

Percepción de autoeficacia clínica de los estudiantes de Odontología posterior a la crisis social y a la pandemia de COVID-19 en una universidad chilena en 2021

Patricia ALVEAR-GODOY, M. Consuelo RUBIO-MUÑOZ, Daniela ALBERS-BUSQUETS, Mario ZÚÑIGA-MOGOLLONES

Introducción. Autoeficacia es la percepción de las personas de su capacidad para realizar tareas.

Sujetos y métodos. Aplicación de la escala de autoeficacia de competencias clínicas (EAC) a 31 estudiantes de una universidad chilena que vivió una crisis social y la pandemia COVID-19.

Resultados. Media de EAC: 65,42 (DE \pm 5,07). Diferencia estadísticamente significativa para mujeres ($p = 0,04$), mayor puntuación en comunas sin prioridad social ($p50 = 70$; rango intercuartílico = 4).

Conclusiones. Los estudiantes mostraron un valor alto en EAC. Las mujeres y los estudiantes que residen en sectores acomodados tienen una puntuación mayor.

Palabras clave. Autoeficacia. Chile. Competencia clínica. Educación. Pandemia COVID-19. Odontología. Odontológica.

Perception of clinical self-efficacy of Dentistry students after social crisis and COVID-19 pandemic in a Chilean university in 2021

Introduction. Self-efficacy is people's perception of their ability to perform tasks.

Subjects and methods. A total of 31 students experiencing social crisis and COVID-19 pandemic were applied The self-efficacy scale of clinical competencies (EAC).

Results. Mean EAC: 65.42 (SD \pm 5.07). Statistically significant difference for women ($p = 0.04$), higher score in communes without social priority ($p50 = 70$, interquartile range = 4).

Conclusions. Students showed high value in the EAC. Female gender and students who reside in more affluent sectors have a higher score on the EAC.

Key words. Self-efficacy. Chile. Clinical competence. COVID-19 pandemic. Dental education. Dentistry.

Introducción

Según Bandura, autoeficacia es la 'impresión o juicio de que uno es capaz de desempeñarse de cierta forma y poder alcanzar ciertas metas' e influye en las elecciones que hacen los estudiantes. Las personas con alta autoeficacia son capaces de lograr con éxito sus propósitos [1].

Debido a los eventos medicosociales ocurridos en Chile, la carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián adaptó su currículum y formato. Esto, sumado al estado emocional de los estudiantes, debido al estrés generado bajo el contexto nacional e internacional [2], pudo afectar su percepción de autoeficacia de competencias clínicas.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de autoeficacia clínica de los estudiantes y determinar posibles diferencias por sexo, actividad laboral y procedencia.

Sujetos y métodos

Para realizar el estudio se contó con 31 participantes (19 mujeres y 12 hombres) de Santiago. Se utilizó la escala de autoeficacia de competencias clínicas (EAC) [3] (15 ítems de 1 a 5, puntuación entre 15 y 75); preguntas sobre la capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas en la clínica (COE) (puntuación de 1 a 7), y características sociodemográficas. Los resultados del cuestionario EAC se obtuvieron al calcular la puntuación global de la escala a través de la sumatoria no ponderada de las respuestas codificadas de cada sujeto y establecer así puntuaciones medias y desviaciones de manera global y por cada ítem. Además, se calculó el promedio de la calificación que se pusieron los estudiantes (en escala de 1,0 a 7,0) respecto a su capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas en la clínica (COE) y se categorizó la variable en tres rangos (4,0-5,0; 5,1-6,0; 6,1-

Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación Universidad San Sebastián. Santiago de Chile, Chile.

Correspondencia:

Dra. Patricia Alvear Godoy. Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación Universidad San Sebastián. Av. Ricardo Cumming, 40. 8340593 Santiago de Chile, Chile.

E-mail:

patricia.alvear@uss.cl

Recibido:

02.02.24.

Aceptado:

09.04.24.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Competing interests:

The authors declare that they have no conflict of interest.

Cómo citar este artículo:

Alvear-Godoy P, Rubio-Muñoz M, Albers-Busquets D, Zúñiga-Mogollones M. Percepción de autoeficacia clínica de los estudiantes de Odontología posterior a la crisis social y a la pandemia de COVID-19 en una universidad chilena en 2021. FEM 2024; 27: 133-6. doi: 10.33588/fem.273.1337.

© 2024 FEM



Artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832

ISSN (ed. digital): 2014-9840

Tabla I. Distribución de la puntuación de las respuestas de la muestra de la escala de autoeficacia de competencias clínicas.

Soy capaz de:	Mín.	Máx.	Prom.	DE
1. Distinguir la información relevante para el diagnóstico en una entrevista clínica	2	5	4,42	0,67
2. Reconocer los problemas de salud que afectan al paciente	4	5	4,61	0,50
3. Elaborar un plan de tratamiento integral según los requerimientos del paciente	4	5	4,58	0,50
4. Proporcionar atención adecuada a mis pacientes en las situaciones clínicas habituales	4	5	4,71	0,46
5. Evaluar diversas opciones de tratamiento para un paciente determinado	3	5	4,35	0,61
6. Encontrar los medios para ejecutar acciones clínicas sin importar las dificultades	2	5	3,84	0,86
7. Llevar a cabo un plan de tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos del paciente	2	5	4,42	0,72
8. Resolver de manera autónoma situaciones clínicas poco habituales, bajo supervisión de mi instructor, si me esfuerzo lo suficiente	3	5	4,00	0,63
9. Enfrentar eficientemente complicaciones clínicas inesperadas	2	5	3,84	0,78
10. Mantener la calma cuando me enfrente a problemas clínicos	2	5	4,26	0,89
11. Encontrar una solución ética si cometo un error o algo va mal con el tratamiento que estoy realizando	3	5	4,68	0,54
12. Confiar en mi capacidad de adaptación a la complejidad del paciente	3	5	4,29	0,59
13. Informar al paciente sobre su tratamiento y pronóstico con lenguaje adecuado acorde a su edad y nivel sociocultural	3	5	4,81	0,48
14. Realizar un tratamiento integral del paciente	4	5	4,61	0,50
15. Distribuir los tiempos de trabajo clínico de manera eficiente	2	5	4,00	0,89
Total de la muestra	2	5	4,36	0,60
Sumatoria de los valores medios de las puntuaciones globales	15	75	65,42	5,07

DE: desviación estándar; Máx.: puntuación máxima; Mín.: puntuación mínima; Prom.: promedio.

7,0). Se comparó en función del sexo, actividad laboral y procedencia. Las variables cuantitativas se describieron con un promedio y desviación estándar (DE) para la distribución normal, mediana (p50) y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario. Las variables cualitativas se describieron con frecuencia (n) y porcentaje (%). El análisis inferencial se realizó mediante t de Student no pareado a dos colas y el test de Spearman rho. La normalidad se evaluó mediante el

test de Shapiro-Wilk y se consideró como estadísticamente significativo el valor $p \leq 0,05$. Para el análisis de datos, se utilizó el *software* estadístico STATA 16 (StataCorp®).

Resultados

El cuestionario fue respondido por 31 estudiantes, mayormente mujeres (61%; $n = 19$). La edad promedio era de 27,55 años (DE $\pm 4,49$) y Santiago fue la comuna más frecuente (19,36%; $n = 6$). Además, el 58% ($n = 18$) tenía un trabajo remunerado en paralelo.

Las puntuaciones de la EAC oscilaron entre 54 y 74, con una media de 65,42 (DE $\pm 5,07$). En la tabla I se presentan los resultados descriptivos para cada ítem. La capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas en clínica mostró una media de 5,72 (DE $\pm 0,60$). Un 61,29% ($n = 19$) se calificó con una nota entre 5,1 y 6,0; el 20,03%, con nota entre 4,1 y 5,0 ($n = 9$), y el 9,68%, entre 6,1 y 7,0 ($n = 3$).

Al relacionar la edad con la EAC y el COE, se obtuvo un coeficiente de Spearman igual para ambos casos ($\rho = 0,07$), lo que sugiere una asociación nula entre las variables ($p = 0,70$ y $p = 0,69$, respectivamente).

Al comparar los resultados de la EAC según el sexo, se obtuvo un promedio en mujeres ($n = 19$) de 66,89 puntos (DE $\pm 4,05$) y 63,08 (DE $\pm 5,79$) en hombres ($n = 12$). Se observan diferencias estadísticamente significativas (t de Student no pareado; $t = 2,16$; $p = 0,04$) a favor del sexo femenino, como se muestra en la Figura. En la COE, las mujeres tenían un promedio de 5,75 (DE $\pm 0,61$) y los hombres de 5,67 (DE $\pm 0,61$), por lo que no se observaron diferencias significativas (t de Student no pareado; $t = 0,38$, $p = 0,70$).

Los estudiantes que trabajaban ($n = 18$) presentaron un promedio en la EAC de 65,72 puntos (DE $\pm 4,98$) y un promedio de la COE de 5,78 (DE $\pm 0,59$). En cambio, aquéllos que no trabajaban ($n = 13$) 65,00 (DE $\pm 5,37$) y 5,64 (DE $\pm 0,62$), respectivamente. Al comparar los promedios tanto de la EAC como de la COE según la actividad laboral, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (t de Student no pareado; $t = 0,39$; $p = 0,70$ y $t = 0,63$; $p = 0,53$, respectivamente).

Las comunas de residencia de los estudiantes se agruparon según el Índice de Prioridad Social (IPS) de Comunas 2020 de la Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana [4]. La tabla II muestra la estadística descriptiva de la EAC y de la COE para esta variable.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, la puntuación promedio de la escala de autoeficacia de competencias clínicas fue de 65,42 (DE \pm 5,07). Estos datos reflejan que la mayoría de los estudiantes perciben que tienen una alta autoeficacia de competencias clínicas, lo que también se visibiliza en los valores medios altos de los ítems individuales de la escala. En el estudio de Marcus et al [3] se obtuvo un promedio de 58,83 (DE \pm 7,38) en la misma escala y catalogaron una alta percepción de autoeficacia de competencias clínicas. Podemos especular que el alto valor obtenido se debe a que los participantes están en el periodo final de su formación académica y fueron aprobados para el siguiente curso.

Los ítems que tuvieron menor puntuación (Tabla I) se relacionaban con la seguridad y autonomía, influenciados probablemente por un estrés emocional que las circunstancias habían propiciado, destacando el aumento de la depresión y sintomatología ansiosa de los estudiantes universitarios en Chile durante ese período [5].

El hecho de que exista un promedio mayor en las mujeres puede tener relación con la mayor cantidad en la muestra o a la seguridad que puedan presentar de los conocimientos adquiridos. Karaharju-Suwan-to et al [6] en Finlandia observaron en odontólogos recién licenciados que los hombres tenían una mejor percepción de las competencias adquiridas para realizar procedimientos clínicos que las mujeres.

Respecto a la edad, se sugiere que la asociación con la EAC es nula. Veliz-Burgos [7] revela que a mayor edad en la universidad se tiende a una percepción más positiva de las capacidades individuales para el éxito universitario. Esto podría estar relacionado con la muestra estudiada, pues tenía un promedio de edad alto (27,55 años DE \pm 4,49).

En relación con la actividad laboral (puntuación levemente mayor en los que trabajaban) podemos sugerir que los estudiantes que trabajan tienen menos tiempo efectivo, lo que se relaciona con una necesidad mayor de cumplir con sus obligaciones académicas de forma eficiente para compensar el menor tiempo de que disponen.

Los estudiantes sin prioridad social tienen la mediana más alta en la EAC (Tabla II), esto puede deberse a que las personas se sienten capaces de cumplir sus metas debido a que cuentan con los recursos para realizarlas y, además, su entorno facilita las oportunidades para demostrar sus capacidades [8].

La COE obtuvo como resultado una media de 5,72 (DE \pm 0,60), un valor alto que indica que los estudiantes tienen una buena percepción de sus fun-

Tabla II. Resumen de la puntuación en la escala de autoeficacia de competencias clínicas y calificación personal de la capacidad de organizar y ejecutar las acciones requeridas en clínica, según el Índice de Prioridad Social 2020.

	Comuna	Cantidad estudiantes	p50 EAC	RIC EAC	p50 COE+	RIC COE+
Media alta / Alta	El Bosque	1	66,5	7,5	5,5	1
	San Ramón	1				
	Recoleta	1				
	San Joaquín	1				
Media baja	La Florida	2	63	8	5,5	1
	Peñaflor	1				
	Peñalolén	3				
	Puente Alto	1				
Baja	Colina	2	64	9	5,9	1
	Maipú	4				
	Quilicura	2				
	Santiago	6				
Sin prioridad	Las Condes	2	70	4	6	1
	Lo Barnechea	1				
	Providencia	3				

COE+: autopercepción de la capacidad de organizar y ejecutar las acciones requeridas en clínica; p50 EAC: mediana del puntaje obtenido en la escala de autoeficacia de competencias clínicas; RIC: rango intercuartílico (p75-p25).

ciones ejecutivas y que confirma lo encontrado en los resultados de la EAC. Cabe destacar que, dentro de los elementos claves que incluyen las funciones ejecutivas del desarrollo humano, se encuentran la planificación y la organización, así como la selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas [9] construidas por procesos cognitivos y afectivos, los procesos son importantes en situaciones novedosas que requieren un ajuste rápido y flexible a las demandas del contexto [10].

Una limitación del estudio fue la muestra empleada (31 sujetos frente a una población de 164), por lo tanto, es necesario mejorar la muestra para obtener resultados más fiables. Además, sería interesante replicar el estudio bajo condiciones psicosociales y de salud habituales.

Conclusiones

La mayoría de los estudiantes sienten que poseen una alta percepción de autoeficacia de competencias clínicas. El sexo femenino y los estudiantes de comunas sin prioridad social son los que tienen una mayor percepción de autoeficacia para realizar competencias clínicas.

Bibliografía

1. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
2. Gambetta-Tessini K, Clavijo I, Ortiz V, Reyes-Saavedra P, León S. Impacto de la pandemia COVID-19 en estudiantes de odontología de la Universidad de Talca. *Int J Interdiscip Dent* 2022; 15: 198-202.
3. Marcus-Vaccarezza N, Ortiz-Moreira L, Serrano-Petrillo C, Grandón-Villegas F, Pérez-Villalobos C. Escala de autoeficacia de competencias clínicas en estudiantes de odontología: estudio psicométrico. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2018; 32: 1-11.
4. Polanco SG. Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana. Región Metropolitana de Santiago. Índice de prioridad social de comunas 2020. Santiago, 2020.
5. Carvacho R, Morán-Kneer J, Miranda-Castillo C, Fernández-Fernández V, Mora B, Moya Y, et al. Efectos del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de educación superior en Chile. *Rev Med Chile* 2021; 149.
6. Karaharju-Suvanto T, Näpänkangas R, Koivumäki J, Pyörälä E, Vinkka-Puhakka H. Gender differences in self-assessed clinical competence- a survey of young dentists in Finland. *Eur J Dent Educ* 2014; 18: 234-40.
7. Veliz-Burgos A, Apodaca-Urquijo P. Levels of self-concept, academic self-efficacy and psychological wellbeing of university students in Temuco city. *Salud & Sociedad* 2012; 3: 131-50.
8. Aguirre-Mas C, Vauro-Desiderio R. Autoestima y Autoeficacia de los Chilenos. *Ciencia & Trabajo*. 2009; 11: 111-6.
9. Anderson V, Jacobs R, Anderson PJ. Executive functions and the frontal lobes: a lifespan perspective [Internet]. London: Psychology Press; 2008. URL: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=f8p5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&ots=RjfeZxyqNV&sig=U8G4aahdb4kK2Su8ttCODc0JmFg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Fecha última consulta: 15.02.2024.
10. Bausela-Herreras E. Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica* 2014; 11: 21-34.