (2019). Contradictions in clinical teachers’ engagement in educational development: an activity theory analysis. *Advances in Health Sciences Education*, 24, 125–140.
23. Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115.
24. Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigación en sujetos humanos: Experiencia internacional*. Santiago de Chile: Programa regional de bioética OPS/OMS, 33–46.
25. Escobar-Pérez, J., & Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances En Medicina*, 6, 27–36.

26. Filippou, K. (2019). Students' Academic Self-efficacy in International Master's Degree Programs in Finnish Universities. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 31, 86–95.
27. Fives, H., Hamman, D., & Olivarez, A. (2007). Does burnout begin with student-teaching? Analyzing efficacy, burnout, and support during the student-teaching semester. *Teaching and Teacher Education*, 23, 916–934.
28. Francis, A. J. P. (2010). Locus of Control. In K. and M. S. Leeming David A. and Madden (Ed.), *Encyclopedia of Psychology and Religion* (pp. 522–523). Springer US.
29. Fondón, I., Madero, M. J., & Sarmiento, A. (2010). Principales Problemas de los Profesores Principiantes en la Enseñanza Universitaria Main Problems of Novice Instructors in University Teaching. 3(2), 21–28.
30. Furtado Nina, K. C., Soares Ramos, E. M. L., Holanda Ramos, M. F., Souza da Costa Silva, S., de Oliveira Fernandez, A. P., & Ramos Pontes, F. A. (2016). Fuentes de autoeficacia en profesores. *Revista de Psicología (Santiago)*, 25(1), 1–20.
31. Geving, A. M. (2007). Identifying the Types of Student and Teacher Behaviours Associated with Teacher Stress. *Teaching and Teacher Education*, 23, 624-640.
32. Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (243–273). American Psychological Association.
33. Hanushek, E. A., & Rivkin, S. G. (2006). Chapter 18 Teacher Quality. *Handbook of the Economics of Education*, 2, 1051–1078. [https://doi.org/10.1016/S1574-0692\(06\)02018-6](https://doi.org/10.1016/S1574-0692(06)02018-6)
34. Heider, F., & Simmel, M. (1944). An Experimental Study of Apparent Behavior. *The American Journal of Psychology*, 57(2), 243–259.
35. Heidegger, Martin (2001). *Introducción a la Filosofía*, Cátedra, Madrid, , traducción de Manuel Jiménez Redondo.
36. Hernández Jácquez, Luis Fernando, & Ceniceros Cázares, Delia Inés. (2018). Autoeficacia y desempeño docentes, ¿una relación entre variables? *Innovación educativa (México, DF)*, 18(78), 171-192.
37. Hernández Sampieri, & Fernández Collado. (2014). Muestreo en la investigación cualitativa. In *Metodología de la Investigación* (sexta edición).

38. Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado. (2014). Recolección y análisis de los datos cualitativos. In *Metodología de la Investigación* (sexta edición).
39. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). El inicio del proceso cualitativo. En *Metodología de la Investigación*, pp. 360–361.
40. Hoy, A., Hoy, W., & Kurz, N. (2008). Teacher’s academic optimism: The development and test of a new construct. *Teaching and Teacher Education*, 24, 821–835.
41. Honicke, T., & Broadbent, J. (2016). The Influence of Academic Self-Efficacy on Academic Performance: A Systematic Review. *Educational Research Review*, 17, 63–84.
42. Hsieh, Y.-H., Wang, H.-H., & Ma, S.-C. (2019). The mediating role of self -efficacy in the relationship between workplace bullying, mental Health and intention to leave among nurses in taiwan. *Int J Occup Med Environ Health*, 32(2), 245–254.
43. Husserl. E. (1991): *La crisis de las ciencias europeas y la Fenomenología trascendental*. Barcelona: Crítica
44. Iaochite, R., & Gurgel Azzi, R. (2011). Teacher self-efficacy source’s scale: Exploratory study with Physical Education Teachers. *Psicologia Argumento*, 30, 659–669.
45. Jamshidi, N., Molazem, Z., Sharif, F., Torabizadeh, C., & Najafi Kalyani, M. (2016). The Challenges of Nursing Students in the Clinical Learning Environment: A Qualitative Study. *The Scientific World Journal*, 2016, 1–7.
46. Jerez Yáñez, Óscar, Orsini Sánchez, César, & Hasbún Held, Beatriz. (2016). Attributes of quality teaching in higher education: a systematic review. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 42(3), 483-506.
47. Klassen, R. M., & Chiu, M. M. (2011). The occupational commitment and intention to quit of practicing and pre-service teachers: Influence of self-efficacy, job stress, and teaching context. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 114–129. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2011.01.002>
48. Klassen, R. M., & Tze, V. M. C. (2014). Teachers’ self-efficacy, personality, and teaching effectiveness: A meta-analysis. *Educational Research review*, 12, 59–76.
49. Kent, G., & Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 18(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90069-3).

50. Kim, H., & Cho. (2014). Pre-service teachers' motivation, sense of teaching efficacy, and expectation of reality shock. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 42.
51. Kyriacou, C. (2011). Teacher stress: From prevalence to resilience. In J. Langan-Fox & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 161–173). Edward Elgar Publishing.
52. Kivunja, C., & Kuyini, A. B. (2017). Understanding and applying research paradigms in educational contexts. *International Journal of Higher Education*, 6(5), 26
53. Lobo, M. S., Lins, M., Silva, A., & Fiszman, R. (2010). Assessment of teaching-health care integration and performance in university hospitals. *Revista de Saúde Pública*, 44, 581–590.
54. Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 165–193.
55. Ministerio de Salud, (2021). Informe Capacidad Formadora Actual – Listado por Servicio de Salud de Chile. Recuperado el 24 de agosto de 2021 de <https://www.minsal.cl/capacidad-formadora/>.
56. Ministerio de Salud, (2022). Libro Covid-19 en Chile, Pandemia 2020-2022. Recuperado el 10 de agosto de 2022 de <https://www.minsal.cl/libro-covid-19-en-chile-pandemia-2020-2022>.
57. Mottet, T., Beebe, S., Raffeld, P., & Medlock, A. (2004). The Effects of Student Verbal and Nonverbal Responsiveness on Teacher Self-Efficacy and Job Satisfaction. *Communication Education - COMMUN EDUC*, 53, 150–163.
58. Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en investigación cualitativa. En E. Abalde y J. M. Muñoz (Coords.), *Metodología educativa I: Jornadas de Metodología de Investigación Educativa* (pp. 101-116). Servizo de Publicacións de la Universidade da Coruña.
59. Paley J. (2018). Phenomenology and qualitative research: Amedeo Giorgi's hermetic epistemology. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 19(3), e12212.
60. Panadero, E. (2017). A Review of Self-regulated Learning: Six Models and Four Directions for Research. *Frontiers in Psychology*, 8.
61. Patton, M. Q. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health services research*, 34, 1189–1208.
62. Pintrich, P. R., & De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning

- components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.
63. Pintrich, P. R. (2004). A Conceptual Framework for Assessing Motivation and Self-Regulated Learning in College Students. *Educational Psychology Review*, 16(4), 385–407.
  64. Polit, D.F. and Beck, C.T. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 784.
  65. Prilop, C. N., Weber, K. E., Prins, F. J., & Kleinknecht, M. (2021). Connecting feedback to self-efficacy: Receiving and providing peer feedback in teacher education. *Studies in Educational Evaluation*, 70, 101062.
  66. Ramani, Dr. S., & Leinster, S. (2008). AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*, 30(4), 347–364.
  67. Rivera Trigueros, I., Trigueros, C., & Rivera, E. (2018). *Técnicas conversacionales y narrativas. Investigación cualitativa con Software NVivo*.
  68. Roca Perara, M.G. (2002). Autoeficacia: Su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Revista cubana de Psicología*, 19(3).
  69. Sandars, J., & Cleary, T. J. (2011). Self-regulation theory: applications to medical education: AMEE Guide No. 58. *Medical teacher*, 33(11), 875-886.
  70. Serrano, M. S. (2008). El desarrollo de la comprensión crítica en los estudiantes universitarios. *Educere*, 12, 505–514.
  71. Secomb, J. (2008). A systematic review of peer learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 703–716.
  72. Skaalvik, E., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of Teacher Self-Efficacy and Relations With Strain Factors, Perceived Collective Teacher Efficacy, and Teacher Burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99, 611–625.
  73. Smith, J. A., & Eatough, V. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), *Analysing qualitative data in psychology* (pp. 35–50). Sage Publications Ltd.
  74. Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
  75. Shaw, E. (1999). A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (2): 59-70.



76. Sutkin, G., Wagner, E., Harris, I., & Schiffer, R. (2008). What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83, 452–466.
77. Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
78. Sullivan, J., & Guerra, N. (2007). A Closer Look at College Students: Self-Efficacy and Goal Orientation. *Journal of Advanced Academics*, 18, 454–476. <https://doi.org/10.4219/jaa-2007-500>
79. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.
80. Trías, D. (2018). Autorregulación en el aprendizaje: claves para el asesoramiento psicoeducativo (pp. 69–101)
81. Tschannen-Moran, M., Hoy, A., & Hoy, W. (1998). Teacher Efficacy: Its Meaning and Measure. *Review of Educational Research - REV EDUC RES*, 68, 202–248.
82. Tschannen-Moran, M., & McMaster, P. (2009). Sources of Self-Efficacy: Four Professional Development Formats and Their Relationship to Self-Efficacy and Implementation of a New Teaching Strategy. *Elementary School Journal*, 110.
83. Troesch, L. M., & Bauer, C. E. (2017). Second career teachers: Job satisfaction, job stress, and the role of self-efficacy. *Teaching and Teacher Education*, 67, 389–398. <https://doi.org/10.1016/J.TATE.2017.07.006>
84. Usher, E. L., & Pajares, F. (2006). Sources of academic and self-regulatory efficacy beliefs of entering middle school students. *Contemporary Educational Psychology*, 31(2), 125–141.
85. Uden, J., Ritzen, H., & Pieters, J. (2013). I think I can engage my students. Teachers' perceptions of student engagement and their beliefs about being a teacher. *Teaching and Teacher Education*, 32, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2013.01.004>
86. Wang, H., Hall, N. C., & Rahimi, S. (2015). Self-efficacy and causal attributions in teachers: Effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teaching and Teacher Education*, 47, 120–130.
87. Williams, R. (2009). Gaining a Degree: The Effect on Teacher Self-Efficacy and Emotions. *In Professional Development in Education*. 35, 601–612.

88. Wolters, C. A., & Daugherty, S. G. (2007). Goal structures and teachers' sense of efficacy: Their relation and association to teaching experience and academic level. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 181–193.
89. Yazan, B. (2015). Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152
90. Yildirim, M., & Guler, A. (2022). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *DEATH STUDIES*, 46(4), 979–986. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1793434>
91. Yin, R. K. (2018). *Case study research: Design and methods* (6th Ed.). Sage Publications.
92. Zee, M., & Koomen, H. M. Y. (2016). Teacher Self-Efficacy and Its Effects on Classroom Processes, Student Academic Adjustment, and Teacher Well-Being: A Synthesis of 40 Years of Research. *Review of Educational Research*, 86(4), 981–1015.
93. Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A Social-Cognitive Perspective. In *Handbook of self-regulation*, 13-39.
94. Zimmerman, B. J., & Moylan, A. R. (2009). “Self-regulation: where metacognition and motivation intersect,” in *Handbook of Metacognition in Education*, eds D. J. Hacker, J. Dunlosky, and A. C. Graesser (New York, NY: Routledge), 299–315.

## 16. Anexos.

Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis por el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA).



Santiago, 15 de octubre de 2021.

Señor  
**Juan Arous Tapia**  
Alumno Magíster en Educación en Ciencias de la Salud  
Presente

Estimado Sr. Arous:

Comunico a usted que el Proyecto de Tesis "**Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021**", bajo la Dirección de la Dra. Ximena Lee M., ha sido **aprobado con observaciones menores**, por los Profs. Marcela Antúnez R., Oscar Jerez Y., Pablo Quiroga M. integrantes de la Comisión revisora del Proyecto de Tesis.

Por lo anterior, usted debe acoger las observaciones o comentarios realizadas por los evaluadores y enviarlas en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de recepción.

Debe enviar tabla con las correcciones realizadas, que detalle los cambios.

Adjunto Informes de evaluadores

Saluda atentamente a usted,

**CHRISTEL  
GHISLAINE  
HANNE  
ALTERMATT** Firmado digitalmente por  
CHRISTEL GHISLAINE  
HANNE ALTERMATT  
Fecha: 2021.10.18  
10:44:54 -03'00'

Dra. Prof. Christel Hanne A.  
Coordinadora  
Programa Magíster en Educación en Ciencias de la Salud

Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética del Servicio Metropolitano Norte.



Dirección  
Comité de Ética de la Investigación del  
Servicio de Salud Metropolitano Norte  
Carta N° AE-016/2022  
Dr. JJS/lcc

Santiago, enero 11 de 2022

Sr. Juan Araus Tapia  
Kinesiólogo - Hospital San José  
Candidato a Magister  
Universidad de Chile  
Investigador Principal  
Presente

Ref.: Título de la Investigación: "Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021"

---

Estimado Sr. Araus:

Acuso recibo de su carta con fecha 22 de noviembre de 2022 por la cual solicita evaluación del proyecto de la referencia.

Por tratarse de recolección y análisis de datos, este proyecto no tiene intervención de investigación, por lo que se entrega Aprobación Ejecutiva, de acuerdo a lo establecido en nuestro Reglamento Interno.

Esta aprobación quedará registrada en el Acta de la próxima sesión ordinaria de este Comité.

Lo saluda atentamente,

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

DR. JUAN JORGE SILVA SOLÍS  
PRESIDENTE CEI-SSMN

Calle San José, 1053  
Independencia, Santiago, Chile  
lorena.camacho@redsalud.gov.cl  
Fono (56-2) 2970 8500  
www.ssmn.cl

---

### Anexo 3. Autorización de la investigación por la dirección del hospital San José.



Santiago, 18 de noviembre del 2021

#### Autorización de proyecto de investigación no financiado

Por este conducto, la dirección del hospital San José **autoriza** al señor **Juan Andrés Araus Tapia**, rut: 17.403.205-k para la realización de su proyecto de investigación no financiado denominado "**Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021**", bajo la dirección de la **Dra. Ximena Lee M.**



**Dr. Luis Escobar González.**  
Director del complejo hospitalario San José

#### Anexo 4. Consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021

Nombre del Investigador principal: Juan Andrés Araus Tapia

R.U.T. 17.403.205-K

Institución: Hospital San José

Teléfonos: 225680538 – 225680540 – 225680050

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021”, debido a que falta profundizar en el estudio de los elementos que afectan el juicio que tienen los docentes clínicos del área de la salud sobre su propia capacidad y habilidad en la enseñanza, incluso en condiciones desfavorables (denominado autoeficacia).

Esta investigación, por lo tanto, tiene por objetivo analizar los factores intervinientes en la autoeficacia relatados por las y los docentes clínicos del hospital San José durante el año 2021. El estudio incluirá a un número total aproximado de 10 docentes clínicos del hospital San José ubicado en San José 1196.

Si usted acepta participar en esta investigación será sometido, por un período de una semana a las siguientes evaluaciones: una entrevista que tendrá una duración aproximada de una hora en una sola oportunidad, documentación de su labor docente en una oportunidad, con una duración de una hora. Ambos registros requerirán apoyo audiovisual si así usted lo permite. No existen riesgos físicos, mentales o laborales asociados a este estudio.

Usted se beneficiará ya que los resultados de la investigación se le será entregado de manera personal permitiéndole conocer uno de los constructos psicológicos que influyen y afectan directamente su práctica docente debido a que tiene relación directa con valorizaciones positivas personales y laborales del docente, que pudiesen permitirle a futuro optimizar su labor de enseñanza como docente clínico. A su vez, cabe destacar que usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores, mediante unidades de almacenamiento virtual con acceso estrictamente restringido solo al investigador o agencias supervisoras acreditadas de la investigación.

Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

El uso potencial de los resultados de la investigación podrá ser la publicación en revistas o repositorios académicos de educación en ciencias de la salud.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándose al investigador, sin que ello signifique modificaciones en el estudio. De igual manera, el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Finalmente, usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Juan Araus Tapia

Nombres y teléfonos. 17403205-k / 995351341 (teléfono celular)

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “.....”.

\_\_\_\_\_

Nombre del sujeto

Firma

Fecha

Rut.

\_\_\_\_\_

Nombre del investigador

Juan Andrés Araus Tapia Firma

Fecha

Rut.17403205-k

Anexo 5. Distribución, secuencia y temporalidad de la realización de las actividades del proyecto de tesis.

Actividades	Duración			
	Noviembre 2021- Febrero 2022	Marzo 2022-agosto 2022	Agosto 2022	Septiembre 2022
1. Ajuste de la propuesta según correcciones				
2. Presentación del proyecto a la población objetivo y protocolo de encuestas				
3. Recolección de los datos				
4. Procesamiento de los datos.				
5. Análisis de los resultados.				
6. Reporte de los resultados.				

Anexo 6. Protocolos para la recolección de la información.

Tabla 1. Lista de documentación.

Materiales	Número	Nombre	Fecha realización	Fecha transcripción	Respaldo 1	Respaldo 2
<b>Notas</b>	<b>1</b>	Notas entrevista FM(med)	17.05.22	11.06.22	nube/iCloud	Pendrive



	<b>2</b>	Notas entrevista FM(to)	02.06.22	12.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>3</b>	Notas entrevista JG (Enfermería)	17.04.22	13.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>4</b>	Notas entrevista KS(fono)	04.03.22	14.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>5</b>	Notas entrevista Y (nutri)	04.02.22	15.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>6</b>	Notas entrevista AG(fono)	10.03.22	16.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>7</b>	Notas entrevista A0(kine)	24.02.22	17.96.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>8</b>	Notas entrevista FC( to)	26.05.22	17.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>9</b>	Notas entrevista JL( fono)	10.03.22	18.06.22	nube/Icloud	Pendrive
<b>Entrevistas grabadas</b>						
	<b>1</b>	FM( MED).m4a	17.05.22	1.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>2</b>	FM(TO).m4a	02.06.22	2.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>3</b>	JG(EU).m4a	17.04.22	2.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	<b>4</b>	KS(FONO).m4a	04.03.22	3.06.22	nube/Icloud	Pendrive

	5	Y(NUTRI).m4a	04.02.22	4.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	6	AG(FONO).m4a	10.03.22	5.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	7	AO(KINE).m4a	24.02.22	6.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	8	FC(TO).m4a	26.05.22	6.06.22	nube/Icloud	Pendrive
	9	JL(FONO).m4a	10.03.22	7.06.22	nube/Icloud	Pendrive

Tabla 2. Protocolo de entrevista.

<p><b>Protocolo de entrevista del estudio:</b> Apreciaciones sobre los factores intervinientes en la autoeficacia según las experiencias de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante los años 2021-2022.</p>
<p>Tiempo de la entrevista:  Fecha:  Lugar:  Entrevistador:  Entrevistado:  Posición del entrevistado:  Descripción breve del proyecto:  Consentimiento informado firmado: Si/ No</p>
<p>Preguntas  <b>Categoría orientadora 1</b>  Pregunta 1:   Pregunta 2 :   Pregunta 3 :   <b>Categoría orientadora 2</b>  Pregunta 4:</p>

### **Categoría orientadora 3**

Pregunta 5:

Pregunta 6:

### **Categoría orientadora. 4**

Pregunta 7 :

Pregunta 8:

Agradecimientos y repetir garantía de la confidencialidad de la información recopilada en la sesión

Anexo 7. Guión para la validación de expertos del protocolo de entrevistas semiestructuradas.

## **Guión de entrevista semiestructurada**

(VALIDEZ CONSTRUCTO)

### **I. PRESENTACIÓN GENERAL PROYECTO**

La autoeficacia, constructo desarrollado desde la teoría social cognitiva, ha contribuido positivamente a la explicación de los procesos psicológicos inmersos en el proceso de enseñanza y aprendizaje, tanto en estudiantes como en docentes de las carreras de la salud. En específico, la autoeficacia docente se refiere al juicio que aquellos tienen acerca de su propia capacidad y habilidades de enseñanza, incluso en condiciones desfavorables. Destaca su relación positiva con variables tales como la motivación, compromiso, rendimiento académico, optimismo e innovación en metodologías de enseñanza. Por otro lado, diversos autores han descrito los principales factores intervinientes en el desarrollo de la autoeficacia docente tales como las experiencias de dominio (experiencias pasadas de enseñanza), aprendizaje vicario (conductas y resultados de pares cercanos), persuasión verbal (juicios emitidos por directivos, compañeros o estudiantes) y estados físicos y mentales.

A pesar de que existen investigaciones pedagógicas que profundizan en ellas, falta aún analizar y explorar, desde quienes participan activamente en el proceso de enseñanza y aprendizaje clínico, por lo que esta investigación se inscribirá dentro del marco del paradigma interpretativo, a través de una metodología cualitativa que aborde al objeto de estudio (factores intervinientes del juicio de autoeficacia), desde la comprensión de la realidad de las prácticas docentes que transcurren dentro de un hospital de enseñanza. Este diseño es pertinente para el estudio de realidades socioeducativas, pues requiere de un proceso de indagación detallado, sistemático y en profundidad.

Para la recolección de los datos, la fuente principal de información empírica será aportada por alrededor de diez docentes clínicos de carreras de la salud, que cumplen funciones en el proceso de aprendizaje de estudiantes de último año lectivo, inmersos en un escenario real de atención de pacientes. Para esto se utilizarán como instrumentos de recolección de datos la documentación, observación directa y entrevistas semiestructuradas.

Finalmente, se presentará un reporte con las conclusiones derivadas del análisis de datos describiendo y analizando los temas obtenidos, que representarán las ideas o conceptos nuevos o similares a descritos en la literatura, de los factores intervinientes en el juicio de autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021.

Palabras clave: Autoeficacia, Docencia clínica, Hospitales de enseñanza.

## **II. IDENTIFICACIÓN EVALUADOR EXPERTO**

- Nombre de experto:
- Profesión:
- Cargo actual relacionado con docencia:

## **III. INSTRUCCIONES EVALUACIÓN**

Se presenta un cuadro con las categorías a evaluar y los indicadores para cada calificación.

Se reiteran los objetivos específicos indicando las preguntas correspondientes a cada uno. Además, cada apartado por objetivo específico cuenta con espacio destinado a comentarios o las observaciones adicionales que considere pertinentes. De antemano muchas gracias por su colaboración.

## **IV. EVALUACIÓN**

### **Objetivo específico:**

1. Caracterizar el contexto educativo donde se desarrolla el juicio de autoeficacia de las y los docentes clínicos del hospital San José durante el año 2021.

PREGUNTA	Claridad				Coherencia				Comentarios
	Alto nivel	Moderado	Bajo nivel	No cumple	Alto nivel	Moderado	Bajo nivel	No cumple	
¿En qué lugar creció y realizó sus estudios básicos y de enseñanza media? ¿Cuáles fueron sus motivaciones personales para elegir su profesión actual?									
¿Cuáles fueron sus motivaciones para dedicarse a la docencia clínica?									
Cuando usted realiza labores de docencia clínica en el hospital ¿Cuáles son sus principales tareas o actividades?									
En términos generales ¿Valora positivamente o negativamente su labor de docente clínico? ¿Por qué?									

## COMENTARIOS



<p>¿Cómo considera que es su propia capacidad y habilidad para enseñar (autoeficacia) , dejando de lado factores externos que pudieran perjudicarla?</p>									
<p>¿Cómo cree que influye su juicio de autoeficacia en la obtención de los resultados que espera como docente clínico?</p>									
<p>¿Qué factores considera que han provocado o dado forma a este juicio sobre su capacidad de enseñar (autoeficacia) ?</p>									





<p>¿Considera usted que una de los factores que intervienen a este juicio sobre su capacidad de enseñanza (autoeficacia) serían las experiencias que usted ha visto o escuchado de otros colegas dedicados a la docencia clínica? ¿Por qué?</p>									
<p>¿Identifica usted que una de las factores intervinientes de este juicio sobre su capacidad de enseñanza( autoeficacia) podrían ser los comentarios que ha recibido de jefes, colegas o alumnos? ¿ Por qué?</p>									
<p>-¿Pondera usted que una de los factores intervinientes en este juicio sobre su capacidad de enseñanza( autoeficacia) podría ser su estado físico ( cansancio, dolor o padecimiento de alguna enfermedad aguda o crónica) durante la práctica de la docencia clínica? ¿Por qué?</p>									

<p>- ¿Considera usted que una de los factores intervinientes en este juicio sobre su capacidad de enseñanza podrían ser sus estados mentales( estrés, ansiedad, tristeza o alegría) durante su labor como docente clínico?¿ Por qué?</p>										
<p>Si existen otros factores intervinientes en su juicio de autoeficacia ¿ Cuáles son? y ¿Cómo influyeron en su juicio de autoeficacia?</p>										

**COMENTARIOS**

**OBSERVACIONES GENERALES DEL INSTRUMENTO**

A continuación, puede agregar los comentarios que estime conveniente (oportunidades de mejora, fortalezas, etc)

ANEXO 8. Actas de validación de expertos de la entrevista semiestructurada.

**ACTA DE VALIDACIÓN INSTRUMENTO**

El siguiente experto valida la estructura y aplicación de la entrevista semiestructurada del proyecto de investigación "Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021".

Prof. Dr. Cristian Vergara Núñez  
 Profesor Asociado  
 Especialista en Ortodoncia

\_\_\_\_\_  
 Nombre  
 Cargo  
 Grado Académico y/o Título de Especialista

### ACTA DE VALIDACIÓN INSTRUMENTO

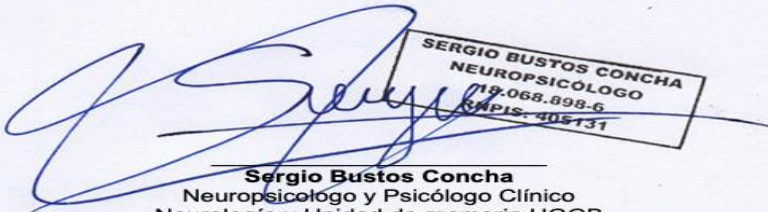
El siguiente experto valida la estructura y aplicación de la entrevista semiestructurada del proyecto de investigación "Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021".

Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz  
Profesora Asociada  
Magíster en Educación en Ciencias de la Salud  
Especialista en Rehabilitación Oral

Nombre  
Cargo  
Grado Académico y/o Título de Especialista

### ACTA DE VALIDACIÓN INSTRUMENTO

El siguiente experto valida la estructura y aplicación de la entrevista semiestructurada del proyecto de investigación "Factores intervinientes en la autoeficacia de los docentes clínicos de un hospital de enseñanza durante el año 2021".



**SERGIO BUSTOS CONCHA**  
NEUROPSICÓLOGO  
19.068.898-6  
RNPIS: 405131

**Sergio Bustos Concha**  
Neuropsicólogo y Psicólogo Clínico  
Neurología y Unidad de memoria HGGB  
Director Consulta privada NEURO-PSIQUE  
Psicólogo clínico, Especialista en Neuropsicología,  
Magíster en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Anexo 9. Ilustraciones adicionales del software Nvivo 12.

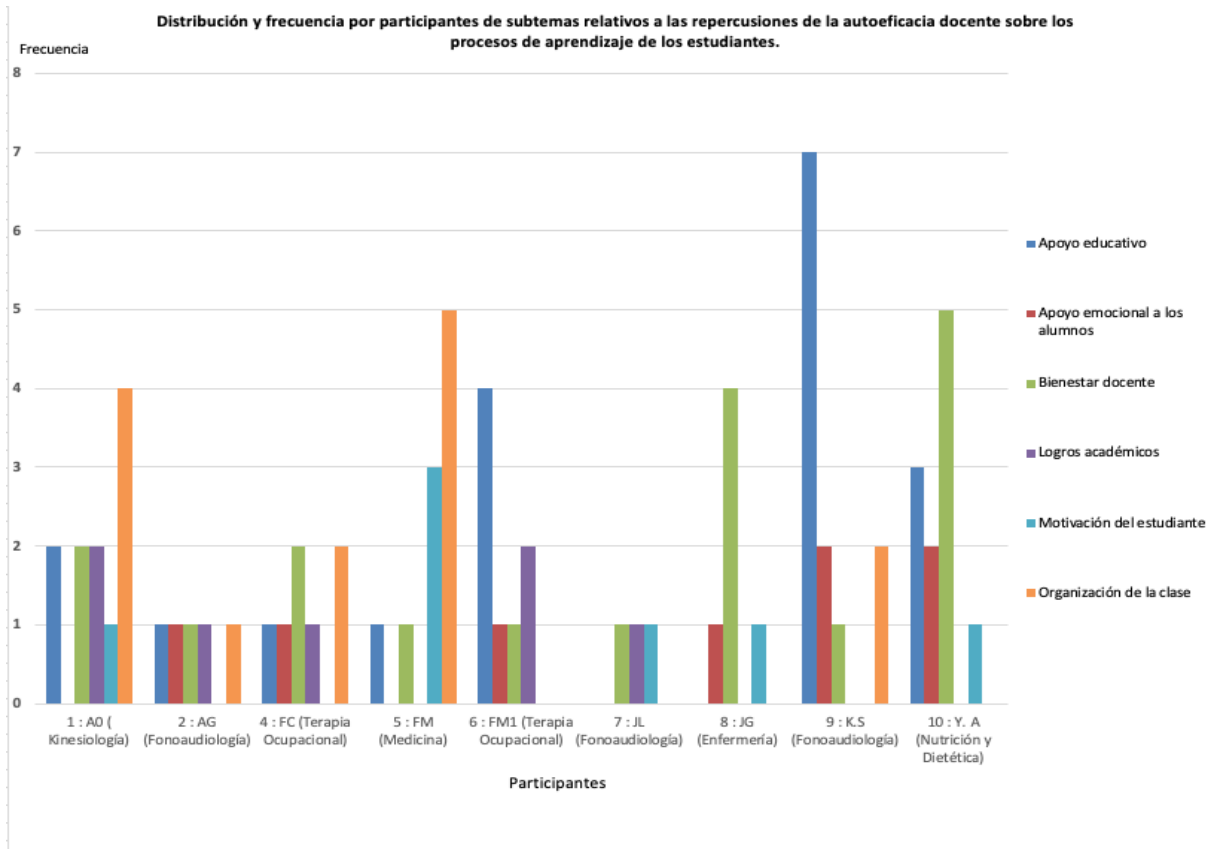
9.1 Mapa jerárquico inicial de 20 palabras.



9.2 Mapa jerárquico de los subtemas relativos a las repercusiones de la autoeficacia docente en los procesos de enseñanza.



9.3. Gráfico de la matriz de codificación de las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de aprendizaje.



9.4. Tabla de referencias cruzadas de las repercusiones de la autoeficacia docente sobre los procesos de aprendizaje.

Subtemas	Participantes										Total
	A0 (Kinesiólogía)	AG (Fonoaudiología)	FC (Terapia Ocupacional)	FM (Medicina)	FM1 (Terapia Ocupacional)	JG (Enfermería)	JL (Fonoaudiología)	K.S (Fonoaudiología)	Y.A (Nutrición y Dietética)		
○ Logros académicos	2	1	1	0	2	0	1	0	0		7
○ Motivación del estudiante	1	0	0	3	0	1	1	0	1		7
○ Bienestar docente	2	1	2	1	1	4	1	1	5		18
○ Apoyo educativo	2	1	1	1	4	0	0	7	3		19
○ Apoyo emocional a los alumnos	0	1	1	0	1	1	0	2	2		8
○ Organización de la clase	4	1	2	5	0	0	0	2	0		14
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>11</b>		<b>73</b>

Figuras.

Figura 1.

Fases de la autorregulación. Adaptado por Trías, D. (2018) de Zimmerman, B. J., & Moylan, A. R. (2009). "Self-regulation: where metacognition and motivation intersect," in Handbook of Metacognition in Education.



Figura 2. Modelo heurístico de la autoeficacia docente y su relación con los procesos educativos, adaptación académica de los estudiantes y el bienestar docente. Extraído y adaptado de Zee, 2016, Teacher Self-Efficacy and Its Effects on Classroom Processes, Student Academic Adjustment, and Teacher Well-Being: A Synthesis of 40 Years of Research.

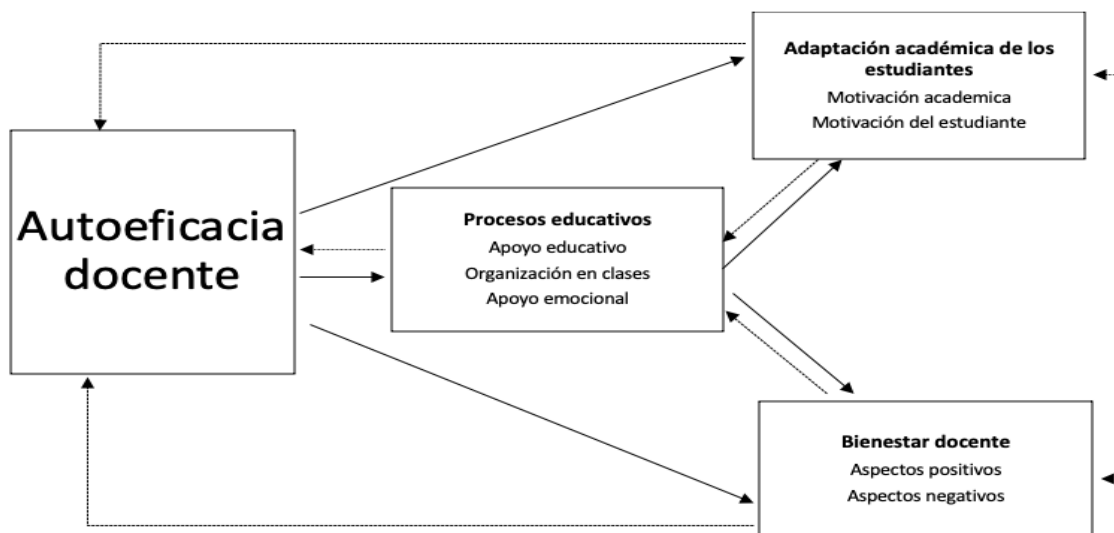


Figura 3. Eje temático que emergió de la investigación

# Eje temático

