

La docencia clínica en ciencias de la rehabilitación: percepciones de educadores clínicos sobre su efectividad y competencias docentes.

Clinical Teaching in Rehabilitation Sciences: Clinical Educators' Perceptions of its Effectiveness and Pedagogical Competencies

Carlos S.Mancilla^{1*}, Matías Causa², Silvina Justianovich²⁻³, Jeosselinee Castro-Perez^{1,4}, Paulina Muñoz-Albarrán⁴⁻⁵, Ezequiel Martínez-Rojas⁶, Constanza Figueroa-Reyes⁷

¹ Carrera de Kinesiología Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Arturo Prat. Victoria, Chile, casepulved@unap.cl, <https://orcid.org/0000-0003-3969-2254>

² Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de la Plata. La Plata, Argentina, causamd@gmail.com

³ sjustianovich@gmail.com

⁴ jeosselineecastro@unap.cl, <https://orcid.org/0000-0001-8780-2636>

⁵ paulinmu@unap.cl, <https://orcid.org/0000-0002-8904-0804>

⁶ Vicerrectoría de Investigación e Innovación. Universidad Arturo Prat. Victoria, Chile, emartinezr@unap.cl, <https://orcid.org/0000-0002-0914-951X>

⁷ Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida. Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile, cfigueroa@docente.uss.cl

* Correspondencia: casepulved@unap.cl

Recibido: 27/8/25; Aceptado: 20/12/25; Publicado: 22/10/25

Resumen.

Introducción: La docencia clínica y su efectividad constituye un componente esencial en la formación de profesionales de la rehabilitación, ya que integra la práctica en contextos reales con el desarrollo de competencias profesionales y pedagógicas. Por lo que la efectividad y las competencias docentes de los educadores clínicos es relevante a considerar para el desarrollo integral del estudiante. **Objetivo:** analizar la efectividad de la docencia clínica asociado al reporte de las habilidades y competencias docentes consideradas relevantes por educadores clínicos de carreras de ciencias de la rehabilitación. **Metodología:** diseño mixto con enfoque explicativo secuencial. En la primera fase, participaron 45 profesionales en total, correspondientes a las áreas de kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, quienes respondieron el Clinical Teaching Effectiveness Questionnaire adaptado. En la segunda fase, un subgrupo fue seleccionado para entrevistas semiestructuradas en modalidad de grupos focales. **Resultados:** Los docentes clínicos reportaron altos niveles de efectividad en planificación de experiencias de aprendizaje (93,3 %), adaptación a estilos de aprendizaje (86,7 %) y retroalimentación constructiva (100 %). Se identificaron debilidades en la participación de los estudiantes en la planificación (42,2 % de acuerdo con no esperar su colaboración), en la atención a estudiantes con rendimiento excepcional y en la rigidez de instrumentos evaluativos institucionales. Los hallazgos cualitativos subrayaron la importancia de la adaptabilidad pedagógica, la inteligencia emocional y la comunicación asertiva. **Conclusión:** La docencia clínica se percibe efectiva en su dimensión formativa, aunque requiere fortalecer la preparación pedagógica de los docentes clínicos y otorgar mayor autonomía en procesos de evaluación.

Palabras clave: Educación superior; Docencia clínica; Competencias docentes; Educadores clínicos; Ciencias de la rehabilitación.

Abstract.

Introduction: Clinical teaching and its effectiveness are essential components in the training of rehabilitation professionals, as they integrate practice in real contexts with the development of professional and pedagogical competencies. Therefore, the effectiveness and teaching competencies of clinical educators are crucial to consider for the student's comprehensive development. **Objective:** To analyze the effectiveness of clinical teaching based on the reported teaching skills and competencies considered relevant by clinical educators in rehabilitation sciences programs. **Methods:** A mixed-methods study with an explanatory sequential design was conducted. In the first phase, 45 professionals in physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy completed the adapted Clinical Teaching Effectiveness Questionnaire. In the second phase, a subgroup was selected for semi-structured interviews in focus group format. **Results:** Clinical educators reported high levels of effectiveness in planning learning experiences (93.3 %), adapting to different learning styles (86.7 %), and providing constructive feedback (100 %). Weaknesses were identified in student participation in planning (42.2 % agreed with not expecting their involvement), in addressing high-performing students, and in the rigidity of institutional evaluation instruments. Qualitative findings emphasized the importance of pedagogical adaptability, emotional intelligence, and assertive communication. **Conclusion:** Clinical teaching is perceived as effective in its formative dimension, although strengthening the pedagogical preparation of clinical educators and granting greater autonomy in assessment processes remain necessary.

Keywords: Higher education; Clinical teaching; Teaching competencies; Clinical educators; Rehabilitation sciences.

1. Introducción

El proceso formativo de cualquier estudiante de Ciencias de la Salud debe incluir aspectos teóricos, de laboratorio o de taller, actividades de simulación clínica y experiencias prácticas en contextos reales. Esta última es un paso fundamental para la consolidación de las habilidades adquiridas en el aula (1), lo que resulta esencial para el desarrollo académico y la adquisición de conocimientos. Es por esto, que la docencia clínica juega un papel crucial al momento de desarrollar estas habilidades previamente mencionadas, las experiencias clínicas han de considerarse también como espacios formativos. Por lo que el docente clínico ha de considerar también desarrollar habilidades para la docencia, a fin de entregar al estudiante de manera efectiva los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para entregar un buen servicio profesional (2).

Es pertinente considerar la dualidad contextual entre el rol clínico y el docente, ya que puede generar tensiones en las posibilidades de una docencia planificada y enfatizar la necesidad de formación en pedagogía en el contexto clínico (3-7). Esta situación adquiere una relevancia particular cuando se considera el contexto actual de la formación docente para los profesionales clínicos de la rehabilitación, dada la diversidad de profesionales, contextos clínicos, servicios e instituciones, resulta complejo estandarizar los procedimientos para cada contexto particular (8). En este sentido, es relevante destacar su capacidad de adaptación pedagógica y el concepto del profesional reflexivo, capaz de actuar de manera eficiente en contextos dinámicos e inciertos (4). La metodología de enseñanza es notablemente adaptable y eficiente en el ámbito clínico, lo que facilita que la actuación del profesional a cargo sea transparente y explícita (9), permitiendo al estudiante identificar los procesos metacognitivos del profesional en tiempo real mientras presta atención a los usuarios que solicitan sus servicios.

En el ámbito clínico, los entornos se conceptualizan como comunidades de práctica, entendiéndose como tal un espacio de construcción colectiva del conocimiento a través de la interacción social. Este enfoque posibilita que la experiencia clínica no se limite a la mera aplicación de contenidos, sino que también propicie el desarrollo del pensamiento crítico y el razonamiento clínico

(10). Desde esta perspectiva, resulta imperativo considerar que el docente clínico debe poseer una motivación intrínseca para impartir conocimiento, con el propósito de generar las condiciones propicias para servir como un referente para el estudiante y, de este modo, establecer una relación simbiótica. En este sentido, las competencias relacionadas con la generación de metodologías de enseñanza pertinentes se erigen como un punto culminante de este proceso progresivo de eventos (7). Este enfoque pedagógico se caracteriza por la implementación de prácticas docentes basadas en la evidencia y enfoques innovadores (3). En este sentido, la educación clínica se presenta como un ámbito de particular relevancia, ya que en este contexto los estudiantes no solo reconocen sus fortalezas y debilidades, sino que también comprenden los objetivos centrales de aprendizaje y asumen la responsabilidad de su propio aprendizaje (11). De igual manera, la autoevaluación debe ser orientada, puesto que proporciona una base sólida para proporcionar retroalimentación específica y ayuda a los educadores a identificar áreas donde los estudiantes podrían requerir apoyo adicional (12). No obstante, es preciso considerar que los docentes clínicos deben poseer la capacidad de identificar y orientar de manera efectiva su praxis como educadores en este contexto específico. Para tal efecto, se ha de considerar la experiencia y el quehacer profesional de quienes realicen la docencia clínica (13). Desde esta perspectiva, se puede considerar un vacío frente a cómo se planifican las actividades para los estudiantes, puesto que responde, frecuentemente, a expectativas del profesional y no a la de los estudiantes (14).

La evidencia recabada pone de manifiesto la relevancia de la comunicación (15) como un componente esencial en el proceso de enseñanza para la educación en el contexto clínico. Este enfoque pedagógico debe adaptarse a las necesidades individuales del estudiante, al tiempo que también debe considerar las condiciones operativas necesarias para llevar a cabo la docencia en dicho contexto. En oposición a lo anteriormente mencionado, se evidencia la diversidad de centros clínicos, la complejidad de los servicios ofrecidos y las condiciones operativas en términos de tiempos, recursos y cantidad de usuarios. Sumado a la diversidad de estudiantes, este aspecto puede incidir en la forma en que se lleva a cabo la educación en el contexto clínico (5-6). En el ámbito de la educación superior, se destaca la relevancia de la planificación situada, un enfoque que se erige como un componente esencial en el diseño curricular. En consonancia con este planteamiento, Nordquist et al. (2018) postulan que la disposición y las características del entorno de aprendizaje clínico ejercen una influencia significativa en los procesos, resultados educativos y su efectividad (10). En lo que respecta a este aspecto, se considera que la formación docente del profesional resulta esencial para la concepción de entornos que promuevan la educación clínica basada en competencias (16).

En virtud de lo anterior mencionado, el objetivo principal de la presente investigación es, analizar la efectividad de la docencia clínica asociada al reporte de las habilidades y competencias docentes consideradas relevantes por educadores clínicos de carreras de ciencias de la rehabilitación.

2. Métodos

El enfoque metodológico adoptado en la presente investigación se fundamentó en una metodología mixta, específicamente un Diseño Explicativo Secuencial (17), que permitió la integración de diferentes enfoques. Para ello, se llevó a cabo una selección de profesionales de la salud que realizan docencia clínica en carreras de ciencias de la rehabilitación. La recolección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se consideró un número de 45 profesionales para la primera fase. Posteriormente, se implementó la segunda fase, que consistió en una muestra más reducida, con el propósito de profundizar en los hallazgos obtenidos de los instrumentos cuantitativos. Los sujetos que fueron seleccionados para la segunda fase del estudio fueron elegidos aleatoriamente a través de una tómbola, con el propósito de minimizar el sesgo de selección. No obstante, se plantea la necesidad de preservar la heterogeneidad de la muestra de la primera fase, como un factor fundamental en el diseño del estudio.

Criterios de elegibilidad

Para la selección general de profesionales, se plantearon los siguientes criterios de selección:

1. Sujetos sin distinción de sexo que sean profesionales de la rehabilitación, considerándose kinesiología, fonoaudiología y terapia ocupacional en ejercicio activo de su profesión.
2. Profesionales de la rehabilitación que hayan tenido estudiantes bajo su supervisión en el último año.
3. Profesionales de la rehabilitación que se hayan mantenido en el servicio actual en el último año.

Métodos de recolección de datos y variables

Para el proceso de recolección de datos, se utilizó una modalidad mixta, a modo de comprender de manera extendida los aspectos fenomenológicos de la docencia clínica y cómo se perciben las competencias docentes.

- Instrumentos: Formulario sobre la efectividad de la docencia clínica, traducido y adaptado a partir de Clinical Teaching Effectiveness Questionnaire (18).
- Entrevistas Semiestructuradas: Para obtener información detallada sobre las percepciones y experiencias de los participantes. Inicialmente, se plantearon grupos focales que contemplen preguntas validadas por juicio de expertos y que guardaron coherencia con el objeto de estudio (19).

Procedimientos

En el marco de los procesos de convocatoria y selección de sujetos, se implementó un sistema de preinscripción destinado a los individuos interesados. Esta iniciativa fue promovida a través de diversas plataformas de comunicación, incluyendo redes profesionales, correos electrónicos y líneas telefónicas, entre otras. En este proceso, se solicitó la colaboración de instituciones públicas que se identificaron como centros asistenciales docentes. En primera instancia, se procedió a la implementación de una encuesta en línea mediante el uso de la plataforma Microsoft Forms. En el instrumento de evaluación se especifican los datos personales que deben ser consignados, así como el diligenciamiento de encuestas estructuradas. Posteriormente, se procedió a la recopilación de aspectos relacionados con datos numéricos que permitieron recabar información general sobre los procesos de docencia clínica, sus competencias y el logro de resultados esperados.

Con el propósito de ahondar en los resultados obtenidos de los instrumentos estructurados, se contempló la implementación de espacios de entrevistas semiestructuradas en modalidad de focus group, mediante la plataforma de videoconferencia de Microsoft Teams. En el presente apartado, con el propósito de mitigar el sesgo de selección, se implementa un procedimiento de aleatorización en la selección de los participantes de la primera fase. Este procedimiento se lleva a cabo con el fin de preservar la heterogeneidad de los participantes y sus respectivos perfiles profesionales, garantizando así la delimitación de los espacios destinados a la realización de las entrevistas. Las entrevistas realizadas permitieron profundizar en los hallazgos previos y recopilar aspectos no consignados con anterioridad para realizar un análisis de aspectos cualitativos, con el propósito de responder a las preguntas de investigación.

Aspectos bioéticos

El estudio en cuestión fue sometido a una evaluación por parte de la Universidad de Referencia, así como a una evaluación externa por parte del Comité de Bioética de la Universidad Arturo Prat. La totalidad de los datos recabados de los sujetos participantes serán codificados y consignados en una base de datos específica. En el contexto de la investigación científica, se hace imperativo salvaguardar la privacidad de los sujetos involucrados. En este sentido, los datos recopilados serán utilizados exclusivamente por el investigador principal, garantizando así la confidencialidad de la información.

Análisis de datos

Se procedió a la agrupación de los datos correspondientes a los sujetos participantes en una base de datos SPSS V.25, con el propósito de generar un análisis descriptivo que permita caracterizar a la muestra. En el presente estudio, se implementó un análisis descriptivo inicial con el propósito de sintetizar las características de las respuestas en cada ítem de los cuestionarios. Este procedimiento metodológico implicó la realización de cálculos de medidas de tendencia central, tales como la media aritmética, y de medidas de dispersión, como la desviación estándar. En lo que respecta al análisis cualitativo de los datos obtenidos a través de los grupos focales, se implementó un enfoque de análisis temático. Para ello, se implementó un proceso de codificación de los datos, con el objetivo de identificar categorías emergentes, relacionadas con las percepciones y experiencias de los participantes respecto a las competencias para la docencia clínica.

3. Resultados

A partir de las entrevistas realizadas, en la primera fase se entrevistan 45 profesionales de la rehabilitación, de los cuales el 69 % eran kinesiólogos, 22 % terapeutas ocupacionales y 9 % fonoaudiólogos. Del total de profesionales, el 33 % trabajaban en centros de salud familiar (CESFAM), el 29 % en hospitales, mientras que el 40% restante se distribuye entre Universidades, departamentos de salud, clínicas privadas y escuelas. Posterior a la primera fase se seleccionaron de manera aleatoria dentro de los participantes que participan de la primera fase, manteniendo la heterogeneidad de profesionales y sus perfiles, se invitan a 10 profesionales a fin de participar en de los grupos focales, de los cuales el 40% fueron kinesiólogos, 30% fonoaudiólogos y 30% terapeutas ocupacionales. Cabe destacar que, el 36 % de los profesionales han complementado su formación con estudios de magíster, aunque, la mayor parte ha realizado estudios de diplomados y cursos de diversidad de intereses, en donde el 82 % de los postítulos se orientan a formación disciplinar. Además, el 51 % de los profesionales ha realizado docencia de aula, principalmente en actividades de teoría y laboratorio. De la misma forma, la mayor parte de los entrevistados reporta haber sido docente clínico con estudiantes del último año, durante el periodo de prácticas profesionales o finales.

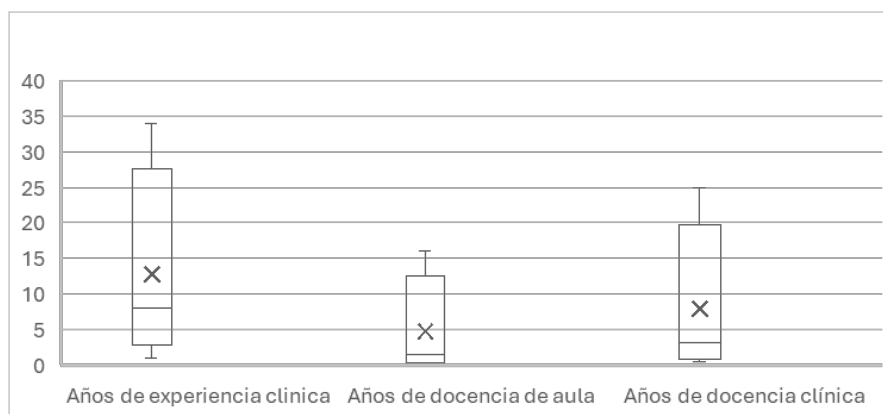


Figura 1. Diversificación de años de los participantes.

La figura 1 refleja las características relativas a los años de experiencia clínica (media de 8.12 ± 5.51), años experiencia como docente de aula (media 3.67 ± 5.96) y años de experiencia como docente clínico (media 8.31 ± 9.04).

Los datos cuantitativos reflejan que, la mayoría de los docentes clínicos planifica situaciones de aprendizaje orientadas al desarrollo de competencias (93,3 %), organiza metodologías en función de los estilos de enseñanza y aprendizaje (86,7 %) y adapta experiencias a las necesidades individuales (86,7 %). Sin embargo, no hay consenso sobre el protagonismo del estudiante en la planificación de objetivos: mientras que un 42,2 % está de acuerdo con no esperar su colaboración, un 35,6 % muestra su desacuerdo, lo que sugiere distintas concepciones sobre la autonomía del alumnado.

Desde una perspectiva cualitativa, los docentes describen prácticas específicas para llevar a cabo la planificación. Un entrevistado indica: «Siempre les pido que planifiquen sesiones por escrito: qué objetivo trabajarán y por qué. Les digo: “No me describas solo la actividad, dime qué quieres lograr”» (VA), lo que muestra un esfuerzo por vincular las actividades con objetivos explícitos. Otro agrega: «Primero observan, luego hacen actividades sencillas y, al final, lideran sesiones completas. Voy soltándoles responsabilidad semana a semana» (CB), lo que evidencia un enfoque progresivo para transferir autonomía.

La percepción de rigidez en los objetivos institucionales, también surge como un obstáculo: «Las universidades mandan objetivos irreales para nuestro contexto» (AM). Esto crea tensión entre las expectativas académicas y las realidades clínicas, y refleja la necesidad de una mayor flexibilidad curricular.

Al consultar sobre las competencias para la docencia clínica, se destaca que la adaptabilidad pedagógica y la empatía son esenciales. Como sintetizó un docente: «No basta con saber; hay que enseñar a pensar clínicamente» (VE). Esto muestra que, para los docentes, es más importante el desarrollo de procesos reflexivos y ajustados al contexto del estudiante que el cumplimiento de planes formales.

En el ámbito cuantitativo, los resultados indican que los docentes fomentan un entorno que favorece el desarrollo clínico (97,8 %) y profesional (97,8 %), así como la práctica del profesionalismo (66,7 %). Sin embargo, se observa una menor seguridad a la hora de atender a estudiantes con un rendimiento excepcional, un 35,6 % de los profesionales está «muy de acuerdo» con promover efectivamente un entorno de aprendizaje para estos estudiantes. En comparación con los que presentan dificultades, quienes representan un 84,4 % de los encuestados está «muy de acuerdo».

Los relatos cualitativos enriquecen esta lectura al poner de manifiesto la diversidad del alumnado. Como señala un entrevistado: «He visto de todo tipo de estudiantes, algunos que son muy rápidos para aprender a través de la lectura» (AM). Otro entrevistado hace hincapié en el papel de la comunicación en la eficacia del entorno: «La forma en que se lo vamos a decir al estudiante, dependerá de lo que realmente va a comprender» (VL).

Asimismo, se exponen situaciones emocionales complejas que van más allá de lo técnico: «Nos ha pasado mucho que llegan con un montón de conflictos emocionales internos... Tenemos que ser capaces de enfrentarnos a esas situaciones» (MJ). Este punto, evidencia que el entorno de aprendizaje no es neutro, sino que involucra aspectos emocionales y relacionales que inciden en la experiencia formativa.

Al consultar sobre las competencias necesarias para la docencia clínica, se vinculan hallazgos tales como, la inteligencia emocional y la flexibilidad contextual. Así, el entorno de aprendizaje clínico

se concibe como un espacio dinámico que requiere de habilidades técnicas y blandas para responder a la diversidad.

Cuantitativamente, la retroalimentación es uno de los aspectos más consolidados: el 100 % de los docentes declara proporcionar una retroalimentación oportuna y constructiva. Sin embargo, el 46,7 % evita las situaciones de confrontación, lo que refleja tensiones en la gestión de conflictos. La comunicación con los coordinadores académicos alcanza el 77,8 %, con cierta dispersión en la percepción de su efectividad.

Los testimonios cualitativos ponen de manifiesto matices importantes. Para un docente, la retroalimentación implica cuidar el vínculo: «Retroalimentar sin destruir la confianza es un arte. Decir: “Esto está mal, pero así se mejora”» (CA). Otro reconoce limitaciones en el clima de confianza: «Siempre les digo: “Ustedes pueden tener ideas mejores que las mías”. Pero muchos no las comparten por miedo a que le afecte a su nota» (CB).

También se identifican prácticas de retroalimentación institucionalizadas: «Al finalizar, los estudiantes evalúan el centro y mi supervisión. Así obtengo una opinión sincera» (VE). Esto muestra que algunos centros promueven la retroalimentación bidireccional, aunque no siempre de manera sistemática ni libre de tensiones jerárquicas.

La consulta sobre las competencias necesarias para la docencia clínica complementa este punto al destacar la comunicación asertiva como una competencia crítica. En este sentido, la retroalimentación no se limita a transmitir información, sino que se configura como una práctica pedagógica y relacional que requiere empatía, escucha activa y capacidad para mantener el vínculo en situaciones conflictivas.

Los resultados cuantitativos indican que, los docentes observan cuidadosamente las fortalezas de los estudiantes (97,8 %), resuelven problemas a medida que surgen (95,6 %) y controlan los sesgos en la evaluación (95,5 %). Sin embargo, el registro de las estrategias implementadas es limitado (60 %), y la consideración de los factores contextuales, aunque alta (86,6 %), no es completa.

Cualitativamente, los docentes expresan la rigidez de los instrumentos institucionales. Como afirma un entrevistado: «La pauta es muy rígida. Si un estudiante evoluciona, ajusto la nota final, aunque no cumpla todos los ítems» (CF). Otro subraya que el error puede ser una oportunidad de aprendizaje: «Evaluamos procesos, no solo casos perfectos. Un error bien manejado también enseña» (CB).

También se cuestiona el origen externo de los instrumentos: «Nosotros no creamos los instrumentos de evaluación. Las rúbricas vienen de la universidad...» (VL). Esta situación limita la autonomía del docente para adaptar la evaluación al contexto clínico.

Este aspecto se puede vincular con lo relacionado con las competencias docentes que se reporta en las entrevistas en profundidad. Esto refuerza la idea de que la evaluación requiere un conocimiento clínico-pedagógico integrado, capaz de equilibrar criterios objetivos con la flexibilidad que exige la realidad de los servicios de salud. La falta de sistematicidad en el registro y la dependencia de instrumentos externos, constituyen los principales vacíos identificados.

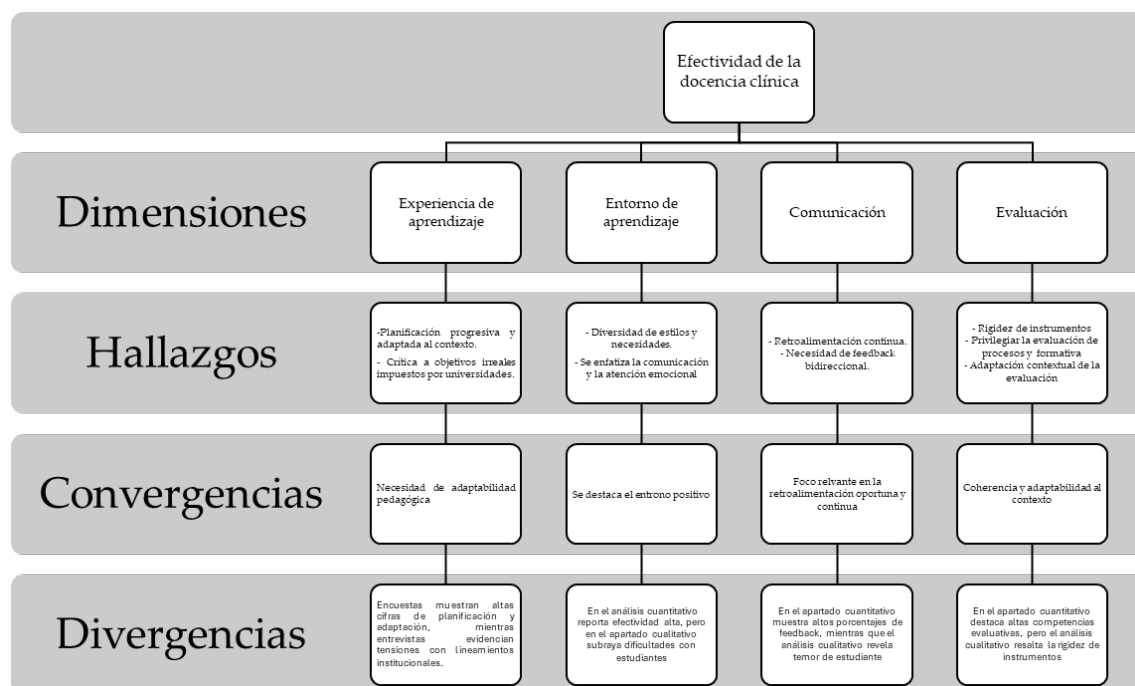


Figura 2. Análisis sintético de apartados cuantitativos y cualitativos.

4. Discusión

El propósito de la presente investigación fue analizar la efectividad de la docencia clínica en relación con la evaluación de las habilidades y competencias docentes consideradas relevantes por los educadores clínicos de las carreras de ciencias de la rehabilitación. Los resultados ponen de manifiesto una alta percepción de la efectividad entre los docentes clínicos, especialmente en lo que respecta a la planificación y adaptación de experiencias orientadas a las necesidades individuales de los estudiantes, lo cual está en consonancia con lo planteado por Murphy en relación con la efectividad de la docencia clínica (20). Sin embargo, el 40 % de los docentes admite enfrentarse a desafíos para estructurar metodologías que integren diversos enfoques de enseñanza y aprendizaje, lo que implica una restricción en el dominio de estrategias pedagógicas diversificadas. En este sentido, Murphy (2014) implementa un taller orientado a educadores clínicos de fisioterapia de la Universidad de Columbia. Entre sus conclusiones, se destaca la necesidad perentoria de identificar un modelo que mitigue la brecha entre educadores clínicos y estudiantes, así como su incorporación en los procesos de formación docente. En este orden de ideas, se recomienda la adopción del modelo de aprendizaje experiencial propuesto por Kolb como parte integral de los currículos formativos destinados a los educadores clínicos (20).

Costello (21), a partir del desarrollo de actividades de aprendizaje basado en la experiencia, refuerza la necesidad de promover esquemas de enseñanza que favorezcan la autonomía progresiva, comenzando por la observación, continuando con tareas guiadas y culminando con sesiones clínicas (21). En consonancia con lo anteriormente expuesto, Sanders (23) sostiene en un estudio que las actividades de simulación clínica previas al ingreso en prácticas reales permiten el desarrollo del aprendizaje a partir de la experiencia (22). En este punto, diversos autores concuerdan en que las universidades pueden propiciar estrategias de simulación clínica para facilitar los procesos de aprendizaje y el diseño de experiencias, tanto para estudiantes como para docentes clínicos (23-25).

En lo que respecta a la eficacia objetiva, los hallazgos del presente estudio revelan un amplio consenso entre los participantes respecto a la planificación de actividades individualizadas en los tres dominios del aprendizaje: cognitivo o saber (88,8 % de los sujetos encuestados), procedimental o

saber hacer (93,4 % de los sujetos encuestados) y actitudinal o saber ser (88,8 % de los sujetos encuestados). En este contexto, resulta pertinente mencionar las observaciones de Polyzois et al. (2010), quienes en su estudio realizado en la Dublin Dental School and Hospital, examinaron el grado de concordancia entre estudiantes y supervisores en relación con la calidad de la enseñanza clínica. Dichos investigadores identificaron percepciones divergentes entre ambos grupos y entre distintos niveles académicos. A pesar de lo anterior, se concluyó que existe una limitada coincidencia en la valoración de la efectividad docente, aunque en general ambos grupos la calificaron de manera favorable, señalando áreas específicas susceptibles de mejora (26).

En lo que respecta a la promoción de la práctica directa (100 % de los sujetos entrevistados) y el empleo de herramientas didácticas, tales como simulaciones y casos clínicos (88,8 % de los sujetos entrevistados), se evidencia un enfoque pedagógico activo, el cual se considera un eje central del proceso de aprendizaje situado. En este proceso, se destacan la comunicación y la capacidad de autogestión del aprendizaje. Si bien este aspecto es mencionado por Murphy et al. (2008), en su estudio este mismo reflexiona sobre las percepciones de estudiantes y supervisores respecto a los resultados de aprendizaje alcanzados. Dicho estudio evidencia discrepancias significativas entre lo que los docentes declaran enseñar y lo que los estudiantes perciben haber aprendido. Se concluye que estas divergencias reflejan una falta de alineación entre enseñanza y aprendizaje, destacando la necesidad de mecanismos de evaluación que integren ambas perspectivas (27).

El porcentaje de docentes clínicos que se muestra «muy de acuerdo» con la claridad de los objetivos de aprendizaje (48,9 % de los encuestados), sugiere la necesidad de mejorar la formulación de las expectativas de instrucción para los estudiantes. En este caso, según lo que reporta Rogers (7), mediante un diseño descriptivo basado en encuestas aplicadas a estudiantes y supervisores clínicos, analizó las percepciones sobre las habilidades docentes y las necesidades de formación pedagógica de los supervisores en contextos de práctica, que dentro de los hallazgos mostraron concordancia entre ambos grupos en torno a la necesidad de fortalecer competencias vinculadas a la planificación de experiencias de aprendizaje, la retroalimentación, la adaptación a diversos estilos de aprendizaje y la evaluación según objetivos, sugiriendo focalizar la educación continua en estas áreas (7). Complementado a lo anterior, Sellberg (28) abordan las experiencias de los estudiantes de Fisioterapia durante las prácticas clínicas de supervisión, mediante una serie de entrevistas realizadas a un grupo de 13 estudiantes. Los resultados del estudio pusieron de manifiesto la relevancia de la figura del supervisor, que, mediante la creación de un entorno de confianza, promueve la participación y la autonomía del estudiante. Además, se destaca la importancia de que el supervisor utilice de forma continua los resultados de aprendizaje como guía, con el fin de favorecer la coherencia y el logro de los objetivos formativos. Por último, se concluye que tanto los docentes como los estudiantes valoran la importancia de establecer una relación de confianza y de fomentar la participación de los actores del proceso (28).

En cuanto al entorno clínico-educativo considerado en el presente trabajo, se percibe como un espacio altamente propicio para el desarrollo de habilidades clínicas y profesionales, ya que el 97,8 % de los entrevistados lo considera así, por lo que se debe tener en cuenta lo planteado por Nordquist, quien concluye que el diseño de los espacios de aprendizaje clínico debe responder a los requerimientos de la educación basada en competencias, promoviendo entornos que integren funcionalidad pedagógica y práctica clínica (10), complementado a lo considerado por Bernal, que al igual que el presente estudio en un modelo mixto, concluye que la evaluación integrada y colaborativa de los entornos de aprendizaje clínico es una estrategia viable y efectiva para promover mejoras sostenibles en la calidad educativa y asistencial (29). No obstante, es importante tener en cuenta la doble función del educador clínico en la educación y la atención al paciente (30).

A pesar de la carga de trabajo indicada por la evidencia, el 66,7 % de los docentes clínicos encuestados promueve activamente el profesionalismo y el sentido ético, y considera que un entorno bien planificado puede reducir el estrés y la ansiedad de los estudiantes, muy en concordancia con lo reportado por, estudio que mediante un diseño cualitativo exploratorio-descriptivo en estudiantes de enfermería, analizó los factores que facilitan u obstaculizan el aprendizaje clínico. Los hallazgos evidenciaron que la aceptación y el apoyo del personal clínico favorecen la seguridad y el sentido de pertenencia, mientras que la descalificación y la violencia horizontal dificultan el aprendizaje, concluyendo que un entorno clínico no favorable limita la preparación efectiva de los estudiantes y requiere políticas de apoyo específicas (31).

Las habilidades de comunicación y empatía están muy valoradas, pero esta última tiende a ser menos considerada porque es difícil de identificar en un estudiante (5), aunque este aspecto puede ponerse de manifiesto cuando el supervisor se presenta como un referente frente a ciertas conductas dentro de un servicio clínico (32). El 100 % de los encuestados en el presente estudio, proporciona una retroalimentación oportuna y constructiva, lo cual es fundamental para el aprendizaje significativo y la mejora del rendimiento estudiantil. Asimismo, el 75,6 % practica la escucha activa, lo que facilita un clima de respeto y colaboración. En este sentido, coincide con lo planteado por Smith et al. (2025), que destacan la importancia de poseer habilidades relacionadas con una buena comunicación y retroalimentación. Los participantes señalan a partir de lo indicado en los grupos focales, que la flexibilidad pedagógica es un elemento esencial para manejar situaciones de alta carga emocional. En este sentido, en un estudio de diseño mixto, que considera la participación de expertos en educación clínica en fisioterapia, se destacan tres dominios, educador centrado en el estudiante, evaluador y modelo profesional (34), siendo aun un desafío para el contexto en el cual se realiza el presente estudio, por lo que las universidades deben desempeñar un papel predominante a la hora de proporcionar el apoyo necesario para implementar nuevas estrategias de evaluación, incluyendo recursos y formación para los educadores clínicos.

En ese aspecto Tavares considera el termino de conversaciones de aprendizaje, lo que implica una integración del contenido teórico y la práctica simulada o real, pudiendo aportar al vinculo docente estudiante (35). En la evidencia clásica, como la reportada por Epstein, exploró la experiencia de aprendizaje del estudiante de medicina en consultorios de medicina familiar, en donde los resultados clave revelaron que las experiencias de aprendizaje más formativas eran breves, enfocadas en problemas, colaborativas y propiciaban la autorreflexión (36). La literatura menciona que los educadores clínicos eficaces poseen atributos intrínsecos que facilitan el aprendizaje de los estudiantes, junto con habilidades de organización, evaluación y retroalimentación (16). En este sentido, la sección de evaluación de los resultados del presente estudio refleja un panorama positivo respecto a la observación sistemática, la objetividad en los juicios y el abordaje temprano de problemas, con más del 95 % de acuerdo. En este sentido, Costello indica que es crucial integrar al estudiante como un trabajador más, ya que esto puede tener un impacto directo en lo que espera la institución formadora en cuanto a los resultados de aprendizaje del estudiante en el contexto clínico (21).

En concordancia con el punto anterior en el análisis cuantitativo, el 86,6 % de los encuestados, considera que la evaluación debe tener en cuenta factores contextuales, ya que es la habilidad de transmitir conocimientos de manera efectiva y adaptada a las necesidades de aprendizaje de los estudiantes, en este aspecto Chang establece que un docente debe ser capaz de transmitir conocimiento de evaluarlo de manera coherente (37), lo que permite al docente, evaluar el desempeño de los estudiantes de manera justa y precisa, considerando también las evaluaciones formativas y sumativas (38). La evidencia disponible, destaca la evaluación formativa como una herramienta que se centra en proporcionar una retroalimentación continua para guiar el aprendizaje y mejorar las habilidades clínicas (41). Junto a este aspecto, aparece la autoevaluación como un proceso metacognitivo, que los estudiantes deben desarrollar con la ayuda de los docentes clínicos

(42). Con base a este punto destaca de igual manera la inclusión del estudiante en la autoevaluación, donde un 93,3 % de los encuestados en el presente estudio la realiza y deja claro que la autoevaluación es un método que permite a los estudiantes reflexionar y evaluar críticamente su rendimiento, en este aspecto estudios reportan dentro de sus recomendaciones que esta instancia puede aumentar su participación en el proceso de aprendizaje y mejorar su rendimiento académico (39-40). En este punto, se invita a reflexionar sobre la evaluación, como un proceso continuo que debe desarrollarse mediante múltiples evaluaciones de bajo riesgo a lo largo del tiempo para determinar la competencia del estudiante. Entre las ventajas de este enfoque, se encuentra la reducción del estrés y la obtención de una evaluación más precisa del rendimiento (43).

Uno de los hallazgos relevantes frente a lo analizado en los resultados y la evidencia disponible es que los docentes clínicos manifiestan la necesidad de recibir formación en este aspecto, así como en el diseño de rúbricas híbridas que combinen criterios universales y adaptaciones contextuales. Esta situación, evidencia una falta de evaluación objetiva de las necesidades de aprendizaje no percibidas en los programas de educación médica continua según lo que reflexiona Armson et al. (2020), en su revisión exploratoria (44), lo que se relaciona puntualmente con lo establecido por Galport que pone de manifiesto que los educadores no siempre son conscientes de sus necesidades de mejora (45). Frente al párrafo anterior un aspecto relevante a tener en consideración es que los estudiantes no siempre tienen la instancia de generar retroalimentaciones a sus docentes clínicos, debido a que dentro de las consideraciones de los resultados se menciona que estos suelen inhibirse de emitir juicios sobre sus supervisores por temor a represalias, lo que subraya la importancia de establecer mecanismos de retroalimentación anónimos y protocolizados. En este sentido, tal y como plantean Boerboom et al. (2011), las evaluaciones de los estudiantes a los supervisores pueden ayudar a los docentes clínicos a reflexionar sobre sus habilidades docentes y a encontrar maneras de mejorar su enseñanza (46).

Es importante tener en cuenta que existen limitaciones asociadas a normas culturales, a las relaciones interpersonales y a la necesidad de consentimiento explícito para dar críticas constructivas; estos factores suponen una barrera para una retroalimentación honesta y útil de parte de los estudiantes hacia los docentes (47). Por último, el estudio presenta limitaciones en cuanto a la muestra alcanzada.

5. Conclusiones

- Los profesionales de la rehabilitación tienen percepciones positivas sobre la efectividad de la docencia clínica y que destacan fortalezas en la planificación de experiencias, la generación de entornos de aprendizaje propicios y la entrega de una retroalimentación oportuna. No obstante, persisten desafíos asociados a la escasa participación de los estudiantes en la definición de objetivos, la rigidez de los instrumentos de evaluación y la dificultad para atender a la diversidad de estudiantes según su rendimiento en escenarios clínicos reales.
- Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de que los docentes clínicos de las profesiones de ciencias de la rehabilitación reciban formación pedagógica, utilicen metodologías centradas en el estudiante y otorguen mayor autonomía en el diseño y aplicación de evaluaciones contextualizadas, teniendo en cuenta, a su vez, la particularidad de estas profesiones, que requieren competencias genéricas como la comunicación efectiva.
- Entre las principales aplicaciones de la presente investigación, se destaca la orientación centrada en las necesidades del fortalecimiento de la formación de los educadores clínicos en el contexto de las ciencias de la rehabilitación.

Financiación: El proyecto se financia con el fondo interno de investigación de la Vicerrectoría de Investigación e Innovación de la Universidad Arturo Prat en su Línea UNAP Inicia.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribuciones de los autores: CM: Director del proyecto, justificación teórica, análisis de datos, análisis de la discusión, edición del manuscrito. JC: Codirectora del proyecto, justificación teórica y edición del manuscrito. PM: Coinvestigadora del proyecto, justificación teórica y edición del manuscrito. EM: Edición del manuscrito. MC: Coinvestigador, análisis de datos, justificación teórica y edición del manuscrito. SJ: Coinvestigador, análisis de dato, justificación teórica y edición del manuscrito. CF: Análisis de datos, edición del manuscrito.

6. Referencias.

1. Nolla Domenjó M. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educación Médica*. **2019**, 20(2), 100–4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>
2. Rojas MR, Navarro DR. Percepción de tutores clínicos pertenecientes a centros de salud familiar en Chile sobre las barreras para la docencia clínica en atención primaria. *Revista Española de Educación Médica*. **2025**, 6(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.645591>
3. Negesso A, Rikitu G, Sime G, Gebregzabher E, Tekele S, Misganaw A. Preceptors training need assessment for medical laboratory professional clinical education programs in Ethiopia. *PLoS One*. **2022**, 17(10), e0275533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275533>
4. Srinivasan M, Li S, Meyers F, Pratt D, Collins J, Braddock C. “Teaching as a Competency”: Competencies for Medical Educators. *Academic Medicine*. **2011**, 86(10), 1211–20. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a>
5. Phillips H, Jator E, Latchem S, Catalano T. Clinical Educators’ Teaching Approaches and Attributes in Laboratory Medicine. *Lab Med*. **2023**, 54(5), e134–40. <https://doi.org/10.1093/labmed/lmad001>
6. Manthey M. Foundations of Interprofessional Communication and Collaboration. *Creat Nurs*. **2012**, 18(2), 64–7. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.18.2.64>
7. Rogers J, Lautar C, Dunn L. Allied Health Students’ Perceptions of Effective Clinical Instruction. *Health Care Manag (Frederick)*. **2010**, 29(1), 63–7. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181cca311>
8. Zhang H, Yoong S, Dong Y, Goh S, Lim S, Chan Y. Using a 3-Phase Peer Feedback to Enhance Nursing Students’ Reflective Abilities, Clinical Competencies, Feedback Practices, and Sense of Empowerment. *Nurse Educ*. **2023**, 48(1), E11–6. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001294>
9. Cauraugh J, Martin M, Komer M. Modeling surgical expertise for motor skill acquisition. *The American Journal of Surgery*. **1999**, 177(4), 331–6. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(99)00057-4)
10. Nordquist J, Chan M, Maniate J, Cook D, Kelly C, McDougall A. Examining the clinical learning environment through the architectural avenue. *Med Teach*. **2019**, 41(4), 403–7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1566603>
11. Tang Z, Shikama Y, Otani K. Comparison of student self-assessment and teacher assessment of medical interview performance during bedside learning. *Fukushima J Med Sci*. **2023**, 69(1). <https://doi.org/10.5387/fms.2023-03>
12. Stalmeijer R, Dolmans D, Wolfhagen I, Peters W, Van Coppenolle L, Scherpbier A. Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers. *Advances in Health Sciences Education*. **2010**, 15(3), 315–28. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9199-6>
13. Hernández M, Albarrán-Pérez D. Docencia clínica en APS: una vocación que exige más que buena voluntad. *Revista Española de Educación Médica*. **2025**, 6(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.656871>
14. Ingwersen K, Lyons N, Hitch D. Perceptions of fieldwork in occupational therapy. *Clin Teach*. **2017**, 14(1), 55–9. <https://doi.org/10.1111/tct.12518>
15. Reilly B. Inconvenient truths about effective clinical teaching. *The Lancet*. **2007**, 370(9588), 705–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61347-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61347-6)
16. Gibson S, Palermo C. Optimizing the Role of Clinical Educators in Health Professional Education. In: Clinical Education for the Health Professions. *Springer Nature Singapore*; **2023**, 985–98. https://doi.org/10.1007/978-981-15-3344-0_125

17. Creswell J, Creswell D. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 5th ed. Vol. 1. SAGE Publications; 2018.
18. Wormley M, Romney W, Greer A. Development of the Clinical Teaching Effectiveness Questionnaire in the United States. *J Educ Eval Health Prof.* 2017, 14(14). <https://doi.org/10.3352/jeehp.2017.14.14>
19. Moustakas CE. Phenomenological research methods. Phenomenological research methods. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1994. 192, xiv, 192–xiv p.
20. Murphy S. Remember how it feels to be a student? *Clin Teach.* 2014, 11(5), 336–9. <https://doi.org/10.1111/tct.12163>
21. Costello M, Cantillon P, Geoghegan R, Byrne D, Lowery A, Walsh S. Experience-based learning: how a crisis solution informed fundamental change in a clinical education curriculum. *Clin Teach.* 2022, 19(1), 42–7. <https://doi.org/10.1111/tct.13441>
22. Stupans I, Owen S. Clinical Educators in the Learning and Teaching Space—a model for their Work Based Learning. *Int J Health Promot Educ.* 2010, 48(1), 28–32. <https://doi.org/10.1080/14635240.2010.10708177>
23. Sanders R, Thorne J. A day in the life of a maternity unit: immersive simulation for final year midwifery students. *Br J Midwifery.* 2024, 32(10), 570–3. <https://doi.org/10.12968/bjom.2024.0067>
24. Anderson M, Campbell SH, Nye C, Diaz D, Boyd T. Simulation in Advanced Practice Education: Let's Dialogue!. *Clin Simul Nurs.* 2019, 26, 81–5. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.10.011>
25. Talwalkar JS, Cyrus KD, Fortin AH. Twelve tips for running an effective session with standardized patients. *Med Teach.* 2020, 42(6), 622–7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1607969>
26. Polyzois I, McLouglin J, Kelly A, Claffey N. Clinical teaching in restorative dentistry and the variation between students' and supervisors' perceptions of its effectiveness. *European Journal of Dental Education.* 2010, 14(2), 92–8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2009.00597.x>
27. Murphy M, Seneviratne R, Mcaleer S, Remers O, Davis M. Student selected components: do students learn what teachers think they teach?. *Med Teach.* 2008, 3(10), 175–9. <https://doi.org/10.1080/01421590802337138>
28. Sellberg M, Halvarsson A, Nygren-Bonnier M, Palmgren PJ, Möller R. Relationships matter: a qualitative study of physiotherapy students' experiences of their first clinical placement. *Physical Therapy Reviews.* 2022, 27(6), 477–85. <https://doi.org/10.1080/10833196.2022.2106671>
29. Bernal J, Cresalia N, Fuller J, Gin B, Laves E, Lupton K, et al. Comprehensive Assessment of Clinical Learning Environments to Drive Improvement: Lessons Learned from a Pilot Program. *Teach Learn Med.* 2023, 35(5), 565–76. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2110497>
30. Edwards E, Phillips A, McEvoy M, Johnston K. Characteristics and outcomes of communities of practice in allied health educators: rapid review. *J Interprof Care.* 2025, 39(3), 510–8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2452957>
31. Lekalakala-Mokgele E, Caka E. Facilitative and obstructive factors in the clinical learning environment: Experiences of pupil enrolled nurses. *Curationis.* 2015, 38(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1263>
32. Gupta PB, McRae AE, Franke JL, Saba JA, Soroosh GP, Solomon BS, et al. The Distinguished Teaching Society at the Johns Hopkins University School of Medicine: A Student-Led Initiative to Recognize Clinical Educators. *Academic Medicine.* 2021, 96(8), 1160–3. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003873>
33. Smith J, Lane I. Making the most of five minutes: The clinical teaching moment. *J Vet Med Educ.* 2015, 42(3), 271–80. <https://doi.org/10.3138/jvme.0115-004R>
34. Myers K, Bilyeu C, Covington K, Sharp A. Clinical Teaching Competencies in Physical Therapist Education: A Modified Delphi Study. *Phys Ther.* 2022, 102(7). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac063>
35. Tavares W, Eppich W, Cheng A, Miller S, Teunissen PW, Watling CJ, et al. Learning Conversations: An Analysis of the Theoretical Roots and Their Manifestations of Feedback and

- Debriefing in Medical Education. *Academic Medicine*. **2020**, *95*(7), 1020–5. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002932>
36. Epstein RM. How Students Learn From Community-Based Preceptors. *Arch Fam Med*. **1998**, *7*(2), 149–54. <https://doi.org/10.1001/archfami.7.2.149>
37. Jenq CC, Ou LS, Tseng HM, Chao YP, Lin JR, Monrouxe L V. Evaluating Clinical Educators' Competence in an East Asian Context: Who Values What?. *Front Med (Lausanne)*. **2022**, *9*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.896822>
38. Becker M, Shields RK, Sass KJ. Psychometric Analysis of an Integrated Clinical Education Tool for Physical Therapists. *Journal of Physical Therapy Education*. **2024**, *38*(4), 277–84. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000341>
39. Atrash H, Katz-Leurer M, Shahar G. The effect of self-assessment on student competence in physiotherapy clinical training: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. **2023**, *23*(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04737-9>
40. Yoho R, Vardaxis V, Millonig K. Relationship Between Academic Performance and Student Self-Assessment of Clinical Performance in the College of Podiatric Medicine and Surgery. *J Am Podiatr Med Assoc*. **2016**, *106*(3), 214–7. <https://doi.org/10.7547/14-166>
41. Bockrath R, Rodriguez G, O'Brien CL, Dolan BM. Students as Teachers: Development and Implementation of a Workplace-Based Assessment. *Med Sci Educ*. **2024**, *34*(3), 537–41. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02022-y>
42. Casa-Levine C, Nappo-Dattoma L. Effects of Self-Assessment on Clinical Competence in Dental Hygiene Education. *J Dent Hyg*. **2022**, *96*(2), 43–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07453-8>
43. Chimea T La, Kanji Z, Schmitz S. Assessment of clinical competence in competency-based education. *Can J Dent Hyg*. **2020**, *54*(2), 83–91. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7668267/>
44. Armson H, Perrier L, Roder S, Shommu N, Wakefield J, Shaw E. Assessing Unperceived Learning Needs in Continuing Medical Education for Primary Care Physicians: A Scoping Review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. **2020**, *40*(4), 257–67. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000300>
45. Galport N, Azzam T. Evaluator Training Needs and Competencies. *American Journal of Evaluation*. **2017**, *38*(1), 80–100. <https://doi.org/10.1177/1098214016643183>
46. Boerboom TBB, Jaarsma D, Dolmans DHJM, Scherpbier AJJA, Mastenbroek NJJM, Van Beukelen P. Peer group reflection helps clinical teachers to critically reflect on their teaching. *Med Teach*. **2011**, *33*(11), e615–23. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.610840>
47. Joyce J, Cantillon P, Geoghegan R. Peer feedback in graduate training: A phenomenological investigation of possibilities. *Med Teach*. **2022**, *44*(12), 1362–7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2094229>



Tabla 1. Sección 1: Experiencia de Aprendizaje.

	Ítem	1		2		3		4		5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diseño de experiencias	Aa1. Planifico situaciones de aprendizaje dirigidas al estudiante orientadas a la competencia genéricas y específicas para la experiencia clínica.	-	-	-	-	3	6.7%	18	40%	24	53.3%
	Aa2. Organizo metodologías de enseñanza aprendizaje que desafían tanto los estilos de enseñanza de mí como docente clínico, así como los estilos de aprendizaje del estudiante.	-	-	1	2.2%	5	11.1%	21	46.7%	18	40%
	Aa9. Adapto las experiencias y oportunidades de aprendizaje a las necesidades del estudiante.	-	-	1	2.2%	5	11.1%	12	26.7%	27	60%
	Aa10. No espero que el estudiante colabore en la planificación de metas semanales de aprendizaje.	7	15.6%	9	20%	19	42.2%	8	17.8%	2	4.4%
	Aa11. Soy efectivo en individualizar y adaptar las experiencias de aprendizaje para estudiantes con dificultades de rendimiento (conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	1	2.2%	11	24.4%	28	62.2%	5	11.1%
	Aa12. Soy efectivo en individualizar y adaptar las experiencias de aprendizaje para el estudiante de rendimiento excepcional (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	1	2.2%	11	24.4%	25	55.6%	8	17.8%
Eficacia Objetiva	Ab3. Planteo actividades de aprendizaje individualizados para experiencias de aprendizaje en el dominio del saber o “conocimiento”.	-	-	1	2.2%	4	8.9%	20	44.4%	20	44.4%
	Ab4. Planteo actividades de aprendizaje individualizados para experiencias de aprendizaje en el dominio del saber hacer o “habilidades”.	-	-	-	-	3	6.7%	25	55.6%	17	37.8%
	Ab5. Planteo actividades de aprendizaje individualizados para experiencias de aprendizaje en el dominio del saber ser o “actitudes”.	-	-	-	-	5	11.1%	20	44.4%	20	44.4%
	Ab6. Elaboro objetivos de aprendizaje que representan lo que se espera del estudiante.	1	2.2%	1	2.2%	9	20%	12	26.7%	22	48.9%
	Ab7. Promuevo la práctica directa para el desarrollo de una nueva habilidad.	-	-	-	-	-	-	16	35.6%	29	64.4%
	Ab8. Utilizo diversas herramientas didácticas, como simulación de pacientes, juegos de rol o casos clínicos escritos para mejorar el aprendizaje de cada estudiante.	-	-	1	2.2%	4	8.9%	11	24.4%	29	64.4%

(n: cantidad numérica; %: cantidad porcentual); Muy en desacuerdo (1); En desacuerdo (2); Moderadamente de acuerdo (3); De acuerdo (4); Muy de acuerdo (5)

Tabla 2. Sección 2: Entorno de aprendizaje.

	Ítem	1		2		3		4		5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entorno de aprendizaje	Ba13. Proporciono intencionalmente un entorno de aprendizaje que promueve el desarrollo de las habilidades clínicas del estudiante.	-	-	-	-	1	2.2	21	46.7%	23	51.1%
	Ba14. Proporciono intencionalmente un entorno de aprendizaje que promueve el desarrollo profesional del estudiante.	-	-	-	-	1	2.2%	14	31.1%	30	66.7%
	Ba15. Demuestro conscientemente comportamientos coherentes con los valores fundamentales del profesionalismo en mi práctica diaria (responsabilidad, altruismo, compasión/cuidado, excelencia, integridad, deber profesional y responsabilidad social).	-	-	-	-	1	2.2%	14	31.1%	30	66.7%
	Ba16. Realizo preguntas de nivel pertinente para aplicar el conocimiento en la toma de decisiones.	-	-	-	-	1	2.2%	15	33.3%	29	64.4%
	Ba17. Espero que el estudiante aporte evidencia para respaldar su toma de decisiones clínicas.	-	-	-	-	2	4.4%	19	42.2%	24	53.3%
	Ba18. Soy efectivo en la creación de un entorno de aprendizaje para estudiantes con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	2	4.4%	5	11.1%	24	53.3%	14	31.1%
	Ba19. Soy efectivo en la creación de un entorno de aprendizaje para estudiantes de rendimiento excepcional (Conocimiento habilidades actitudes).	-	-	1	2.2%	7	15.6%	21	46.7%	16	35.6%

(n: cantidad numérica; %: cantidad porcentual); Muy en desacuerdo (1); En desacuerdo (2); Moderadamente de acuerdo (3); De acuerdo (4); Muy de acuerdo (5)

Tabla 3. Sección 3: Comunicación.

	Ítem	1		2		3		4		5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Promoción de la retroalimentación	Ca20. Facilito la comunicación con el estudiante a través de la escucha activa.	-	-	-	-	1	2.2%	10	22.2%	34	75.6%
	Ca21. Evito la comunicación que pueda ser difícil o confrontaciones con el estudiante.	1	2.2%	6	13.3%	3	6.7%	14	31.1%	21	46.7%
	Ca22. Proporciono retroalimentación oportuna durante la experiencia clínica para fomentar el aprendizaje y/o modificar el comportamiento.	-	-	-	-	-	-	21	46.7%	24	53.3%
	Ca23. Proporciono retroalimentación constructiva durante la experiencia clínica para fomentar el aprendizaje y/o modificar el comportamiento.	-	-	-	-	-	-	15	33.3%	30	66.7%
	Ca24. Espero que los estudiantes busquen retroalimentación continua, incluso si no es un requisito de la carrera/ Universidad/ institución.	-	-	1	2,2%	3	6,7%	19	42.2%	22	48.9%
	Ca25. Solicito asistencia del coordinador de prácticas de la carrera/Universidad/institución, según sea necesario para la resolución de problemas.	-	-	2	4.4%	8	17.8%	19	42.2%	16	35.6%
Comunicación inclusiva	Cb26. Me comunico con los coordinadores académicos de la carrera/ Universidad/Institución, sobre el desempeño del estudiante (positivo y negativo).	1	2.2%	2	4.4%	4	8.9%	17	37.8%	21	46.7%
	Cb27. Soy efectivo en la comunicación con el estudiante con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	1	2.2%	6	13.3%	23	51.1%	15	33.3%
	Cb28. Soy efectivo en la comunicación con el estudiante de rendimiento excepcional (Conocimiento, habilidades y actitudes)	-	-	-	-	5	11.1%	21	46.7%	19	42.2%

(n: cantidad numérica; %: cantidad porcentual); Muy en desacuerdo (1); En desacuerdo (2); Moderadamente de acuerdo (3); De acuerdo (4); Muy de acuerdo (5)

Tabla 4. Sección 4: Evaluación.

	Ítem	1		2		3		4		5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evaluación del estudiante	Da29. Observo cuidadosamente al estudiante para determinar sus fortalezas individuales y áreas de desarrollo.	-	-	-	-	1	2.2%	16	35.6%	28	62.2%
	Da30. Mis evaluaciones de los estudiantes se orientan en información de primera mano relativas a lo recomendado por la carrera/Universidad/Institución.	-	-	-	-	2	4.4%	16	35.6%	27	60%
	Da34. Dejo constancia del cambio en el desempeño del comportamiento del estudiante.	-	-	-	-	3	6.7%	18	40%	24	53.3%
	Da35. Abordo los problemas a medida que surgen con el estudiante.	-	-	1	2.2%	1	2.2%	16	35.6%	27	60%
	Da41. No permito que mis sesgos personales afecten mi evaluación del estudiante.	-	-	-	-	2	4.4%	15	33.3%	28	62.2%
	Da42. Involucro al estudiante en la autoevaluación como parte del análisis del desempeño.	-	-	-	-	2	4.4%	15	33.3%	26	62.2%
	Da43. Considero todos los factores del estudiante (nivel actual de desempeño, currículo académico, nivel de preparación didáctica) al analizar su comportamiento.	-	-	-	-	6	13.3	15	33.3%	24	53.3%
Identificación de dominios	Dc36. Dejo constancia de las estrategias que implementé para remediar el problema.	-	-	8	17.8%	10	22.2%	13	28.9%	14	31.1%
	Dc37. Soy efectivo en evaluar los efectos de la solución implementada para el estudiante con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	-	-	11	24.4%	19	42.2%	15	33.3%
	Dc38. Soy efectivo en evaluar los efectos de la solución implementada para el estudiante de rendimiento excepcional (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	1	2.2%	10	22.2%	21	46.7%	13	28.9%
	Dc39. Soy efectivo en modificar la solución para satisfacer las necesidades del estudiante con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	-	-	7	15.6%	27	60%	11	24.4%
	Dc40. Soy efectivo en modificar la solución para satisfacer las necesidades del estudiante excepcional.	-	-	-	-	5	11.1%	26	57.85	14	31.1%
Monitor eo de	Dc36. Dejo constancia de las estrategias que implementé para remediar el problema.	-	-	8	17.8%	10	22.2%	13	28.9%	14	31.1%
	Dc37. Soy efectivo en evaluar los efectos de la solución implementada para	-	-	-	-	11	24.4%	19	42.2%	15	33.3%

soluciones	el estudiante con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).										
	Dc38. Soy efectivo en evaluar los efectos de la solución implementada para el estudiante de rendimiento excepcional (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	1	2.2%	10	22.2%	21	46.7%	13	28.9%
	Dc39. Soy efectivo en modificar la solución para satisfacer las necesidades del estudiante con dificultades de rendimiento (Conocimiento, habilidades y actitudes).	-	-	-	-	7	15.6%	27	60%	11	24.4%
	Dc40. Soy efectivo en modificar la solución para satisfacer las necesidades del estudiante excepcional.	-	-	-	-	5	11.1%	26	57.85	14	31.1%

(n: cantidad numérica; %: cantidad porcentual); Muy en desacuerdo (1); En desacuerdo (2); Moderadamente de acuerdo (3); De acuerdo (4); Muy de acuerdo (5)