

De acuerdo con la LEY FEDERAL DEL DERECHO DE AUTOR
Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 1996,
México.

Capítulo II De la Limitación a los Derechos Patrimoniales

Artículo 148.-

Las obras literarias y artísticas ya divulgadas podrán utilizarse, siempre que no se afecte la explotación normal de la obra, sin autorización del titular del derecho patrimonial y sin remuneración, citando invariablemente la fuente y sin alterar la obra, sólo en los siguientes casos:

I. Cita de textos, siempre que la cantidad tomada no pueda considerarse como una reproducción simulada y sustancial del contenido de la obra;

II. Reproducción de artículos, fotografías, ilustraciones y comentarios referentes a acontecimientos de actualidad, publicados por la prensa o difundidos por la radio o la televisión, o cualquier otro medio de difusión, si esto no hubiere sido expresamente prohibido por el titular del derecho;

III. Reproducción de partes de la obra, para la crítica e investigación científica, literaria o artística;

IV. *Reproducción por una sola vez, y en un sólo ejemplar, de una obra literaria o artística, para uso personal y privado de quien la hace y sin fines de lucro. Las personas morales no podrán valerse de lo dispuesto en esta fracción salvo que se trate de una institución educativa, de investigación, o que no esté dedicada a actividades mercantiles;*

V. *Reproducción de una sola copia, por parte de un archivo o biblioteca, por razones de seguridad y preservación, y que se encuentre agotada, descatalogada y en peligro de desaparecer.*

Si usted es el autor de la obra y no desea que sea visualizada a través de este medio, favor de notificarlo por escrito a:

Universidad Autónoma de Nayarit. Dirección de Desarrollo Bibliotecario. Edificio de la Biblioteca Magna. Ciudad de la Cultura Amado Nervo s/n. Col. Los Fresnos. CP. 63190. Tepic, Nayarit.

O bien vía correo electrónico a: ddb@uan.edu.mx

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**UNA EVALUACION AL RENDIMIENTO ESCOLAR EN
LA ENSEÑANZA DE LA PROPEDEUTICA CLINICA
EN EL CICLO ESCOLAR 2001-2002 DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN EDUCACION SUPERIOR**

**PRESENTA:
ARACELI DEL CARMEN HERNANDEZ TELLEZ**

**ASESOR:
DR. ARTURO MURILLO BELTRAN**

XALISCO, NAYARIT, MARZO DEL 2004

INDICE	Página
INTRODUCCION.	1
1. La Enseñanza en la educación médica.	6
1.1. Definición de conceptos.	9
1.1.1. Definición de enseñanza y aprendizaje.	9
1.1.2. Definición de rendimiento.	12
1.1.3. Definición de evaluación.	12
1.2. Características del docente.	13
1.3. Relación del aprendizaje con la enseñanza.	14
1.3.1. Relaciones posibles de los maestros con los alumnos.	14
1.3.2. Niveles de Enseñanza y Aprendizaje.	16
1.3.3. Relación de las pruebas con el Aprendizaje.	17
1.4. Del conductismo al Cognocitivismo.	24
1.4.1. Aprendizaje de Habilidades.	29
1.4.2. Condicionamiento contiguo de Guthrie.	30
1.4.3. La repetición produce mejoramiento.	31
1.4.4. Olvido y ruptura de hábito.	32
1.4.5. Teoría Sistemática de la conducta de Hull.	32
1.4.6. La Fuerza del hábito y sus Variables causal.	33
1.4.7. La Jerarquía de familia de hábitos.	34
1.4.8. Teoría del hábito de Mowrer. Reforzamiento condicionado.	35
1.4.9. Teoría de la continuidad de Spence.	36
1.5. Algunas ideas útiles de las Teorías de aprendizaje en la educación.	36
1.5.1. Objetivos conductuales.	36
1.5.2. Análisis de tareas o de habilidades.	37
1.5.3. Moldeamiento.	37
1.6. El maestro como factor decisivo del aprendizaje.	38
2. Análisis de rendimiento escolar.	41
2.1. Definición y operación de rendimiento escolar.	43

2.2.	Competencia laboral y profesional.	46
2.3.	VARIABLES QUE AFECTAN EL RENDIMIENTO ESCOLAR.	47
2.4.	Lo metodológico para conocer el rendimiento escolar.	48
2.4.1.	Los métodos de enseñanza y aprendizaje.	49
2.4.2.	Los métodos de evaluación.	49
2.5.	La enseñanza de habilidades como estrategia en el rendimiento escolar.	54
3.	La Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Nayarit.	57
3.1.	Antecedentes históricos.	57
3.2.	Estructura general del Plan de estudios.	57
3.2.1.	Primer Nivel.	58
3.2.1.1.	Primer año.	58
3.2.1.2.	Segundo año.	59
3.2.2.	Segundo Nivel.	59
3.2.2.1.	Tercer año.	60
3.2.2.2.	Cuarto año.	61
3.2.3.	Quinto año.	61
3.2.4.	Sexto año.	62
3.2.5.	Titulación.	62
3.3.	Plan de estudios actual.	63
3.3.1.	Primer nivel.	63
3.3.1.1.	Primer año.	63
3.3.1.2.	Segundo año.	64
3.3.2.	Segundo nivel.	65
3.3.2.1.	Tercer año.	65
3.3.2.2.	Cuarto año.	66
3.4.	Distribución de actividades por año escolar.	67
3.4.1.	Primer año.	67
3.4.2.	Segundo año.	68

3.4.3. Tercer año.	69
3.4.4. Cuarto año.	70
3.5. Mecanismo de evaluación.	71
3.6. Perfil de ingreso a la FMUAN.	73
3.7. Población estudiantil.	75
3.8. Planta docente.	75
3.9. Planta administrativa.	75
4. Evaluación a la unidad de aprendizaje Propedéutica clínica.	76
4.1 Hipotesis.	76
4.2. Diseño de investigación.	76
4.3. Sujetos de estudio, universo y muestra.	77
4.4. Instrumentos de medición.	77
4.4.1. Cuestionarios:	77
Para los estudiantes.	
Para los maestros.	
4.4.2. Rendimiento escolar de la unidad de aprendizaje propedéutica Clínica.	78
4.5. Proceso.	79
4.5.1. Revisión documental.	76
4.5.2. Trabajo de campo.	76
4.5.3. Observación directa.	77
4.6. Procedimiento.	81
5. Presentación de resultados.	84
5.1. Resultados de encuesta aplicada a los estudiantes de segundo año generación 2000 ciclo escolar 2001 – 2002.	84

5.1.1.	Presentación individual de resultados por pregunta.	84
5.1.2.	Presentación de resultados por agrupación de preguntas.	96
5.1.3.	Presentación de resultados del examen final departamental de la Unidad de aprendizaje Propedéutica Clínica.	101
5.2.	Resultados de encuesta aplicada a los profesores del área clínica de tercer año.	102
5.2.1.	Presentación individual de resultados por pregunta.	102
5.2.2.	Presentación de resultados por agrupación de preguntas.	108
5.3.	Resultados de encuesta aplicada a los profesores en la aplicación del examen profesional clínico.	110
5.3.1.	Presentación individual de resultados por pregunta.	110
5.3.2.	Presentación de resultados por agrupación de preguntas.	116
6.	Análisis de resultados.	118
6.1.	Resultados de encuesta aplicada a los estudiantes de segundo año generación 2000 ciclo escolar 2001-2002.	118
6.1.1.	Presentación individual de resultados por pregunta.	118
6.1.2.	Presentación de resultados por Agrupación de preguntas.	123
	Conclusiones.	124
6.2.	Resultados de encuesta aplicada a los profesores del área clínica de tercer año.	125
6.2.1.	Presentación individual de resultados por pregunta.	125
6.2.2.	Presentación de resultados por agrupación de preguntas.	128
	Conclusiones	129
6.3.	Resultados de encuesta aplicada a los profesores	129

en la aplicación del examen profesional clínico.	
6.3.1. Presentación individual de resultados por pregunta.	129
6.3.2. Presentación de resultados por agrupación de preguntas.	132

Conclusiones.	133
---------------	-----

7. Recomendaciones.	134
----------------------------	------------

7.1.1. En función de la administración.	135
7.1.2. En función de los docentes.	135
7.1.3. En función de los estudiantes.	136

Bibliografía

Anexo 1

Anexo 2

En memoria a mi Padre
Antonio Hernández Téllez
Y mi tío
Alejandro Hernández Téllez
Que con su perseverancia y valor
Ante la vida, fueron mi ejemplo a seguir.

A mi Madre, Juliana y mis Hermanos.
Que con su cariño, confianza y entusiasmo
me han ayudado a crecer como persona.

A mis Hijos.
Diego, Pepe, Van y Gaby
Por su amor y apoyo para concluir esta
nueva etapa en mi formación profesional.

Mi más profundo respeto y admiración
A mi tía Sofía Zamira Nazará Casorla
Y mis primos
Zamira y Alejandro
Su cariño es mi mejor regalo.

Mi más grande agradecimiento al
Asesor de esta tesis, Dr. Arturo Murillo Beltrán.
Por su interés, dirección y disposición
para concluir el presente trabajo.



INTRODUCCION

La enseñanza - aprendizaje de la propedéutica se considera fundamental en la formación del profesional de la salud, ya que los métodos en que se basa confieren al médico el acceso al conocimiento de la enfermedad.

Su manejo y conocimiento se centran en el cómo y porqué de efectuar un buen interrogatorio y metódica exploración física con fines diagnósticos sigue siendo el cimiento insustituible del tratamiento clínico inicial, de tal manera que el análisis detallado de cada motivo de consulta otorgan al estudiante una herramienta valiosa para brindar la mejor atención posible a sus pacientes.

Su enseñanza se fundamenta en una concepción del conocimiento considerado como proceso de acercamiento progresivo a la verdad objetiva en el cual la teoría y la práctica se vinculan en una dualidad que a través de un proceso dialéctico, permite integrar el conocimiento; el aprendizaje es concebido como un proceso de transformación de estructuras simples en otras de mayor nivel de complejidad y es consecuencia de la interacción del sujeto y el objeto de conocimiento en un contexto determinado, el conocimiento de la enfermedad, siendo por lo tanto su instrucción preliminar a la práctica clínica hospitalaria.

Al presentarse la falta de áreas hospitalarias para los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit, se instrumenta el módulo de propedéutica clínica como materia de apoyo

al área clínica en 1986 teniendo como propósito que el alumno vincule la teoría con la práctica ante pacientes simulados, estableciendo una relación humana que le permita obtener información esencial en el interrogatorio clínico, la cual, con el agregado de los procedimientos de exploración física pueda definir el diagnóstico y diseñar el plan de manejo apropiado.

Su aprendizaje se ve reforzado en el área clínica hospitalaria de tercer y cuarto año, internado rotatorio y el servicio social, donde los estudiantes tienen la oportunidad de retroalimentar las habilidades clínicas desarrolladas integrando conocimientos básicos en la atención de pacientes reales, involucrarse con ellos para establecer con mayor compromiso la relación médico paciente y ejercitar una actitud de servicio, autocrítica y toma de decisiones en la solución de problemas de salud para, de esta manera, tener experiencia que le permita desarrollar la competencia clínica necesaria para responder satisfactoriamente a las expectativas de la población.

Al observar que los estudiantes presentan un desempeño clínico no muy satisfactorio al realizar el examen profesional clínico, se consideró importante conocer si ¿el rendimiento escolar de la propedéutica clínica en fases tempranas de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit influye en el desempeño del examen profesional clínico?, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Analizar el impacto del rendimiento escolar de la propedéutica clínica en fases tempranas de la carrera de medicina de la

Universidad autónoma de Nayarit en el ciclo escolar 2001 – 2002 en el examen profesional clínico.

Objetivos específicos:

- Determinar el aprendizaje de la propedéutica clínica en fases tempranas de la carrera de medicina de la Universidad autónoma de Nayarit en el ciclo escolar 2001 – 2002.
- Identificar el rendimiento escolar de la propedéutica clínica en el área clínica en la carrera de medicina de la Universidad autónoma de Nayarit en el ciclo escolar 2001 – 2002.
- Identificar el desempeño de los alumnos en el examen profesional clínico en la carrera de medicina de la Universidad autónoma de Nayarit en el ciclo escolar 2001 – 2002.

Tomándose como variable independiente el aprendizaje de la propedéutica clínica en fases tempranas y como variable dependiente el desempeño en el examen profesional clínico.

El rendimiento escolar se plantea como los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos y desarrollados en la unidad de aprendizaje propedéutica clínica expresada a través del aprendizaje (calificación) del estudiante y la competencia para realizar una historia clínica (interrogatorio, exploración clínica y análisis de datos)

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

Para determinar el aprendizaje de la propedéutica en fases tempranas de la carrera de medicina, se realizó una evaluación diagnóstica al inicio y al final del curso de propedéutica a través del

diseño de un cuestionario con diez preguntas cerradas y tres opciones de respuesta (sí, no, poco) aplicándosele a los estudiantes de segundo año al inicio y al final del curso.

Los datos obtenidos permitió determinar en el alumno, el aprendizaje de conocimientos teóricos básicos para realizar una historia clínica, la habilidad para realizar un interrogatorio clínico y exploración física y el nivel de análisis para ir diferenciando lo normal de lo anormal.

Para identificar el rendimiento escolar de la propedéutica clínica en el área clínica hospitalaria, se realizó una evaluación a través del diseño de un cuestionario con las características ya señaladas que se aplicó a una muestra al azar a los profesores de ésta área, los datos obtenidos permitió identificar el grado de conocimientos básicos (teóricos) y las habilidades (práctica) del estudiante de tercer año al realizar una historia clínica y el nivel de análisis al ir diferenciando lo normal de lo anormal. Se realizó también una observación en los centros hospitalarios a una muestra al azar del mismo núcleo de profesores.

Para identificar el desempeño de los estudiantes al realizar el examen profesional clínico se realizó también una evaluación. Se diseñó un cuestionario con las mismas características y se aplicó a una muestra al azar de profesores adscritos a ésta área, los datos obtenidos permitió identificar el grado de conocimientos teóricos y prácticos que presenta el estudiante en este nivel de formación.

La adquisición de las habilidades clínicas esenciales para el abordaje del pacientes, requiere de estrategias sistemáticas y disponibilidad

de oportunidades de experiencias clínicas repetidas y reflexivas que refuercen el aprendizaje.

1. LA ENSEÑANZA EN LA EDUCACION MEDICA.

La educación es tan antigua como la historia del hombre. Los seres humanos siempre han estado preocupados por educar a sus hijos para que puedan actuar por si mismo, por otro lado, la supervivencia de los grupos humanos depende de que los miembros jóvenes sean educados con las tradiciones, creencias, costumbres y formas de la vida del grupo.

Visto de esta manera, una de las tareas fundamentales de la educación es favorecer en cada nueva generación la adquisición de la cultura y, en ello, juega un papel fundamental la enseñanza.

Una de las principales funciones de los maestros es la de preservar, mediante la enseñanza, la parte de la cultura que la mayoría de las personas considera buena, y debe funcionar en relación con los cambios sociales propios de una cultura dinámica, de tal modo que se logre que las innovaciones culturales sean siempre socialmente provechosas. (Bigge, 1997).

Con relación a la educación médica, éste proceso se puede identificar como la conceptualización que el profesor tiene sobre la enseñanza, además de los rasgos de su personalidad, su experiencia docente y los conocimientos de la materia que imparte van a determinar las estrategias, uso de recursos didácticos y actitudes que van a conformar el tipo de interacciones que establezca en los diversos escenarios para el aprendizaje de la medicina. Es decir, es

un proceso donde convergen diversos elementos para establecer la didáctica y la comunicación en el gran reto de formar médicos.

A lo largo del siglo XX y los tres años de éste nuevo siglo, se identifican tres tendencias en la enseñanza de la medicina en México: la denominada tradicional, la tecnología educativa y el enfoque cognitivo (Varela, 2000).

La tradicional es con la que inicia el siglo XX y se caracteriza por ser una enseñanza memorística y verbalista, con fuertes tintes positivistas. En la práctica docente hay un predominio de la cátedra acompañada de escasas demostraciones y prácticas de laboratorio (Fernández del Castillo, 1986), en tanto que el papel del alumno es pasivo y receptivo. Los rasgos distintivos de este enfoque de acuerdo a Pansza (1988) son el verticalismo, autoritarismo, verbalismo y un intelectualismo que niega el desarrollo afectivo y social.

En la década de los setenta predomina la tecnología educativa en la enseñanza de la medicina, orientación que se asocia con la masificación expresada en el incremento de la matrícula, y la creación de nuevas escuelas de medicina. Litwin (1995) señala que esta tendencia educativa tiene como sustento la teoría de sistemas, los medios masivos de comunicación y la teoría conductista del aprendizaje.

La enseñanza tiene como requisito básico la elaboración de objetivos de aprendizaje que definen la conducta final que deben alcanzar los estudiantes y son el eje para una sistematización de la enseñanza

que incluye la selección de métodos y técnicas de enseñanza y una evaluación objetiva del aprendizaje.

De manera casi simultánea a la tecnología educativa, surge el enfoque cognitivo con diversas perspectivas debido a que sus múltiples raíces son multidisciplinarias (filosofía, psicología, inteligencia artificial, lingüística y neurociencias).

De Vega (1995) indica que su principal preocupación se dirige a cómo el individuo aprende, describe los procesos a través de los cuales se estructura el conocimiento, por lo que da gran importancia al desarrollo de habilidades para el aprendizaje (razonamiento, juicio crítico, creatividad, habilidades de búsqueda y selección de información) asimismo, estimula el aprendizaje independiente y la integración de conocimientos.

La ciencia cognitiva privilegia a los procesos mentales y a la reflexión para llegar al conocimiento, considera que estos procesos internos son los que dan significado al mundo y determinan la acción humana.

No obstante, es hasta la década de los noventa que en nuestro país empieza a tener cierta influencia en la enseñanza de la medicina.

Por otro lado Cox (1990), resalta que las escuelas de medicina que forman estudiantes que pasivamente esperan que se les otorgue la información que deben recordar, nunca podrán llevar a efecto los cambios en la enseñanza que la medicina actual exige, una medicina que está en constante movimiento por las transformaciones científicas y tecnológicas y por las demandas de una sociedad que

desea una comunicación eficaz y humana, así como una atención integral.

Por ello, la enseñanza debe estimular la autonomía, el pensar por sí mismo, el estudio creativo sobre la salud, la resolución de problemas, una práctica clínica guiada, orientada, basada en el diálogo y la comunicación y el deseo de continuar aprendiendo.

En éste mismo sentido, Lifshitz (1997) afirma que nos encontramos en una transición de una enseñanza enciclopédica, que impone contenidos, reproduce estereotipos y la memorización irreflexiva, hacia un paradigma emergente que se centra en el alumno, cuestiona el conocimiento establecido, propicia la reflexión crítica y el aprendizaje para la vida.

De manera general, en la enseñanza de la medicina se tiende a utilizar estrategias del enfoque cognitivo que promuevan la motivación (Mann, 1999) y la participación de los alumnos, como es el caso del aprendizaje basado en problemas (Papa, 1999) y a combinar estos elementos con el uso de la informática, como en la estrategia de la medicina basada en evidencias.

1.1. DEFINICION DE CONCEPTOS.

1.1.1. DEFINICION DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE.

En términos generales enseñanza se define como mostrar algo a alguien, proviene del latín *insigno*, señalar, distinguir, mostrar, poner delante (Diccionario de Ciencias de la Educación, 2002). Aunque la

concepción etimológica sólo considera la parte del que enseña, es decir del docente, para el adecuado cumplimiento de la tarea de enseñar se debe considerar el aprendizaje, como se observa en los siguientes autores (Varela, 2000).

Jacques Delors (1997), la considera como una ciencia y un arte, cuya calidad está íntimamente relacionada con la calidad del profesorado, a quienes por lo tanto, se debe exigir competencia, profesionalismo y dedicación. Tiene como propósito que el individuo descubra y enriquezca su potencial creativo.

Para Paulo Freire (1997), el enseñar no existe sin el aprender, quien enseña aprende porque reconoce un conocimiento aprendido y porque en el trabajo del alumno, en sus dudas, aciertos y errores también encuentra una fuente de aprendizaje.

Así es como puede verse, la relación existente entre aprendizaje y educación, porque implica un cambio activo con el medio ambiente, formándose nexos antes inexistentes entre los estímulos y las respuestas (Bigge, 1997).

El aprendizaje, en unión con la memoria, la conciencia y la identidad personal, explican el alcance intencional de la educación, en la cual se acumulan experiencias pasadas, con escasa dependencia de los factores genéticos (Fermoso, 1996).

Enseñanza y aprendizaje son conceptos estrechamente vinculados.

Woolfolk (1990) considera que el aprendizaje es el cambio de la persona, que se lleva a cabo por la interacción con el medio y que de acuerdo al enfoque educativo de que se trate especificará en que aspectos de la persona se da este cambio (conducta observable, estructuras cognitivas)

Titone (1986) define a la enseñanza como un proceso inseparable del aprendizaje que es esencialmente interactivo porque entrelaza el lenguaje del docente y el del alumno en un proceso comunicativo.

Hilgard (1981) historiador de las teorías sobre el aprendizaje, define aprendizaje como:

"Es el proceso por el cual se origina o cambia una actitud, mediante la reacción a una situación dada, siempre que las características del cambio en curso puedan ser explicadas con apoyo en tendencias reactivas innatas, en la maduración o por cambios temporales del organismo."

El aprendizaje supone una evolución y desarrollo en el sentido de que nuestros conocimientos y destrezas se integran a lo largo de toda la vida, condicionados por experiencias pasadas que dejaron un sedimento en la personalidad (Fermoso Estébanez, Paciano, 1996).

Gage (1979) define a la enseñanza como la actividad que realiza una persona con la intención de facilitar el aprendizaje de otra.

1.1.2. DEFINICION DE RENDIMIENTO.

Cómo el prestigio y beneficio de las instituciones son juzgadas en razón de la educación que imparten, en calidad y cantidad, ésta se controla directamente por medio de los instrumentos y sistemas de evaluación.

La ANUIES define rendimiento escolar como:

"Es el grado de conocimientos que la sociedad reconoce posee un individuo, adquirido en la escuela en un determinado nivel educativo. La expresión institucional de ese grado cognoscitivo está en la calificación escolar, asignado al alumno por el profesor. En todas las escuelas las diferencias de rendimiento entre los individuos son expresados en términos de una escala, la mayoría de las veces numérica, cuyos extremos indican el más alto y el más bajo rendimiento." (ANUIES, 2000).

También se define el rendimiento como "es el producto que da el alumnado en los centros de enseñanza y que habitualmente se expresan a través de la calidad escolar" (Lemus, 1971).

1.1.3. DEFINICIÓN DE EVALUACION.

La evaluación se define como:

*Apreciación crítica que se hace del proceso de aprendizaje de un alumno y se traduce en una calificación que es, a su vez, la atribución de un valor según la escala que se aplica. Para hacerlo, los docentes tienen en cuenta el rendimiento escolar, el cual mide mediante pruebas y/o de los avances producidos por el alumno (ANUIES,2000).

La evaluación es una actividad sistemática y continua integrada dentro del proceso educativo que tiene por objeto proporcionar la máxima información para mejorarlo, reajustando sus objetivos, revisando críticamente planes, programas, métodos, técnicas y recursos, facilitando la máxima ayuda y orientación a los alumnos (Diccionario de Ciencias de la Educación, 2000)

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL DOCENTE.

Los profesores universitarios no son expertos en el dominio de la técnica pedagógica y muchos presentan resistencia a las innovaciones docentes, creen que en la enseñanza superior basta el dominio de la disciplina científica para estar autorizados a su enseñanza, actualmente el profesor de tiempo completo o de dedicación exclusiva a la enseñanza, es ahora un pedagogo. (Lemus, 1971)

Un profesor de carrera está entonces al día en el conocimiento de la ciencia que enseña, en las técnicas de enseñanza y en la psicología de la edad juvenil.

Considerado así, el profesor de carrera tiene que ser un profesional de la pedagogía superior, a la par que el científico que conoce a fondo una determinada rama del saber.

Las instituciones docentes están desarrollando una clase de enseñanza simbiótica (teórico-práctico) que no satisface a las necesidades sociales actuales y por lo tanto la evaluación que se realiza comprende a la enseñanza y la enseñanza a la planificación de la enseñanza misma (Lemus, 1971).

1.3. RELACIONES DEL APRENDIZAJE CON LA ENSEÑANZA.

1.3.1. RELACIONES POSIBLES DE LOS MAESTROS CON LOS ALUMNOS.

Podemos representar tres tipos de relaciones entre un maestro y sus alumnos:

Autoritaria, tolerante y democrático.

Cada forma de relación produce un tipo distinto de situación dentro del salón de clases, que se caracteriza por sus resultados más o menos predecibles y lleva consigo implicaciones definidas que conciernen a la opinión del maestro sobre cómo aprenden los estudiantes (Bigge, 1997).

Un maestro autoritario ejerce un control firme y centralizado, dirige estrechamente los actos de sus alumnos, realiza toda la planeación

para la clase y da todas las órdenes. Además, les dice a los alumnos lo que deben pensar, así como qué hacer, en una clase autoritaria, un maestro se considera como el único agente activo y a sus alumnos, como receptores pasivos de información e instrucciones.

Un maestro tolerante va al extremo opuesto, en realidad, no dirige en absoluto, se encuentra presente y puede responder a las preguntas, sin embargo, esencialmente, deja que los estudiantes sigan sus propias iniciativas, los alumnos deciden lo que desean hacer y cómo hacerlo.

En una situación democrática de enseñanza y aprendizaje, el maestro desempeña el papel de líder democrático del grupo, su finalidad primordial es dirigir a sus alumnos en el estudio de problemas significativos en el campo de su enseñanza. Lo que supone un intercambio de evidencias e insights, el dar y tomar, con respeto para las ideas de los demás, las ideas del maestro están sujetas tanto a las críticas de los alumnos como del propio maestro, lo mismo que sucede con las ideas de los estudiantes.

De esta forma, los alumnos y el maestro aprenden juntos, aún cuando el maestro pueda ser una autoridad en su campo, la situación se dispone de tal modo que se les anima a los alumnos a que piensen por sí mismo, de acuerdo con ello, un maestro democrático tendrá posibilidades de adoptar una posición con respecto al aprendizaje, en la que se haga hincapié en la intencionalidad de la conducta y en las experiencias humanas (Bigge, 1997).

1.3.2. NIVELES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE.

Existe una relación estrecha entre los tipos respectivos de relaciones de los maestros con los estudiantes y la cantidad relativa de utilización de cada uno de los diferentes niveles de aprendizaje (Bigge,1997).

Las situaciones de enseñanza y aprendizaje se pueden agrupar en cuatro clasificaciones amplias: nivel de la memoria, nivel de la comprensión, nivel de desarrollo autónomo y nivel de reflexión.

El aprendizaje rutinario de memoria parece ilustrar una teoría de aprendizaje, ya sea de disciplina mental o de condicionamiento E-R (estímulo - respuesta), ya sea que se adiestre una mente sustantiva o que se establezcan relaciones simples entre estímulos y respuestas, sin participación de ningún pensamiento ni propósito dado.

Los psicólogos del campo cognoscitivo niegan la posibilidad de que eso ocurra, ya que si se aprende algo, siempre se encuentra presente algún tipo de insight.

Lo que caracteriza el aprendizaje de rutina, en opinión de los teóricos del campo cognoscitivo, es que los insights adquiridos no tienen habitualmente relaciones significativas con el material estudiado, no obstante, el material aprendido lo sitúa el alumno dentro de un patrón durante el proceso de su aprendizaje.

La enseñanza al nivel de la comprensión es aquella que trata de presentar a los estudiantes las relaciones entre una generalización y los datos particulares, entre los principios y los hechos solitarios, los estudiantes conocerán además de los hechos, los principios que los relacionan, en consecuencia, la enseñanza puede conducir a una conducta más inteligente, pero no lleva consigo la calidad de la experiencia necesaria para realizar la inteligencia hasta su potencial más alto.

En el nivel reflexivo, una persona vuelve sus pensamientos hacia una idea o un concepto que se supone que existe, requiere por parte de los alumnos, una participación más activa, más críticas del pensamiento convencional y más imaginación y creatividad, la atmósfera del aula es más viva y exitante, crítica y penetrante y más abierta a los pensamientos nuevos y originales, además, el tipo de investigación realizada por una clase reflexiva tiende a ser más rigurosa y productora de trabajo.

Cuando la enseñanza y el aprendizaje reflexivo tienen buenos resultados, los alumnos salen con un conjunto más amplio de insights comprobados, de carácter generalizado y una mayor capacidad para desarrollar y resolver sus propios problemas.

1.3.3. RELACIONES DE LAS PRUEBAS CON LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE.

Como la enseñanza consiste en fomentar la conciencia instructiva que cada alumno tenga de sí misma y la expresión artística de su

ejecución propia, se puede clasificar el aprendizaje y enseñanza en niveles, a saber, el nivel de memoria, el nivel de comprensión, el nivel de desarrollo autónomo y el nivel de la reflexión, por lo tanto las evaluaciones de rendimiento que se realizan a los alumnos no sólo deben regir los hábitos de estudio, los modos de interaccionar en clase y el número y la calidad del aprendizaje, sino que deben influir en el nivel de enseñanza y aprendizaje en que se llevan a cabo los esfuerzos de aprendizaje para lograr el aprendizaje significativo (Bigge, 1997).

Aunque hay muchos tipos de técnicas e instrumentos que pueden utilizarse para evaluar los progresos de los estudiantes, los exámenes formales siguen ocupando la posición predominante entre ellos, sobre todo en las metas de los alumnos.

Quando los alumnos tienen en cuenta las evaluaciones que hacen sus maestros de sus realizaciones, generalmente piensan, ante todo, en los exámenes. Así tratan de ajustar los niveles de aprendizaje al nivel de exámenes que emplean los maestros y es ahí donde se produce el resultado final (Bigge, 1997)).

Por consiguiente, la naturaleza del sistema de un maestro para evaluar el aprendizaje de los alumnos ejerce una gran influencia sobre la calidad del aprendizaje que se produce en realidad

EL programa de evaluación que tiene un maestro no solo rige los hábitos de estudio de sus alumnos, sus modos de interacción en clase y el número y la calidad de sus aprendizajes, sino que influye

también considerablemente en el nivel de enseñanza y aprendizaje; aunque un maestro se esfuerce en enseñar al nivel de la comprensión o la reflexión, en tanto se sigan aplicando exámenes al nivel de la memoria la mayoría del aprendizaje que se produzca estará también al nivel de la memoria.

Por lo tanto, deberá tomar muy en cuenta la naturaleza de su programa de exámenes y los demás procedimientos de evaluación como expresó Benjamin S. Bloom (Bigge, 1997):

“El punto en que debe hacerse hincapié es el tipo de proceso mental que el alumno espera que se examine, determinará sus métodos de estudio y preparación.”
(Bigge, 1997).

Los exámenes como la enseñanza, pueden llevarse a cabo en cualquiera de los tres niveles: de la memoria, de la comprensión y de la reflexión. El desarrollo autónomo, por su misma naturaleza supuesta, no puede evaluarlo más que el estudiante mismo. Así, el aprendizaje de los alumnos, cuando se ajusta a ese nivel, no podrá medirlo objetivamente el maestro en ninguna forma.

La enseñanza y el aprendizaje al nivel de la memoria puede adoptar la forma de un proceso mentalista o conductual fisicalista.

La enseñanza y el aprendizaje factual mentalista se basan en la disciplina mental o humanista, implica la existencia de una sustancia mental etérea, que efectúa verdaderamente el aprendizaje. Es la enseñanza que hace hincapié en el ejercicio de las facultades

mentales de los alumnos y el adiestramiento de sus poderes mentales intrínsecos.

Se supone que el aprendizaje de las materias factuales es el mejor proceso que permite la constitución de las mentes.

Los resultados del aprendizaje mentalista al nivel de la memoria son las mentes o las facultades retenidas. Así, en el proceso de las pruebas mentalistas apropiadas, se emplean ensayos factuales o pruebas objetivas de respuesta corta, para verificar las memorias o los recuerdos retenidos en las mentes de los alumnos.

La enseñanza y el aprendizaje conductistas, dependen para sus bases psicológicas, de las teorías del condicionamiento E-R (estímulo-respuesta) de la familia conductista.

En el proceso de aprendizaje se requiere recuerdos, es decir, las conductas se adquieren o modifican mediante la formación de enlaces de estímulos y respuestas o conexiones o por medio de la aparición de reforzamientos R-E (reforzamiento - estímulo).

Los aprendizajes adoptan la forma de respuestas apropiadas, adquiridas y retenidas en la memoria o del aumento de las probabilidades de que se emitan respuestas deseadas. En consecuencia, utilizará preguntas similares a las empleadas en las pruebas mentalistas de memoria.

Dentro de la enseñanza y el aprendizaje al nivel de la comprensión,

los maestros les dan a los alumnos, comprensiones o insights, pueden utilizar la apercepción o la teoría de aprendizaje por insight de la gestalt como guía de sus actividades de enseñanza. Se enseñan comprensiones, insights, principios, relaciones, conceptos, generalizaciones, reglas, teorías o leyes, que el maestro explica y describe a sus alumnos.

Los maestros presentan comprensiones a los estudiantes, tanto mediante la enseñanza de hechos relacionados y los principios que pueden sacarse de ellos, como por medio de la explicación del uso instrumental de los principios generalizados.

Las pruebas de ensayo factuales o explicativas o las de respuestas breves de verdadero o falso, selección o llenado de espacios en blanco, son las más apropiadas para comprobar los insights aprendidos por los alumnos al nivel de la comprensión.

Mediante el uso de esas pruebas, los estudiantes demuestran hasta qué punto pueden reconocer, explicar o utilizar las comprensiones o los insights generalizados que el maestro espera que hayan adquirido.

Aunque los niveles de memoria mentalista, de memoria fiscalista y de comprensión tienen cada uno sus propias características exclusivas, todos ellos tienen también un rango común importante, los tres son procesos centrados en el maestro. Este último establece los objetivos para los alumnos y mide las ejecuciones relativas de esos objetivos.

En algunos casos, se considera que los aprendices son activos, en otros casos, se da por sentado que son pasivos y en otros casos se les considera intermitentemente activos y pasivos, sin embargo, rara vez se les considera interactivos, como sucede en el caso de la enseñanza y el aprendizaje reflexivo.

Si los maestros suponen que sus alumnos son activos y si su enseñanza se lleva a cabo al nivel de la memoria o la comprensión, lo harán así para asegurarse de que las naturalezas activas de los alumnos se ejercitaran o desenvuelven de la manera apropiada, si los maestros suponen que sus alumnos son básicamente pasivos, y ese es el caso con mayor frecuencia, harán que las ideas o los estímulos adecuados incidan sobre los estudiantes, con el fin de inculcarles los discernimientos y las conductas deseadas.

El concepto que proporcionó el aprendizaje y la enseñanza reflexiva fue la interacción perceptual, ésta interacción es un proceso cognoscitivo de experiencia dentro del cual una persona, desde el punto de vista psicológico, actúa simultáneamente sobre su ambiente psicológico y se relaciona con él, y comprende cuáles son las consecuencias de sus actos. La interacción perceptual, definida en esa forma, recibe el mejor respaldo y la ampliación más completa por medio de una psicología de aprendizaje del campo cognoscitivo.

Los resultados de la enseñanza y el aprendizaje al nivel de la reflexión incluyen comprensiones, principios, reglas o leyes, pero no sólo eso, el nivel reflexivo implica que esos resultados se adquieran intencionalmente.

Además, el aprendizaje a nivel reflexivo realiza las perspectivas científicas de los alumnos y sus pensamientos instrumentales y basados en la experiencia, indicándoles en esa forma la conveniencia de seguir pensando por su cuenta, de manera creativa

Puesto que la enseñanza reflexiva incluye una participación personal de exploración, centrada en los problemas, las pruebas compatibles con ella se centrarán también en problemas genuinos.

Los instrumentos más factibles para lograr ese propósito son las pruebas de ensayo centradas en los problemas, cada pregunta debe ser pertinente para el estudio que hayan estado efectuando los alumnos, constituyendo un problema real para ellos.

El mejor tipo de preguntas al nivel reflexivo es aquella para la cual es posible que haya más de una respuesta correcta.

Para la evaluación de los alumnos según la ANUIES (2000), las escuelas deben contar con un sistema de autoevaluación institucional para determinar el grado de cumplimiento integral y permanente de sus objetivos e impulsar el mejoramiento continuo que incluya los resultados de las evaluaciones de los alumnos, los docentes, el plan de estudios y procesos administrativos y de grupo.

Además, cada materia, módulo o unidad educativa del plan de estudios debe contar con propósitos, objetivos o instrumentos de evaluación acordes con el modelo educativo que sustenta el propio plan.

1.4. DEL CONDUCTISMO AL COGNOCITIVISMO.

Para los teóricos conductistas o del condicionamiento, el aprendizaje es un cambio conductual, se produce por medio de estímulos y respuestas que se relacionan de acuerdo con los principios mecánicos, así implica la formación de relaciones de algún tipo entre series de estímulo y respuesta.

Los estímulos -las causas del aprendizaje- son agentes ambientales que actúan sobre la persona, ya sea para lograr que responda o para incrementar las posibilidades de que emita una respuesta de un tipo dado, las respuestas -efecto- son las reacciones físicas de la persona a la estimulación interna o externa

Para los teóricos del campo de la Gestalt (cognocitvismo) el aprendizaje es un proceso de obtención o modificación de insights, perspectivas o patrones de pensamiento, al pensar en los procesos de aprendizaje de los alumnos, dichos teóricos prefieren utilizar los términos de personas, ambiente psicológico e interacción (Bigge, 1997).

Esas preferencias no son simplemente un capricho, sino que tienen la convicción de que los conceptos de persona, ambiente psicológico e interacción, resultan muy útiles para los maestros, con el fin de permitirles describir los procesos del aprendizaje, le permiten a un maestro ver inmediatamente a una persona, su ambiente y su interacción con su medio, éste es el significado de la palabra campo (Bigge, 1997).

Los teóricos del condicionamiento E-R (estímulo-respuesta) interpretan el aprendizaje en términos de cambios en la fuerza de variables hipotéticas que se denominan conexiones E-R, asociaciones, fuerzas del hábito o tendencias conductuales.

Los teóricos del campo de la Gestalt lo definen de acuerdo con la reorganización de sistemas o campos perceptuales o cognitivos. Mientras que un maestro conductista querrá modificar la conducta de sus alumnos, un profesor orientado al campo de la Gestalt aspirará a ayudar a sus discípulos.

La palabra clave de los psicólogos del campo de la Gestalt al describir el aprendizaje en insight consideran el aprendizaje como un proceso de desarrollo de nuevas ideas o como de una modificación de las antiguas, los insight se producen cuando un individuo al perseguir sus fines advierten nuevos modos de utilizar los elementos de su ambiente, incluyendo su propia estructura corporal, el sustantivo aprendizaje lleva la connotación de nuevas ideas o significados adquiridos. Los teóricos del campo de la Gestalt ven tres deficiencias en la teoría de que el aprendizaje es condicionamiento (Bigge, 1997).

A) El intento de los conductistas para explicar las organizaciones complejas interrelacionadas de acuerdo con sus elementos más simples, o sea, insistir en que el aprendizaje consiste en una acumulación de respuestas condicionadas, individuales u operantes, cada una de las cuales es relativamente simple por si misma, pero que dan por resultado un patrón complicado de hábitos.

B) Su tendencia a atribuir al aprendizaje la reducción de los impulsos orgánicos básicos.

C) A la tendencia de los conductistas a pasar por alto la intencionalidad aparente de gran parte de las conductas. Así, la principal dificultad del conductista es que deja muchos comportamientos.

Los psicólogos del campo de la gestalt ven el aprendizaje como una empresa intencional, exploradora, imaginativa y creativa. El concepto se aparta completamente de la idea de que el aprendizaje consiste en el enlace de una cosa con la otra, de acuerdo con ciertos principios de sucesión o contribución de conductas, de una manera determinista o mecanista. En lugar de ello se identifica el proceso de aprendizaje con el pensamiento a la conceptualización, se trata de un desarrollo no mecánico o de insight.

Los conductistas utilizan también el término insight a algo totalmente distinto de lo que entienden los teóricos del campo de la gestalt cuando lo emplean los conductistas, ese empleo se aplica a un tipo especial y de raro aprendizaje, utilizando la definición Woodworth (Bigge, 1997), insight es "cierta penetración en la naturaleza (absolutamente) verdadera de las cosas", sin embargo, para Woodworth y otros conductistas la forma ordinaria que adopta el aprendizaje es el acondicionamiento estímulo- respuesta, de hecho el más sistemático de los conductistas prefieren no utilizar ese termino en lo absoluto, en su opinión lleva una connotación de algo intuitivo o místico, que no puede describirse operacionalmente.

En contraste, a los psicólogos de la gestalt no les agrada emplear el término condicionamiento, creen que el desarrollo de insight es la frase mas clara para describir el modo en que se produce verdaderamente el aprendizaje. La definición que dan al insight los teóricos del campo de la gestalt es un sentimiento o un sentido de un patrón o sus relaciones (Bigge, 1997).

En otras palabras insight es el método de resolución o la solución de una situación problemática, los insight se presentan con frecuencia, por primera vez como "vagas "corazonadas", puede decirse que un insight es cierto tipo de sentimiento que obtendremos con relación a una situación, que nos permite seguir esforzándonos activamente en alcanzar nuestros objetivos." (Bigge, 1997)

Los psicólogos de la gestalt no utiliza el termino insight de modo que implique que sea necesariamente cierta la respuesta. Pero la orientación relativista de los teóricos del campo de la gestalt los hace considerar necesariamente los insight como respuestas al azar que puede ayudarle o no a una persona que alcance su objetivo, pueden ser verdaderos o no, la verdad, definida desde el punto de vista relativista es la cualidad de un insight que permita a quién lo posee diseñar una conducta que permita realizar lo que se debe. (Bigge, 1997).

Así pues, los insight deben considerarse no como descripciones literarias de situaciones objetivas, físicas y sociales, sino como interpretaciones del propio ser y el medio que uno mismo percibe sobre la base de la acción subsecuente que pueda prepararse. Aún

cuando los insight son siempre propios del estudiante, por supuesto es posible que lleguen a ser suyos por adopción.

Un estudiante podrá usar un insight sólo en el caso de que sea posible adecuarlo y deberá comprender lo que significa para él. Un maestro no puede darle un insight de la misma forma que se le muestra o da algo una persona. Podrá presentarle a sus alumnos sus propios insight pero éstos no llegarán a serlo para los estudiantes, en tanto éstos últimos no comprendan su significado para ellos mismos y lo adopten como propios.

Una de las objeciones que puedan presentarle a la tendencia del campo de la gestalt a declarar que todo el aprendizaje es de insight es el hecho de que cierta tarea de aprendizaje se realizaron con éxito, sin desarrollo aparente de insight.

Un psicólogo gestaltista acepta que hay ciertos aprendizajes que parecen muy mecánicos pero estará convencido que no es necesariamente tan mecánico como parece.

De acuerdo con ello, sostendrá que aun cuando repita algo que parezca haberlas aprendido de memoria por rutina, lo que habrá hecho en realidad es llegar a comprender cierto patrón presente. Ese patrón puede encontrarse en relación simplemente en el orden en que el estudiante lo acomodó para aprenderlo de memoria.

El uso que se haga del termino insight no implica que una persona para aprender algo, deba comprender todos los aspectos de uso.

Cualquier grado de sentimiento de un patrón es suficiente para construir aprendizaje por un insight (Bigge, 1997).

1.4.1. APRENDIZAJE DE HABILIDADES.

Las habilidades que debe de tener todo estudiante y profesional de la salud se desarrollan en la escuela durante su formación, de ahí la importancia de que en fases tempranas de su preparación, el alumno reciba el adiestramiento necesario para el desarrollo de ellas.

La mayor parte de las actividades en que está implicada la habilidad constituye un vasto conjunto de respuestas con componentes interrelacionados. Cabe suponer que la práctica proporciona información retroalimentadora para la totalidad de éstos componentes.

En el caso de las habilidades, describamos el conocimiento de la persona en términos de que ella sabe como hacer algo, en lugar de referirnos a que es capaz de detallarnos los sucesos, el recuerdo se ejemplifica en la ejecución, no hay ninguna "información central" que recordar, sino una secuencia de movimientos coordinados, por lo general realizados frente a algún estímulo y ejecutados apropiadamente o pobremente.

Por lo tanto, el aprendizaje se refiere al cambio en la conducta o en el potencial de conducta de un sujeto en una situación dada como producto de sus repetidas experiencias en esa situación, siempre que el cambio conductual no pueda explicarse con base en sus

tendencias de respuestas innatas, su maduración o estados temporales (como la fatiga, los impulsos).

En la enseñanza de habilidades, la mayor parte de las actividades mostradas, constituyen un extenso conjunto de respuestas posibles con componentes interrelacionados, lo que hace suponer que la práctica proporciona información retroalimentadora gradual (estímulo - respuesta) (Bigge,1997).

1.4.2. CONDICIONAMIENTO CONTINUO DE GURTHIE. LA REPETICION PRODUCE MEJORAMIENTO.

Guthrie (Bower,1997), tenía dos maneras de inferir el aparente mejoramiento gradual, una de ellas basada en la variabilidad de ensayo a ensayo en el estímulo exacto presentado para la respuesta, y la otra sustentada en la complejidad de la conducta total agrupada como la "respuesta" de interés.

Según este segundo postulado la razón por la que la práctica da lugar al mejoramiento, es que éste último y otras formas de éxito se refieren a actos, a resultados de aprendizaje, mas que a los pequeños detalles de los movimientos.

Guthrie creía que su preferencia por los pequeños componentes de los patrones del movimiento, y de la predicción de los movimientos, era casi única entre los teóricos del aprendizaje; decía que otros, se interesaban en los grandes logros y en los resultados a gran escala de un tipo u otro.

Se diferenciaba de Thordike (Bower, 1997), en que éste se inclinaba por las puntuaciones de los sujetos en la elaboración de las tareas Guthrie prefiere los detalles finos de movimientos del organismos, independientemente de que condujeran al error o al éxito.

1.4.3. LA REPETICION PRODUCE MEJORAMIENTO.

Una habilidad, no es un acto sino muchos (Bower, 1997) . No depende de un solo movimiento muscular, sino un cierto número de movimientos realizados en un cierto número de circunstancias distintas. Cualquier movimiento puede aprenderse en cualquier ensayo, pero aprender todos los movimientos que requiere esa complicada habilidad necesita de la práctica en las diferentes situaciones.

La práctica es necesaria, pero tiene sus consecuencias, no según la Ley de frecuencias, sino de acuerdo con el simple principio de la vinculación de indicios de movimientos. Cuanto más variados sean los indicios que deben asimilarse en estos movimientos, más práctica se requerirá, es necesario deshacerse de las asociaciones equivocadas que conducen a lo que desde el punto de vista del logro constituye un error, esto se obtiene al hacer que la conducta correcta se reduzca frente al indicio que antes dio lugar a la conducta errónea. Cuando, todos los indicios conduzcan a conductas aceptables, la tarea se ha dominado.(Bower 1997).

La aparente contradicción entre el aprendizaje de un sólo ensayo y la experiencia real de dolorosos desaciertos antes del éxito, se revuelve

cuando la tarea de habilidad se considera compuesta de un gran número de hábitos.

1.4.4. OLVIDO Y RUPTURA DE HABITOS.

La extinción es uno de los resultados de los experimentos del condicionamiento que requiere de una explicación, ya que la respuesta debería de permanecer fieles a sus indicios. Guthrie no podía estar de acuerdo en que la extinción constituye una disminución de la fuerza del hábito debido a la mera repetición no reforzada.

En su opinión la extinción. (olvido) siempre es un resultado de la competencia e interferencia asociativa. Su teoría de la extinción lleva a buscar nuevos estímulos, presentes en la extinción, que no fueron condicionados durante el entrenamiento en tanto, estos servirían para provocar respuestas extintas del reflejo condicionado

1.4.5. TEORIA SISTEMATICA DE LA CONDUCTA DE HULL.

Por otra parte, Hull, conductista y mecanicista, evita toda la preferencia a la conciencia. Su concepto central es el hábito, infiere gran parte de su información acerca de él a partir de experimentos con respuestas condicionadas en animales.

Asume además que la conducta compleja es derivable de lo que se conoce acerca de las formas más elementales del aprendizaje, utilizó

los resultados del condicionamiento de Pavlov y adoptó la ley del efecto de Thordike (Bower, 1997).

Hull buscaba una teoría que explicara cómo y por qué los organismos emitan sus respuestas peculiares, el ambiente común de estimulación sólo es responsable de la conducta seleccionada, debe reconocerse otras cómo el entrenamiento previo del organismo en ésta o en situaciones semejantes, estados de necesidad biológica creados, el estado de salud o de cansancio del organismo.

La influencia de éstas variables previas y/o de privación sobre una gama de conductas podrían resumirse entre una u otra variable interviniente o construcciones teóricas como fuerza del hábito o nivel del impulso. Desde luego, no podemos observar a los impulsos ni a los hábitos, éstos constituyen conceptos que se infieren en el registro de entradas o de recompensas (Bower, 1997).

1.4.6. LA FUERZA DEL HÁBITO Y SUS VARIABLES CAUSALES.

Hull suponía que el hábito era permanente y que nunca disminuía (la ausencia de recompensa tan sólo acumula la inhibición para contrabalancear al hábito durante la extinción), supuso que la recompensa afectaba a la motivación del incentivo mas que el limite de la fuerza de hábito multiplicado por el impulso, ambos multiplicados por la motivación del incentivo.

Aquí se considera a las variables de recompensa como factores de ejecución mas que como factores de aprendizaje y se suponía que la

motivación tenía el mismo valor fijo; Hull se aferró a la explicación de que la adquisición de hábito requería de una cantidad mínima de reforzamiento para que se desarrollara hasta su límite fijado (Bower, 1997).

1.4.7. LA JERARQUIA DE FAMILIA DE HABITOS.

En el ambiente natural generalmente hay múltiples rutas de un punto de partida y una meta hasta donde encuentra la satisfacción de su necesidad, estas rutas constituyen una "familia" de respuestas equivalentes, denominadas familias de hábitos debido a un mecanismo integrador inferido.

La integración de una familia de hábitos se logra mediante la reacción neta anticipatoria fraccionaria presente a medida que se ejecuta una respuesta anticipatoria.

Esta respuesta proporciona un estímulo al cual se condicionan las diversas respuestas manifiestas.

A través de la acción diferencial de los gradientes derivados del reforzamiento, las respuestas están condicionadas al estímulo con menor fuerza que otras. Las respuestas iniciales de rutas largas, están más alejadas del reforzamiento que las respuestas iniciales de rutas más cortas, por esta razón las segundas están fuertemente reforzadas; y se encuentran condicionadas con mayor vigor que el estímulo.

La rutas menos favorecidas sólo se escogen cuando las predilectas están bloqueadas. Este conjunto de hábitos alternativos, integrados por un estímulo común y dispuestos en orden preferencial; constituyen una jerarquía de familia de hábitos.

Hull infirió además que si un miembro de una jerarquía de familia de hábitos se refuerza en una situación nueva, todos los demás miembros de la familia comparten el mismo momento a ser evocados como reacciones a esta situación. Esto permite explicar las equivalencias de respuestas y otras reacciones apropiadas en situaciones nuevas o problemáticas; como los que aparecen en los ejercicios de razonamiento (Bower, 1997).

1.4.8. TEORIA DEL HABITO DE MOWRER. REFORZAMIENTO CONDICIONADO.

O. H. Mowrer (Bower, 1997), afirmaba que las recompensas positivas (estímulos positivos) fortalecen directamente los hábitos de las respuestas instrumentales (estímulo - respuesta con reforzamiento, principio de retroalimentación), en tanto que los castigos operan de forma indirecta; no ha reducir el hábito sino al hacer que los indicios de iniciar la respuesta se condicionen al miedo, lo cual inhibe la "consecución completa" de la respuesta.

El castigo es un proceso que debilita la respuesta, consiste en la presentación de un estímulo negativo o la eliminación de alguno positivo, por lo tanto debilita el reforzamiento.

1.4.9. TEORIA DE LA CONTINUIDAD DE SPENCE.

Spence (Bower, 1997), suponía que los cambios en las tendencias de hábito para indicios particulares ocurren gradualmente, mediante la acumulación continua de incrementos y decrementos debidos a las recompensas y a la no recompensas esta peculiaridad es la que dio el título de la teoría de continuidad (Bower 1997).

1.5. ALGUNAS IDEAS UTILES DE LAS TEORIAS DE APRENDIZAJE EN LA EDUCACION.

1.5.1. OBJETIVOS CONDUCTUALES.

Para el conductista (Bower, 1997), las metas de cualquier programa deben estipularse en términos conductuales concretos, preferentemente en comportamientos que puedan medirse y sólo entonces el maestro sabrá cómo diseñar un programa que molde la conducta del estudiante hacia el logro de esas metas, y evaluar el grado en que se han cumplido.

La especificación de las metas educativas en términos de objetivos conductuales tiene un efecto benéfico tanto en el maestro como en el estudiante al obligar al primero a reflexionar con exactitud acerca de lo que cree que es más importante que el estudiante sepa y que conductas de éste constituyen una evidencia de su conocimiento en la materia.

1.5.2. ANALISIS DE TAREAS O DE HABILIDADES.

Plantear metas educativas en términos conductuales lleva implícito el requisito que el profesor analice la tarea criterio en sus componentes conductuales elementales y observe la manera en que ellos se organizan, lo que conduce a la evaluación del repertorio inicial del estudiante, y al diseño de un programa educativo que enseña los diversos componentes de la habilidad criterio, estos microanálisis revelan la complejidad de las habilidades que comúnmente se enseñan en la escuela y permite descomponer varias habilidades educativas en una jerarquía de subhabilidades, al observar como depende una de otras (Bower, 1997).

1.5.3. MOLDEAMIENTO.

El análisis de una meta educativa en una jerarquía o serie de componentes conductuales lleva a la estructuración de un programa educativo bien planeado.

En particular, las habilidades fundamentales se enseñan primero porque según el análisis de tarea, otras partes de la competencia criterio dependen de éstas.

Por lo tanto, un análisis de tarea criterio establece el orden en el cual deben enseñarse y dominarse las habilidades componentes.

Esta progresión del adiestramiento desde lo simple a lo complejo, desde una unidad simple conductual hasta una secuencia de unidades, es parecido al moldeamiento de Skinner (Bower, 1997).

1.6. EL MAESTRO COMO FACTOR DECISIVO DEL APRENDIZAJE.

Para que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea efectivo (Murillo, Ma. Elena, 1998), se requiere de profesores que no sólo tengan el conocimiento, sino que tengan la habilidad de poder hacer uso del mismo, o sea, que se apropien de él y que hagan que los alumnos lo adquieran y lo usen.

Sin embargo, los docentes carecen de formación didáctica o dicha formación no es la óptima para los requerimientos actuales de la sociedad, ya que seguir sosteniendo la lógica de la transmisión repetitiva e informativa de los conocimientos, en la incuestionabilidad

de éstos (dogmatismo), en un esquema unidireccional basado primordialmente en la cátedra ha sido la realidad que a hundido a las instituciones.

Los conocimientos dentro de cualquier disciplina son cada día renovados, por tanto, lo que se "enseña" hoy, mañana puede ya no tener vigencia.

Por lo tanto, para que el proceso enseñanza - aprendizaje sea efectivo, es recomendable que los docentes estén vinculados con su profesión, ya sea a través del ejercicio libre de su profesión o su inmersión en el mercado laboral de la misma.

En cuanto a cómo se transmite el conocimiento o para ser más precisos, cómo se logra que los alumnos hagan uso del conocimiento y lo integren, se requiere de profesores capacitados, con las

herramientas metodológicas para compartir sus conocimientos. Para lograr este objetivo, se ha desarrollado tecnologías educativas que incluyan estrategias y habilidades que debe utilizar el profesor que desea lograr el aprendizaje de sus alumnos.

La especialización a la disciplina y el desarrollo de las habilidades para la investigación dentro de la misma formará docentes con más contacto con la realidad de su disciplina y con herramientas para transmitir el conocimiento que poseen y que generan.

La respuesta más rápida y eficiente para la formación como docente nos la brinda la capacitación.

Los docentes son el patrimonio fundamental de las instituciones educativas, no sólo porque constituyen una gran inversión en capital acumulado (años de formación + años de experiencia + salarios devengados), sino también porque los profesores son agentes vitales de la actividad académica.

Para que haya productividad en las instituciones educativas se requiere de profesores con actitudes hacia la renovación.

Entonces es inevitable una lucha contra lo establecido y para ello se requiere previamente una concientización acerca de lo que suplirá esa práctica docente arcaica.

El docente actual requiere continuamente de estrategias para enseñar a sus alumnos acorde a los intereses y formas de aprender que los estudiantes tienen. Eso significa que requiere de

metodologías innovadoras con las cuales enseña a los alumnos a adquirir y hacer uso del conocimiento, a aprender todos los días, y de esa manera formar profesionistas que resolverán los problemas a que se enfrentan a diario.

2. ANALISIS DE RENDIMIENTO ESCOLAR.

El análisis del rendimiento escolar constituye un elemento clave en el diagnóstico de cualquier sistema educativo, aunque es cierto que los resultados de la educación se manifiestan sobre todo a largo plazo, no deben reducirse a la adquisición de conocimientos y destrezas en determinadas asignaturas, no es menos cierto que el grado en que ésta adquisición se produce proporciona una información privilegiada sobre la eficacia de las escuelas en lo que constituye su objetivo más obvio, la instrucción de la juventud (Bower, 1997).

La evaluación del rendimiento escolar tiene de hecho un doble interés, por un lado nos indica hasta que punto consiguen los alumnos los concretos aprendizajes a los que dirige su principal esfuerzo (INCE, 2000), por otro lado, nos proporciona un síntoma certero de la eficacia de la escolarización.

Es difícil que la escuela consiga objetivos difíciles y abstractos como pueden ser la adquisición de valores, la formación del carácter, la creación de hábitos de estudio y de trabajo, el amor por la cultura, si no consigue al menos objetivos más fáciles y concretos, como son los objetivos de aprendizaje que en cualquier caso le son siempre exigidos por la sociedad.

De ahí que el primer esfuerzo de diagnóstico del rendimiento escolar deba ir dirigido a comprobar lo que los alumnos aprenden en la escuela con respecto a las materias fundamentales.

Ahora bien, averiguar lo que los alumnos aprenden en el sistema escolar tiene también especiales dificultades, ya que no es posible separar los efectos que en ellos cause el aprendizaje más general y difuso que se deriva de la propia inmersión de los estudiantes en el sistema social, sus familias, sus diversos entornos sociales y los medios de comunicación.

El rendimiento escolar, en su acepción actual, se acuñó en las sociedades industriales, y su derivación más directa proviene del mundo laboral industrial, donde las normas, criterios y procedimientos de medida se refieren a la productividad del trabajador; al evaluar ese rendimiento se establecen escalas "objetivas" para asignar salarios y méritos.

En consecuencia, el rendimiento es un criterio de racionalidad referido a la productividad y "rentabilidad" de las inversiones, de los procesos, y del uso de recursos, entre otros.

Tradicionalmente su evaluación ha tenido como principal objetivo la "optimización" y/o el incremento de la "eficiencia" del proceso de producción y de sus resultados.

El traslado del rendimiento al ámbito educativo ha preservado su significación económica. Esta asociado con los desarrollos teórico - metodológicos que se han dado en el campo de la economía de la educación, desde la determinación del costo - beneficio hasta el análisis de sistemas.

Así por ejemplo, el modelo función-producción de la educación parte del supuesto de considerar a la escuela como unidad productiva similar a una empresa económica, donde las inversiones deben contribuir al desarrollo económico y social.

La inversión en insumos tales como maestros y escuelas para la formación de recursos humanos, es decir de estudiantes, se espera que sea redituable en términos de la obtención de productos deseados, fundamentalmente de estudiantes egresados que, como profesionales, se incorporaran al mercado de trabajo.

Sin embargo, el traslado del sentido económico que implica el rendimiento al campo de la problemática educativa, ha llevado a explicaciones reduccionistas, en este caso economicistas, en los análisis y evaluaciones de los procesos educativos que toman como pauta los rendimientos de las instituciones, de los alumnos o de los maestros.

En los estudios educativos el rendimiento escolar se ha definido de las diversas maneras, sin embargo, no se ha podido precisar la naturaleza del problema, lo que ha originado diversas acepciones del vocablo.

2.1. DEFINICION Y OPERACIÓN DE RENDIMIENTO ESCOLAR.

Al revisar algunos estudios sobre rendimiento escolar elaborados en América Latina durante la última década, es posible agruparlos en dos formas según sus aproximaciones a la definición y operación del mismo (Camarena, 1999).

A) Se trata indistintamente el rendimiento con el aprovechamiento escolar.

El aprovechamiento escolar puede concebirse como conocimientos, habilidades y destrezas que el alumno adquiere durante el proceso de enseñanza – aprendizaje, la evaluación de éste se realiza a través de la valoración que el docente hace del aprendizaje de los educandos matriculados en un curso, grado, ciclo escolar o nivel educativo, lo que va a estar en relación con los objetivos y contenidos de los programas y el desempeño de los escolares en todo el proceso mencionado.

De ahí que el aprovechamiento, al ubicarse fundamentalmente en el aprendizaje en el aula, se encuentre en un nivel de conocimiento distinto del problema de rendimiento, bajo esta perspectiva, se incorpora como un elemento constitutivo al rendimiento.

B) Se distingue claramente al rendimiento del aprovechamiento escolar, considerando por lo general a éste como variable o indicador de aquel.

En la mayoría de estos estudios, la ubicación analítica del rendimiento se circunscribe en el plano descriptivo, como problemática educativa factible de ser comprendida tan solo a través de sus representaciones empíricas.

Estas se expresan, por lo general, en los resultados de un proceso escolar determinado, con lo que se pretende reconocer y sistematizar

al rendimiento a partir de representaciones tales como calificaciones de alumnos, acreditación, reprobación y egresos entre otros.

Además del carácter descriptivo de los estudios del rendimiento, destaca el énfasis puesto en la medición, por lo que el estudio del rendimiento se reduce a la cuantificación de sus representaciones empíricas.

"El rendimiento se expresa a través de medidas con las cuales se intenta describir el grado de adecuación que el funcionamiento de un sistema educativo presente con respecto a sus objetivos centrales". (Camarena, 1999).

El rendimiento escolar se ha entendido de diversas maneras dependiendo de sus manifestaciones, siendo las más significativas la eficiencia terminal, la aprobación, la reprobación y la deserción escolar, ya que son las representaciones más importantes del proceso escolar: la institución y la población estudiantil.

Los saberes que debe de tener todo estudiante y profesional de la salud se desarrollan en la escuela durante su formación, es por eso importante que en fases tempranas de su preparación, el estudiante reciba el aprendizaje y el adiestramiento necesario en las diferentes materias o unidades de aprendizaje que componen el programa de estudios para que al ser evaluado el proceso escolar a través de la competencia laboral y profesional el rendimiento escolar sea acorde a lo planeado.

Por competencia entendemos la amplitud o capacidad para desarrollar de forma idónea una actividad o tarea: es lo que el educando sabe y sabe hacer, la competencia profesional está presente en los procesos formativos del pregrado y posgrado, (Salas Perea, 2000).

2.2. COMPETENCIA LABORAL Y PROFESIONAL.

Se define como competencia laboral a, "una capacidad efectiva para llevar a cabo una actividad laboral plenamente identificada y no es una probabilidad de éxito en la ejecución del trabajo, es una capacidad real y demostrada" (proyecto CinterNet, 1999), y por competencia profesional a la "articulación compleja de un conjunto de saberes teóricos, metodológicos, técnicos y axiológicos que son puestos en juego para la intervención de la realidad en situaciones concretas que implican la toma de decisiones y que se manifiestan como habilidades y destrezas específicas de alta complejidad." (Castellanos, 2000).

El rendimiento en ésta investigación viene definida por las calificaciones obtenidas por los alumnos (Camarena, 1999).

La calificación representa el aprendizaje de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos y desarrollados en la unidad de aprendizaje Propedéutica Clínica y la competencia para realizar una historia clínica (interrogatorio, exploración física y análisis de datos).

2.3. VARIABLES QUE AFECTAN EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

Existe un gran número de variables que afectan el rendimiento escolar (Camarena, 1999, Marincovich, 1999), las condiciones económicas del estudiante, el bajo nivel cultural de la familia a la que pertenece, las expectativas del estudiante respecto a la importancia de la educación, la incompatibilidad del tiempo dedicado al trabajo y a los estudios, las características personales del estudiante, el poco interés por los estudios en general, por la carrera y la institución, las características académicas previas del estudiante como son los bajos promedios obtenidos en la educación media superior que reflejan la insuficiencia de los conocimientos y habilidades con los que egresan los estudiantes en relación con los requeridos para mantener las exigencias académicas del nivel superior, (Páves, 1999; Santin, 2000), sobre todo el dominio insuficiente de los conocimientos relacionados con algunas asignaturas del bachillerato (física, química, biología y matemáticas) que son un factor de riesgo para el rendimiento escolar del nivel superior (Martínez-González, 1999).

Otra variable que interviene en el rendimiento académico es la metodología aplicada en el proceso enseñanza aprendizaje, entendiéndose ésta como el conjunto de fases sucesivas en el que se cumple el fenómeno intencional de la educación y de la institución y hace hincapié en la bilateralidad de la acción, que va tanto de quién enseña a quién aprende, como de quién aprende a quién enseña (Diccionario de Ciencias de la Educación, 2002).

2.4. LO METODOLOGICO PARA CONOCER EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

2.4.1. LOS METODOS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE.

Lo metodológico constituye uno de los aspectos en donde la propuesta didáctica deposita su confianza para el mejoramiento de la práctica educativa y constituye el instrumento para abordar y dar sentido a la actividad del maestro.

Las estrategias educativas que utilice el profesor deben redundar en una mejoría del proceso enseñanza-aprendizaje tendientes a mejorar la calidad de la formación profesional del médico, para esto es necesario difundir los aspectos conceptuales pedagógicos para transformar y orientar el desempeño docente en un trabajo innovador, creativo, pertinente y con mayores niveles de calidad (Rojas, 2000).

A partir de el proceso enseñanza-aprendizaje, el profesor intenta crear las condiciones necesarias para que todos los alumnos desestructuren y reestructuren el conocimiento siendo un guía que estimule a los estudiantes a aprender, a descubrir y sentirse satisfechos por el saber acumulado y no centrar toda la atención del proceso de la enseñanza en el contenido (Rodríguez, 1999).

El estudiante protagonista y responsable de su aprendizaje, da sentido a lo que aprende siendo responsable de su proceso de aprendizaje (Riverón Portela, 1999).

2.4.2. LOS METODOS DE EVALUACION.

La evaluación debe ser vista como un método que considere al alumno como una totalidad tomando en cuenta el proceso de aprendizaje y está socialmente determinado por sus resultados, ya que reflejan la competencia profesional del egresado y por otro lado la competencia laboral.

Cuando los profesores evalúan no son conscientes de la repercusión que tal acción provoca tanto en los estudiantes que evalúa como en la sociedad, el maestro determina quienes han aprobado y les confiere un nivel determinado, ya que con los resultados obtenidos serán considerados por sus compañeros, sus padres y los demás profesores como buenos o deficientes alumnos (Rodríguez Cruz, 1998).

Ante esta situación el estudiante pierde conciencia de si como individuo, ya que como estudiante le interesa sobresalir, ganar a sus compañeros y obtener la máxima puntuación sin reflexionar sobre que aprendió y cómo logro aprender, la máxima calificación significa que ha aprendido, la calificación reprobatoria significa que no aprendió,

La sociedad legitima esta acción al ser usada como criterio para la selección de sus fuerzas de trabajo y por el estatus que adquiere el ser humano que demuestra cierto nivel de competencias, no se puede reducir los éxitos o fracasos escolares de los alumnos a un problema de aptitudes ya que son muchos los factores que afectan el rendimiento del estudiante como ya se analizó.

Hay una tendencia a utilizar al término "medición" como sinónimo de evaluación, la inclusión de la medición implica la aceptación de la posibilidad de medir el aprendizaje, con lo cual se recorta la misma noción de aprendizaje para concebirlo únicamente, como los cambios de conducta -mas o menos permanentes en el alumno; la cuantificación del aprendizaje lo reduce a lo superficial con menosprecio del proceso de aprender.

El empleo de formas estadísticas para determinar el grado de "validez" y "confiabilidad" a las pruebas "objetivas" está de moda, por lo que se le ha considerado como el instrumento adecuado a ser aplicado indistintamente a todos los grupos que cursan la misma materia, esto es lo que sucede en los exámenes departamentales y los exámenes nacionales de la medición de la calidad (ANUIES, 2000), que ajenas a las condiciones particulares del proceso del aprendizaje que se haya generado, reduce las funciones docentes a acciones netamente mecánicas, por lo que el profesor ya no tiene que investigar los logros del alumno, ni que situaciones se facilitaron o dificultaron y cómo se dio el proceso, rompiendo la esencia misma de un proceso de enseñanza-aprendizaje, minimizando el papel y la función del maestro y lo convierte únicamente en un instrumento que supervisa la guía y conduce lo que los planificadores han establecido.

La evaluación no debe ser realizada únicamente por expertos o departamentos de evaluación (Reglamento de evaluación, Departamento de Evaluación de la FMUAN), si no que deben de participar los docentes y los alumnos para que tal investigación permita detectar las características de éste proceso y buscar una explicación del proceso de los aprendizajes.

En la práctica la evaluación se reduce a la realización, aplicación y la interpretación de datos recabados por medio de exámenes que se aplican al alumno al finalizar su aprendizaje, omitiendo la relación del sujeto – objeto en el acto de conocimiento, las mediciones que se dan en la acción de conocer se relacionan con la necesidad institucional de certificar los conocimientos y está referida a sólo ciertos resultados de aprendizaje que están contemplados en los criterios de acreditación del curso, visión conductista, ya que ve el proceso de la enseñanza como un producto y no como un proceso, situación que solo permite la obtención de calificaciones.

Antes de que concluya el año escolar, el alumno se enfrenta a una serie de preguntas a las que da respuesta en un tiempo determinado, dentro del salón de clases y bajo la vigilancia del maestro lo que sólo fomenta la confusión y ansiedad en el alumno y en ocasiones el docente lo ve como una oportunidad para desquitarse a la falta de atención e interés de estos.

Para realizar un examen los alumnos estudian y a veces solo repiten información que no entendieron y que pronto olvida, se preparan únicamente para aprobar.

Siendo la evaluación una forma de apreciación en una situación determinada, se halla en todos los aspectos de la enseñanza y debe seguir el mismo proceso de la acción docente, esto es, concebir una idea, darle el valor a esa idea para convertirla en ideal de aspiración y realización humana, plasmar y concretar los ideales de manera generalizada en una serie de fines y objetivos de la enseñanza, determinar los contenidos programados para el logro de los fines y

objetivos, seleccionar las experiencias adecuadas que han de realizarse para el desarrollo de los contenidos y logros de los fines y objetivos, seleccionar los materiales de trabajo, realizar la tarea docente y comprobar los rendimientos alcanzados en relación con los fines y circunstancias.

La evaluación tiene que responder a la enseñanza y la enseñanza a la planificación de la enseñanza misma, la desintegración docente se presenta cuando se planifica de un modo, se enseña de otro y este conocimiento adquirido en la escuela también se aplica de manera muy distinta en la vida práctica (W. De Camillon, 2000).

La evaluación educativa ha nacido y se ha desarrollado en el siglo XX y ha crecido al amparo de la psicología experimental, Enrich y Tyler (Martín Pérez, 2000) impulsaron las actividades de la evaluación en el campo de las actitudes, intereses, hábitos y adaptación social. Por lo tanto es una actividad sistemática y continua integrada dentro del proceso educativo, que tiene por objeto proporcionar la máxima información para mejorar este proceso, reajustando sus objetivos, revisando críticamente los planes, programas, métodos y recursos y facilitando la máxima ayuda y orientación a los alumnos.

El concepto de evaluación implica una acción mas amplia y compleja que el de medición, ya que no sólo es una interpretación de medida en relación a una norma estadística ya establecida (evaluación respecto a la norma) o en relación a unos objetivos o patrones de conducta (evaluación respecto al criterio) sino un juicio de valor sobre una descripción cualitativa.

La evaluación de ser una acción meramente sancionadora, se convierte en un acto educativo, en una mejora del proceso del proceso de aprendizaje y una ayuda para el alumno.

Tiene como misión principal entonces recoger información fidedigna sobre el proceso en su conjunto; ayuda a mejorar el propio proceso y dentro de él, a los programas, técnicas de aprendizaje, recursos; ayuda a elevar la calidad del aprendizaje y aumentar el rendimiento de los alumnos dejando a un lado la concepción errónea de la evaluación.

Por lo tanto las funciones de la evaluación son de diagnóstico, comprobar hasta que punto se han conseguido los objetivos propuestos, determinando el grado de identificación de discrepancias entre éstos y los resultados conseguidos, de orientación o reorientación de todo el proceso, es su estructura y funcionamiento y en todos sus elementos (planificación, tecnología, recursos didácticos a través de la retroalimentación de la información conseguida; de pronóstico o predicción de las posibilidades del alumno como base para su orientación personal, escolar y profesional, de control del rendimiento de los alumnos.

Como en el rendimiento académico intervienen muchas variables como el nivel intelectual, la personalidad del estudiante, el sexo, la aptitud, el interés por el estudio, los hábitos de estudio, la relación profesor-estudiante, el autoestima, la evaluación que se le hace al estudiante debe ser integral.

El sistema de evaluación que se utiliza actualmente en las instituciones educativas y de salud en nuestro país, proporcionan una información parcial sobre el aprendizaje o rendimiento de los estudiantes, ya que están enfocados básicamente a la medición de conocimientos, que si bien es una parte básica, no es suficiente por si misma (Larios Mendoza, 2000).

Dada la importancia de la enseñanza clínica en el proceso formativo del médico, y considerando la competencia clínica como una actividad compleja que comprende un conjunto de capacidades del médico para realizar consistentemente las funciones y tareas integradas que se requieren para resolver con eficiencia y calidad humana los problemas de salud individuales y colectivas; son detectados en la realización del examen profesional clínico

2.5. LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES COMO ESTRATEGIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

La educación es un proceso complejo que incluye selección de ideas, conceptos, valores y habilidades que se consideran necesarios para operar cambios deseables en el individuo y en la sociedad, esto quiere decir, que se hace uso de la evaluación desde el inicio del proceso de la enseñanza, la selección del contenido programático en función de los ideales, fines, valores y necesidades de nuestra sociedad y no al final de la tarea docente

La instrucción como producto, es el resultado educativo (mejora o perfeccionamiento intelectual) del proceso enseñanza - aprendizaje y

como proceso, es la actividad del estudiante no sólo en cuanto a que aprende un contenido, sino referido a los modos de aprender, relaciones que establece operaciones de integración y reelaboración de lo aprendido, lo que le permite ir configurando una estructura cognitiva, funcional y operativa más eficaz.

Así, lo decisivo, no está tanto en el contenido, sino en los modos de enseñar/aprender que son los que van a configurar un estilo cognitivo personal.

De ahí que la enseñanza – aprendizaje de la propedéutica clínica en etapas tempranas de la formación de estudiante de la carrera de medicina en el segundo año, asegura la adquisición de las habilidades clínicas esenciales que se refieren en la competencia clínica ,habilidades de interrogatorio y exploración física para lograr un diagnóstico y manejo clínico.

El estudiante tiene la oportunidad de establecer una vinculación de los conocimientos clínicos adquiridos previamente al integrarse al área hospitalaria al cursar el tercer, cuarto y quinto año de la carrera, internado rotatorio de pregrado al colaborar directamente en la atención de los pacientes, establecer con mayor compromiso la relación médico-paciente y ejercitar una actitud de servicio, autocrítica y toma de decisiones en la solución de problemas de salud para de esta manera, tener experiencias que le permitan desarrollar la competencia clínica necesaria para responder satisfactoriamente a las expectativas de la población, mismas que son evaluadas al realizar el examen profesional clínico.

Para asegurar la adquisición de las habilidades clínicas esenciales se requieren de estrategias instruccionales sistemáticas y disponibilidad de oportunidades de experiencias clínicas repetidas y reflexivas que refuercen el aprendizaje significativo.

3. LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT.

3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit se funda el día 8 de julio de 1974, iniciando labores en marzo de 1975 adoptando como plan de estudios el Plan Modular de Medicina General Integral de la UNAM, el cual es modificado en 1978 incluyendo el internado de pregrado en el quinto año de la carrera siendo considerado como un plan modular innovador.

En lo general, mantiene el plan modular sustentado en los ejes rectorales que son: enseñanza modular, tutorial, enseñanza por objetivos, enseñanza activa, diacronía-sincronía, teoría-práctica y ámbito académico adecuado para que las actividades formativas permitan integrar el trinomio docencia-servicio-investigación.

3.2. ESTRUCTURA GENERAL DEL PLAN DE ESTUDIOS.

Partiendo de que el hombre es una unidad bio-psico-social se imparte una enseñanza de tipo modular que abarca las áreas de conocimiento médico: biología, psicología, sociología, clínica, patología y epidemiología que permitan una integración por esquemas coherentes ligados a la realidad y asegurar que el estudiante reciba una formación científica simultánea con una capacitación profesional a lo largo de sus estudios.

3.2.1. PRIMER NIVEL:

Comprende el primer y segundo año de la carrera y su objetivo es ofrecer al estudiante el conocimiento integrado de las diferentes áreas e incorporarlo a la práctica en la Atención Primaria a la Salud y capacitarlo a observar a la población sana con riesgo de enfermedades y a realizar las técnicas propedéuticas de manera sistemática para determinar el estado de normalidad o anormalidad de las personas.

Simultáneamente a las actividades teóricas, el alumno está reforzando la práctica a través del módulo de comunidad, que incluye epidemiología, atención primaria a la salud, estadística y metodología de la investigación, además de las prácticas de laboratorio de fisiología, bioquímica, microbiología y parasitología.

3.2.1.1. PRIMER AÑO.

Con una duración de 39 semanas, se integra por 6 módulos que tiene como base en su estructura el proceso de crecimiento y desarrollo humano, la comprensión de las bases teóricas de la propedéutica y semiología que permiten valorar el significado de lo encontrado en un paciente, la realización de algunas técnicas elementales de interrogatorio y exploración física, el análisis de algunos aspectos biológicos y ambientales fundamentales que intervienen en el fenómeno del equilibrio ecológico y el análisis de los mecanismos biológicos de la nutrición a nivel celular, tisular y sistémico como un proceso fundamental de los seres vivos y los diversos factores que la influyen.

Las actividades se realizan en la facultad principalmente, ya que ante la escasez de campos clínicos contratados en Centros de Salud y servicios de obstetricia en hospitales, los estudiantes no asisten a guardias o prácticas clínicas en los hospitales, después de haber terminado el módulo de Crecimiento y Desarrollo Intrauterino.

3.2.1.2. SEGUNDO AÑO.

Con duración de 40 semanas, tiene como estructura las bases teóricas y prácticas para el abordaje y relación existente entre los aparatos y sistemas y el organismo total y entre éste y el ambiente llevando acciones de diagnóstico, prevención y promoción de la salud, profundizando en el análisis de la dinámica de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso de salud-enfermedad del individuo, familias y poblaciones.

El trabajo se realiza principalmente en la unidad académica a través de 11 módulos que se integran sincrónicamente con las actividades de propedéutica clínica programadas por el Departamento correspondiente, ya que ante la escasez de campos clínicos contratados, los estudiantes no acuden a hospitales a guardias o prácticas clínicas; realizando investigación a través de las actividades de comunidad del programa de Medicina Preventiva y Social.

3.2.2. SEGUNDO NIVEL:

Contempla el tercer y cuarto año de la carrera, tiene por objeto proporcionar al estudiante la teoría y la práctica en los dos campos

de la medicina: la Biomedicina y la Sociomedicina.

En el campo de la biomedicina se da a conocer y diferenciar las entidades patológicas que más frecuentemente se presentan de acuerdo al impacto de morbilidad y mortalidad, desarrollando actividades en los niveles de atención hospitalaria.

En el campo de la Sociomedicina se revisan los contenidos de psicología médica, epidemiología y medicina legal, los conceptos manejados en este campo se enfocan de tal manera que el estudiante pueda reconocer las influencias de los factores sociales, culturales y de la conducta en la salud y en la enfermedad, así como los factores determinantes en la presentación y distribución de la salud tanto en individuo, la familia y la comunidad, analizando el riesgo de los mismos en cuanto a la probabilidad de sufrir deterioro de la salud, así como tener los conocimientos necesarios sobre las principales normas de salud del país para que desarrolle conductas y procedimientos que como médico general deberá seguir ante un caso médico-legal.

3.2.2.1. TERCER AÑO.

Con duración de 40 semanas, tiene como estructura la historia natural de la enfermedad, se desarrolla a través de la revisión de los aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos y sociales de las enfermedades más frecuentes a nivel de contacto primario, contempla 9 módulos que no se integran sincrónicamente al área clínica, el trabajo se realiza en la unidad académica y campos clínicos (hospitales).

3.2.2.2. CUARTO AÑO.

Con duración de 40 semanas, contempla 8 módulos y tiene como estructura el ejercicio de la medicina general en los servicios de los hospitales y la capacidad para referir al enfermo a la atención especializada.

El alumno se integra tanto a las actividades del servicio de urgencias y de especialidades que debe conocer el médico general a través de las actividades de pre-internado programadas por el Departamento de Clínica

3.2.3. QUINTO AÑO.

Llamado Internado de Pregrado se lleva a cabo en 48 semanas de duración de trabajo práctico en un hospital de segundo nivel rotando por los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Urgencias y Medicina Familiar, en donde el estudiante aplica los conocimientos adquiridos, demostrando y reforzando sus habilidades y destrezas, requiriendo ser responsable para: manejar integralmente los problemas de un paciente, coordinar sus acciones de salud en equipo para la atención de un enfermo, solicitar oportunamente la interconsulta para asesoría en la atención del paciente y su familia en otros niveles de atención.

En las funciones operativas deberá proporcionar atención y tratamiento de urgencias a pacientes, elaborar historias clínicas, formular diagnósticos y planes terapéuticos, interpretar resultados de

exámenes de laboratorio básicos y radiografías y participar en programas y acciones de promoción a la salud.

3.2.4. SEXTO AÑO.

Denominado Servicio Social comprende 48 semanas, se realiza en hospitales del sector salud con acciones de atención comunitaria en donde el médico pasante: adquiere los conocimientos actualizados de los problemas sociales y de salud que padece la población urbana y principalmente la rural; conozca la normatividad y acciones que se desprende de los Servicios de salud, participe integrándose a los comités de salud comunitaria para coadyuvar el fortalecimiento a la promoción y prevención de la salud; aplique sus conocimientos, habilidades, destrezas para la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y su comportamiento; participe en todos los programas y acciones de promoción a la salud que así determinen los Servicios de Salud de la entidad.

3.2.5. TITULACION.

La titulación se obtiene de la misma manera como se otorga en otras instituciones del sistema educativo con planes de estudio por asignaturas de la carrera de Médico Cirujano, se deberá presentar en dos partes, un examen cognitivo y un examen práctico(anexo 1).

Para tener derecho a la titulación se deberá concluir los años correspondientes al Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano de la FMHUAN.

3.3. PLAN DE ESTUDIOS ACTUAL.

3.3.1. PRIMER NIVEL:

3.3.1.1. PRIMER AÑO.

Integrado por 6 módulos teóricos y prácticas de laboratorio de histología, bioquímica, microbiología y parasitología como apoyo a cada uno de los módulos, y comunidad.

MODULO	DURACION semanas
- Introducción a la medicina.	7
- Bioquímica, Nutrición, Sangre y Linfa.	12
- Ecología.	4
- Crecimiento y Desarrollo Intrauterino	7
- Parto y periodo perinatal.	3
- Crecimiento y Desarrollo Extrauterino.	6

TOTAL 39

Se presenta modificación en relación al Plan Original A-36, la secuencia de los módulos de Bioquímica, Nutrición, Sangre y Linfa y Ecología; en duración por semanas, el módulo de Introducción a la Medicina, Bioquímica, Nutrición, Sangre y Linfa y Ecología (Plan A-36, UNAM), quitando las prácticas hospitalarias por falta de áreas clínicas, siendo los módulos integradores el de Parto y Periodo Perinatal y Crecimiento y Desarrollo Extrauterino.

3.3.1.2. SEGUNDO AÑO.

Integrado por 11 módulos teóricos y prácticas de laboratorio de Histología, Bioquímica, Microbiología y Parasitología, Fisiología como apoyo a cada módulo, propedeútica clínica y comunidad.

MODULO	DURACION Semanas
- Introducción a la Metodología Clínica.	2
- Sistema Endocrino.	4
- Sistema Nervioso.	6
- Aparato Locomotor.	5
- Aparato Digestivo.	5
- Aparato Respiratorio.	4
- Aparato cardio-circulatorio.	6
- Aparato Urinario.	4
- Reproducción Humana.	3
- Tegumentos y Anexos.	2
- Sistema de la Personalidad. *	
	TOTAL 40

*Módulo anual.

Presentado modificación en secuencia (Plan A-36, UNAM) los módulos de Sistema Nervioso y Endocrino, en duración los módulos de Introducción a la Metodología Clínica, Aparato Digestivo y Sistema de la Personalidad, siendo módulos integradores Sistema de la Personalidad, Sistema Nervioso y Sistema Endocrino e incluyéndose

el módulo de Propedéutica Clínica como una estrategia ante la falta de campos clínicos, presentando una duración anual en su revisión.

3.3.2. SEGUNDO NIVEL:

3.3.2.1 TERCER AÑO.

Integrado por 9 módulos teóricos y prácticas de laboratorio de Bioquímica, Microbiología y Parasitología como apoyo a los módulos, iniciándose las actividades hospitalarias o prácticas clínicas (pasantías)

MODULOS	DURACION Semanas
- Introducción a la Cirugía.	4
- Introducción a la Clínica.	4
- Genética, Obstetricia y Desarrollo.	6
VIDA DE RELACION:	
- Endocrinología.	4
- Psiquiatría.	4
- Dermatología.	4
- Otorrinolaringología.	4
- Neurología.	6
- Oftalmología.	4
TOTAL	40

Presenta modificación en secuencia (Plan A-36, UNAM), ya que por carecer de aulas, se distribuyen los estudiantes en sólo dos grupos y el orden de revisión de los módulos se adecua de acuerdo a las

necesidades del personal docente participante, en duración se respetan los módulos. Se inician las prácticas hospitalarias a partir del segundo módulos sin que halla congruencia con el módulo revisado y la pasantía programada, ya que los campos clínicos son insuficientes por la demanda de estudiantes. No se programas actividades de comunidad.

3.3.2.2. CUARTO AÑO.

Integrado por 8 módulos teóricos y prácticas de laboratorio, iniciándose el internado rotario de pregrado en áreas hospitalarias.

MODULOS	DURACION Semanas
- Pediatría.	6
- Ginecología y Obstetricia.	5
- Traumatología y Ortopedia.	5
REGULACION DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS	
- Gastroenterología.	6
- Sangre y Tejido Linfohematopoyético.	5
- Cardiología.	5
- Nefrourología.	5
REGULACIÓN DE GASES	
- Neumología	3
TOTAL	40

Presentando modificación en secuencia (Plan A-36) por la misma razón ya mencionada en el año anterior, en duración presenta modificación los módulos de Sangre y Tejido Linfohematopoyetico, Cardiología, Pediatría, Neumología, Nefrourología, Traumatología y Ortopedia, incliándose el internado de pregrado que son prácticas clínicas con guardias nocturnas en centros hospitalarios.

3.4. DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES POR AÑO ESCOLAR.

Las actividades que integran cada año escolar se distribuyen de la siguiente manera.

3.4.1. PRIMER AÑO.

Teoría: 15 hrs. a la semana, Actividad realizada por un tutor (profesor) asignado, sin otro perfil que el de ser médico titulado, imparte los contenidos anuales temáticos, programados por el Departamento de Programación, teniendo libertad para el uso de estrategias didácticas para cumplir los objetivos de cada módulo.

Esta actividad se desarrolla en un aula asignada equipada con pintarrón, sillas y una mesa para uso de equipos de proyección caso necesario,

Prácticas de laboratorio de:

Histología, se realizan 12 prácticas al año (12 hrs al año) impartido por un especialista en el área (Patólogo Clínico), dichas prácticas se realizan en el Laboratorio de Histología.

Bioquímica, Microbiología y Parasitología, con 20 prácticas al año (60 hrs al año) impartidas por un especialista (Químico farmacobiólogo), prácticas desarrolladas en el Laboratorio Clínico.

Actividades de Comunidad. Estas actividades se realizan al año con 6 hrs a la semana, 3 hrs de teoría y 3 hrs de práctica en la comunidad, impartidas por un especialista (Maestría en Salud Pública).

3.4.2. SEGUNDO AÑO.

Teoría: Se desarrolla en la misma forma descrita en el primer año, el módulo de Sistema de la Personalidad la imparte un especialista (Psiquiatra) cuya actividad se desarrolla anual con 10 sesiones de 1 hr en cada módulo (100 hrs anual) programándose una semana para integrar el módulo al mismo tiempo que se revisa el último módulo de segundo año.

Prácticas de laboratorio: Se desarrollan de la manera ya descrita, cambiando solamente el tipo y número de prácticas de acuerdo a los objetivos del ciclo escolar.

Histología: Se realizan 69 prácticas al año (69 hrs al año).

Bioquímica, Microbiología y Parasitología con 9 prácticas al año (18 hrs anual).

Actividades de Comunidad: Se desarrollan de la misma manera ya descrita.

Propedéutica Clínica: Este módulo se desarrolla durante todo el año en congruencia con los módulos teóricos con 6 hrs a la semana para cada subgrupo

Cada grupo se divide en minigrupos de 6 a 8 estudiantes a los cuales se le asigna un profesor que revisa las técnicas de interrogatorio y exploración física de los aparatos y sistemas que conforman el cuerpo humano.

Al finalizar cada módulo se realiza un examen a juicio y criterio del profesor asignado emitiendo una calificación que es sumatoria a la calificación del examen final teórico y práctico que se realiza al concluir la materia, existiendo una lista de cotejo diseñada por el jefe del departamento de Propedéutica Clínica (Anexo 2) que se utiliza en el examen final práctico individual.

El examen teórico es elaborado por el Jefe del departamento de propedéutica y se realiza en un día programado en forma simultánea para todos los alumnos de segundo año. Las actividades se desarrollan principalmente en los cubículos del Departamento de Propedéutica Clínica los cuales se encuentran debidamente equipados.

3.4.3. TERCER AÑO.

Teoría: El desarrollo del contenido programático lo desarrollan los especialistas de acuerdo al programa de cada módulo teniendo como promedio de 2 a 3 hrs de clase al día, existiendo un tutor de grupo

que lleva el control del cumplimiento del programa y los objetivos y, en caso necesario, aclara dudas al grupo.

Prácticas de laboratorio: Se desarrollan de la manera ya descrita.

Bioquímica, Microbiología y Parasitología con 6 prácticas al año (12 hrs al año).

Prácticas clínicas. Los alumnos asisten en turno opuesto a su horario de clases a los centros hospitalarios, asignándoseles un área clínica diferente cada vez para rolar por todos los servicios hospitalarios, se anexa al calendario de actividades a desarrollar los objetivos a cumplir en el servicio.

3.4.4. CUARTO AÑO.

Teoría: Se desarrolla en la forma descrita en el tercer año teniendo como promedio de 2.5 a 3 hrs de clase al día.

Prácticas de laboratorio: Se desarrolla de la misma manera ya descrita.

Bioquímica, Microbiología y Parasitología con 7 al año (11.5 hrs al año).

Práctica Clínica. Llamada preinternado, cuyo objetivo es preparar al estudiante para su internado de pregrado, realizan la pasantía pero cubriendo guardias nocturnas, cumpliendo los programas de salud de la institución asignada.

3.5. MECANISMO DE EVALUACION.

En la FMHUAN la evaluación de los aprendizajes se lleva a cabo por un departamento destinado específicamente a ello, todos los exámenes que se realizan en la facultad son estructurados y elaborados por los integrantes de este departamento con apoyo de los profesores participantes en los diferentes módulos.

Todos los evaluadores son médicos generales y algunos tienen especialidad. Existe un encargado del departamento que se hace cargo del aspecto administrativo, dos médicos responsables de la evaluación de los exámenes por cada grado escolar (primero, segundo, tercero y cuarto año) y dos secretarías, dedicados a mecanografiar los exámenes, cuidar la impresión de los mismos y publicar los resultados; la otra se dedica a calificar los exámenes por un sistema de cómputo.

Las áreas que se evalúan a los estudiantes de la FMHUAN son:

- I AÑO: cognoscitiva, afectiva y comunidad.
- II AÑO: cognoscitiva, afectiva, psicomotriz (propedeutica clinica) y comunidad.
- III AÑO: cognoscitiva, afectiva y psicomotriz (área clínica).
- IV AÑO: cognoscitiva, afectiva y psicomotriz (área clínica).

El departamento de evaluación es responsable de calificar el aspecto cognoscitivo, a través de la elaboración de exámenes departamentales de opción múltiple y la calificación que reciben los alumnos, módulo a módulo, corresponde al resultado de examen

cognoscitivo exclusivamente, y es hasta que concluye el ciclo escolar que se integra el resto de las calificaciones, afectiva, psicomotriz y de comunidad al promedio general del estudiante.

La calificación afectivo, psicomotriz y de comunidad las emite el tutor que imparte la materia en base al cumplimiento de los objetivos del programa de tal manera que la evaluación es considerada por el departamento de evaluación como un: proceso sistemático para determinar hasta que punto alcanzaron los alumnos los objetivos programados (reglamento de evaluación : 21), es decir realizar una evaluación basada en criterios.

Para elaborar los reactivos de los exámenes cognitivos los encargados de cada uno de los grados escolares debe basarse en la lista de objetivos de aprendizaje y la bibliografía emitida por el departamento de Programación, así como en las preguntas que cada uno de los tutores debe entregar al departamento para la realización de los exámenes.

Sin embargo estas condiciones en ocasiones no se cumplen, ya que no existe comunicación entre tutores y departamento de evaluación y los exámenes no siempre se ajustan a los objetivos existentes.

La escala de medición utilizada va de 0 a 100% y la calificación mínima aprobatoria es de 60%.

Para cada uno de los grados se aplican exámenes quincenales (tanto como lo requiera la extensión del módulo) y exámenes modulares cuando finaliza el módulo que equivale al examen

ordinario, de primer rescate (extraordinario), y el segundo rescate (a título de suficiencia).

La evaluación del área afectiva la realiza el tutor de aula en base al desempeño del alumno en el curso.

La evaluación del área psicomotriz segundo, tercero y cuarto año la realiza el docente encargado del grupo en base al cumplimiento de los objetivos marcados, al concluir el programa, se realiza un examen teórico y práctico para segundo año y, para tercero y cuarto año realizan una historia clínica con supervisión de un médico encargado.

3.6. PERFIL DE INGRESO A LA FMUAN.

El estudiante que ingresa a la facultad debe tener una educación intencionada con bases culturales (Conocimientos, Habilidades y Actitudes) y cualidades humanas.

En el campo de conocimientos a de tener conocimientos formales acerca de su entorno, de la naturaleza y de la sociedad, de la forma en que una y otra se conforman y se comportan, de la forma como la experiencia humana sobre ellas se ha ido sistematizando, esto implica conocimientos factuales, conceptuales, procedimentales, proposicionales y por encima de todos ellos conocimientos nacionales.

El estudiante ha de tener también un buen dominio de la propia lengua (leer, escribir, expresarse y escuchar con claridad y discernimiento, con propiedad y corrección). Debe poder comprender

cualquier texto escrito en nuestro idioma y desentrañar y aun analizar cualquiera que no implique conocimientos propios del área de estudio, debe poder percibir el tema general y las más importantes generalidades de cualquier comunicación escrita en español.

El dominio de otros lenguajes, hoy instrumentos de comunicación plenamente generalizados, como la capacidad de leer en inglés y de uso de paquetería de cómputo es un requisito indispensable del aspirante.

El manejo formal de las relaciones y la comprensión misma de la importancia que éstas tienen por encima de los datos, hacen indispensable para todos el dominio de las matemáticas, que completa estas características básicas como conocimiento y lenguaje universal.

El manejo del lenguaje escrito, las matemáticas y el de la paquetería de cómputo hacen referencia a habilidades, habilidades para buscar y localizar información, seleccionarla, probarla, ordenarla, valorarla y utilizarla oportunamente, para identificar el punto problemático en una situación dada y para plantear problemas y distinguir y localizar variables, también lo son la capacidad para identificar los elementos intrínsecos y contextuales que configuran plenamente el problema en cada situación, para descubrir o imaginar y ponderar las alternativas probables de solución, las habilidades para enfrentar correctamente situaciones casuales, para establecer o seguir prioridades y para reconocer o definir líneas primarias de opción.

En lo actitudinal el estudiante debe tener fortaleza, inquietud intelectual o imaginación creativa, solidaridad, disciplina y buen humor que son condiciones del éxito escolar, del profesional y de la vida misma.

3.7. POBLACION ESTUDIANTIL.

En el ciclo escolar 2001-2002 la distribución de estudiantes es de la siguiente manera:

I AÑO: 169 alumnos (85 hombres y 84 mujeres).

II AÑO: 133 alumnos (57 hombres y 76 mujeres).

III AÑO: 125 alumnos (72 hombres y 53 mujeres).

IV AÑO: 135 alumnos (70 hombres y 65 mujeres).

V AÑO: 108 alumnos (51 hombres y 57 mujeres).

VI AÑO: 144 alumnos (57 hombres y 87 mujeres).

3.8. PLANTA DOCENTE.

El personal docente está integrado por médicos generales, especialistas, técnicos laboratoristas, químicos farmaco-biólogos y técnico académico; siendo 58 de tiempo completo, 6 de medio tiempo, y 68 de Hrs/sem/mes variando de 40 hrs a 3 hrs. dando un total de 136 docentes.

3.9. PLANTA ADMINISTRATIVA.

Conformada por 43 administrativos; 21 secretarias, 4 en biblioteca, 2 en apoyo en aula, 1 velador, 1 chofer, 2 en jardinería, 2 en imprenta y 10 en intendencia.

4. EVALUACION AL RENDIMIENTO ESCOLAR DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE PROPEDEUTICA CLINICA.

METODO

4.1. HIPOTESIS.

Se tomó como hipótesis, el rendimiento escolar de la propedéutica clínica en fases tempranas de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit influye en el desempeño del examen profesional clínico.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION.

La investigación se desarrolló con un tipo de estudio explicativo, con diseño longitudinal, retrospectivo y observacional. Tomándose como variable independiente el rendimiento escolar de la propedéutica clínica, definida como los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante el proceso enseñanza - aprendizaje en la materia, teniendo como indicador el desarrollo de habilidades clínicas para elaborar una historia clínica (interrogatorio, exploración física y análisis de datos) y como variable dependiente, el desempeño del estudiante al presentar el examen profesional clínico, definido como las habilidades y destrezas desarrolladas para elaborar una historia clínica completa, teniendo como indicador el desarrollo de habilidades y destrezas para elaborar una historia clínica completa.

3. SUJETOS DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA.

Se tomó como población de estudio a los estudiantes de segundo año de la generación 2000 del ciclo escolar 2001-2002 de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit que cursaron la materia de propedéutica clínica, excluyendo aquellos estudiantes que no aprobaron el segundo año por no concluir el curso.

Los profesores adscritos al área clínica de tercer año (campos hospitalarios), excluyéndose a los profesores participantes en la aplicación del examen profesional clínico por considerarse poco objetiva las respuestas emitida a los cuestionarios aplicados.

Los profesores participantes en la aplicación del examen profesional clínico, excluyéndose a los profesores que participan en el área clínica de tercer año por la misma razón ya señalada.

No se tomó muestra por el tamaño de la población objeto de estudio:

4. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

4.1. CUESTIONARIOS.

PARA LOS ESTUDIANTES.

Para conocer el grado de conocimientos, habilidades y destrezas que tiene el estudiante en la realización de una historia clínica en un paciente modelo simulado, se diseñó un cuestionario integrado por 10 preguntas con 3 opciones de respuesta cerrada (si, no, poco).

dejando un punto abierto para comentarios. Para su validación, se aplicó a una muestra al azar a 10 estudiantes de segundo año al inicio del módulo, aplicándose nuevamente a la misma muestra, una semana después.

PARA LOS MAESTROS.

Para evaluar el desempeño de los alumnos en el área clínica de tercer año, se diseñó un cuestionario integrado por 10 preguntas con 3 opciones de respuesta (sí, no, poco) que nos permiten conocer el grado de conocimientos, habilidades y destrezas que tienen el estudiante en la realización de una historia clínica ante un paciente real en un centro hospitalario, dejando también un punto abierto para observaciones. Para su validación, se aplicó a una muestra al azar a 6 de los 16 profesores que participan en esta área, aplicándosele nuevamente una semana después a la misma muestra.

Para evaluar el desempeño de los estudiantes en la realización del examen profesional clínico se aplicó el mismo cuestionario a los profesores participantes en esta actividad. Para su validación se aplicó a una muestra al azar a 10 de los 52 profesores participantes, aplicándosele nuevamente una semana después a la misma muestra.

4.4.2. RENDIMIENTO ESCOLAR DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE PROPEDEUTICA CLINICA.

Se consideró la calificación final teórica-práctica de los estudiantes al concluir la materia

4.5. PROCESO.

Para contemplar aspectos cuantitativos y cualitativos se empleó la siguiente metodología

4.5.1. REVISION DOCUMENTAL.

Ubicación y análisis de los programas de propedéutica clínica, área clínica de tercer año y examen profesional clínico, así como revisión de bibliografía sobre rendimiento escolar.

4.5.2. TRABAJO DE CAMPO.

Se aplicó el cuestionario validado a los alumnos de segundo año de la Facultad de Medicina en dos fases, al inicio y al final del curso de propedéutica clínica.

I FASE. EVALUACION DIAGNOSTICA INICIAL (realizada en el año 2001).

EL cuestionario se aplicó antes de iniciar la materia de propedéutica clínica a los 134 alumnos (100%), que estaban cursando la segunda materia teórica del programa de segundo año.

II FASE. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA FINAL. (realizada en el año 2002).

El mismo cuestionario se aplicó a los 130 estudiantes que pasaron a tercer año (100%) antes de iniciar sus prácticas clínicas excluyéndose a 4 estudiantes por baja definitiva.

La aplicación del cuestionario a los profesores se realizó también en dos fases:

I FASE. EVALUACION DE RENDIMIENTO ESCOLAR CLINICO EN TERCER AÑO. (realizada en el año 2002).

El cuestionario se aplicó a 13 de los 16 profesores adscritos al área clínica de tercer año (81.3%) que reciben estudiantes en las diferentes unidades hospitalarias (CREE, IMSS, ISSSTE, SSA) de acuerdo a programa realizado por la coordinación de clínica de II Nivel

II FASE. EVALUACION DE DESEMPEÑO EN LA REALIZACION DEL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO (realizada en el año 2002).

El mismo cuestionario se aplicó a 52 de los 97 profesores que intervienen en la aplicación del examen profesional clínico (54%).

4.5.3. OBSERVACION DIRECTA.

Por muestreo al azar, se realizó una observación directa del desempeño clínico hospitalario a 4 estudiantes de tercer año que realizaban pasantías hospitalarias, tomando como elemento de referencia tiempo de duración de un día de práctica hospitalaria, duración de la entrevista clínica, participación del estudiante en la

entrevista, dedicación del profesor al estudiante, entre otros elementos.

4.6. PROCEDIMIENTO.

Para la investigación documental se procedió a la búsqueda de literatura referida en revistas electrónicas, solicitando a la coordinación de clínica de II nivel y a los departamentos de propedéutica clínica y examen profesional, servicio social e internado los programas correspondientes.

Para la evaluación diagnóstica inicial el cuestionario se aplicó a los 134 estudiantes de segundo año (100%), excluyéndose 4 estudiantes para la evaluación diagnóstica final por no concluir el ciclo escolar (baja).

Las preguntas se agruparon de la siguiente manera:

GRUPO I. Permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios por parte del estudiante para elaborar una Historia Clínica.

GRUPO II. Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar un Interrogatorio clínico dirigido.

GRUPO III. Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar una exploración física

GRUPO IV. Permite conocer el nivel de análisis que el estudiante tiene al ir diferenciando entre lo normal y lo anormal.

Para la evaluación del rendimiento escolar clínico de tercer año, los cuestionarios se aplicaron en diferentes tiempos de iniciado las pasantías, por lo que fue posible realizarse en la primera, segunda y tercera pasantía del estudiante (primer mes, segundo mes y tercer mes de práctica hospitalaria).

Las preguntas se agruparon de la siguiente manera:

GRUPO I. Permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios por parte del estudiante para elaborar una Historia Clínica.

GRUPO II. Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar un Interrogatorio clínico dirigido.

GRUPO III. Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar una exploración física

GRUPO IV. Permite conocer el nivel de análisis que el estudiante tiene al ir diferenciando entre lo normal y lo anormal.

GRUPO V. Señala el desempeño del estudiante en el área hospitalaria.

Para la evaluación del desempeño en la realización del examen profesional clínico la aplicación del cuestionario a los profesores

que participan en dicho proceso se aplicó en diferentes tiempos ya que es otra generación la que se encuentra en esta etapa, las preguntas se agruparon de la manera señalada en el punto anterior.

La observación de una jornada de trabajo se realizó de acuerdo a calendario realizado por la coordinación del área clínica, en ocasiones no era posible localizar al profesor en su centro de adscripción en el hospital por lo que se tenía que reprogramar la entrevista.

El análisis estadístico se realizó en el programa de Excel, y Word para la presentación de los resultados.

5. PRESENTACION DE RESULTADOS.

5.1. RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO GENERACION 2000 CICLO ESCOLAR 2001-2002.

5.1.1. PRESENTACION INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

A través del aprendizaje de la Propedéutica Clínica se capacita al estudiante para realizar una Historia Clínica completa, para que cumpla con el propósito de conocer al paciente en forma integral como una unidad bio-psico-social es necesario que se establezca una buena relación médico-paciente que permita al profesional de la salud a al estudiante a conocer el grado de afección del usuario y ayudarlo a resolver su problema o motivo de consulta.

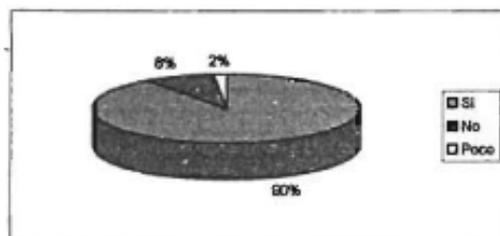
Las partes que componen la Historia Clínica completa son: el INTERROGATORIO cuya utilidad es conocer el nivel socio - económico del paciente, entorno en el cual se desenvuelve el paciente, factores de riesgo que lo acompañan, calidad de vida que lleva y el estado de salud y/o enfermedad que lo acompaña hasta ese momento, a través de la EXPLORACION FISICA se va a encontrar, comprobar y ratificar los hallazgos encontrados a través del interrogatorio, lo que va a permitir realizar una adecuada selección de los estudios de laboratorio y gabinete que van a apoyar el diagnóstico y manejo clínico instituido.

Con el objetivo de conocer el grado de conocimientos teóricos y prácticos del área clínica de los estudiantes de segundo año en el ciclo escolar 2001-2002 correspondiente a la Generación 2000 de la FMUAN; se aplicó un cuestionario integrado por 10 preguntas, al iniciar y al finalizar el curso de Propedéutica Clínica, excluyéndose aquellos estudiantes que no aprobaron el segundo año de la carrera.

CUESTIONARIO APLICADO A LOS ESTUDIANTES DE LA GENERACION 2000 DE LA FMUAN

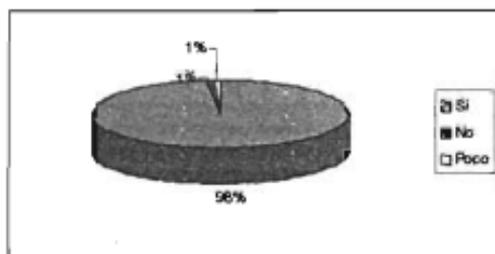
PREGUNTAS	SI	NO	POCO
1.- Conoce las partes que componen la Historia clínica?	___	___	___
2.- Conoce las instrumentos básicos útiles en la Exploración Clínica?	___	___	___
3.- Sabe tomar los signos vitales?	___	___	___
4.- Conoce la utilidad de las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación?	___	___	___
5.- Conoce los tipos de inspección utilizadas en la Exploración Física?	___	___	___
6.- Conoce la diferencia entre signo y síntoma?	___	___	___
7.- Conoce los límites normales de los signos vitales?	___	___	___
8.- Conoce los instrumentos que contiene el estuche de diagnóstico?	___	___	___
9.- Conoce los sonidos encontrados por percusión en la Exploración Física?	___	___	___
10.- Sabe interrogar a un paciente?	___	___	___

**PREGUNTA No. 1
INICIO DE CURSO**



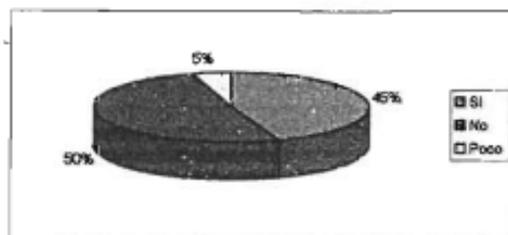
En la pregunta No.1 al inicio del curso, ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?, 117 estudiantes (90%) respondieron si, 2 estudiantes (2%) respondieron poco y 11 estudiantes (8%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 1
FINAL DE CURSO**



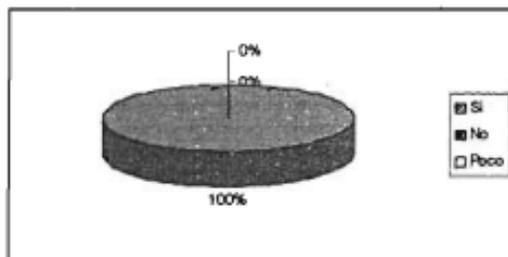
En la pregunta No.1 al final del curso, ¿Conoce las partes que componen la Historia clínica?, 128 estudiantes (98%) respondieron si, 1 estudiante (1%) respondió poco y 1 estudiantes (1%) respondió no.

**PREGUNTA No. 2
INICIO DE CURSO**



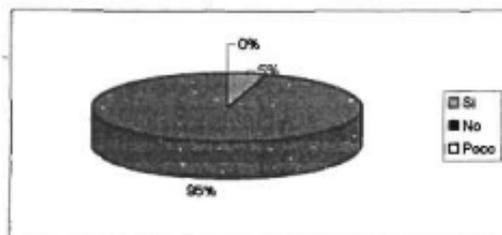
En la pregunta No. 2 al inicio del curso, ¿Conoce las instrumentos básicos útiles en la exploración clínica?, 57 estudiantes (45%) respondieron si, 8 estudiantes (5%) respondieron poco y 65 estudiantes (50%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 2
FINAL DE CURSO**



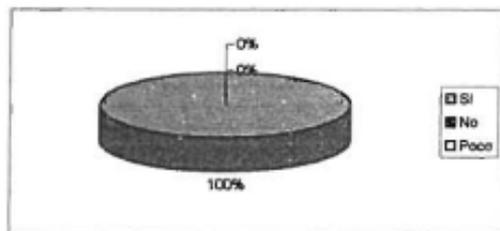
En la pregunta No. 2 al final del curso, ¿Conoce las instrumentos básicos útiles en la Exploración Clínica?, 130 estudiantes (100%) respondieron si.

**PREGUNTA No. 3
INICIO DE CURSO**



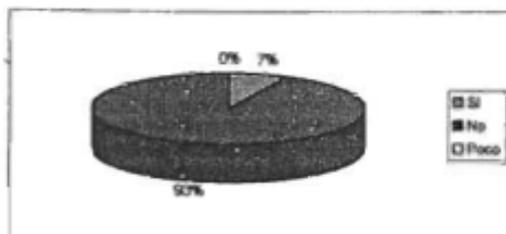
En la pregunta No. 3 al inicio del curso, ¿Sabe tomar los signos vitales?, 6 estudiantes (5%) respondieron si y 124 estudiantes (95%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 3
FINAL DE CURSO**



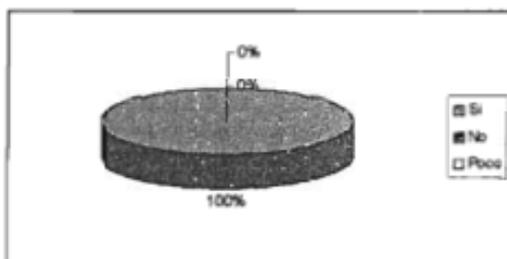
En la pregunta No. 3 al final del curso, ¿Sabe tomar los signos vitales?, 130 estudiantes (100%) respondieron si

**PREGUNTA No. 4
INICIO DE CURSO**



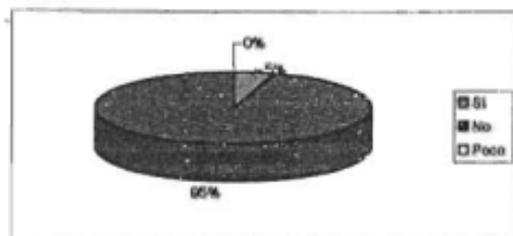
En la pregunta No. 4 al inicio del curso, ¿Conoce la utilidad de las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación?, 9 estudiantes (7%) respondieron si y 121 estudiantes (90%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 4
FINAL DE CURSO**



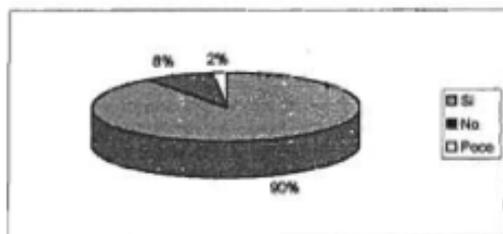
En la pregunta No. 4 al final del curso, ¿Conoce la utilidad de las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación?, 130 estudiantes (100%) respondieron si.

**PREGUNTA No. 5
INICIO DE CURSO**



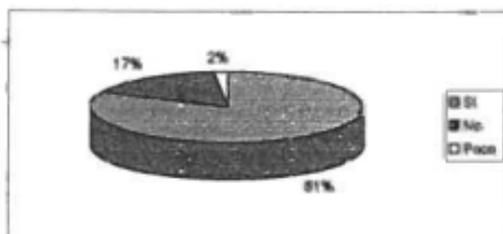
En la pregunta No. 5 al inicio del curso, ¿Conoce los tipos de inspección utilizadas en la exploración física?, 6 estudiantes (5%) respondieron si y 124 estudiantes (95%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 5
FINAL DE CURSO**



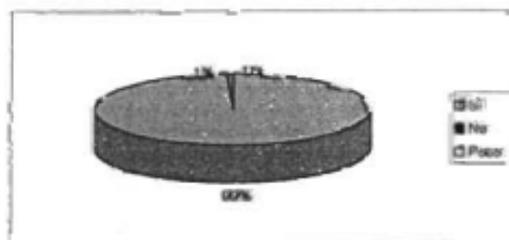
En la pregunta No. 5 al final del curso, ¿Conoce los tipos de inspección utilizadas en la exploración física?, 117 estudiantes (90%) respondieron si, 2 estudiantes (2%) respondieron poco y 11 estudiantes (8%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 6
INICIO DE CURSO**



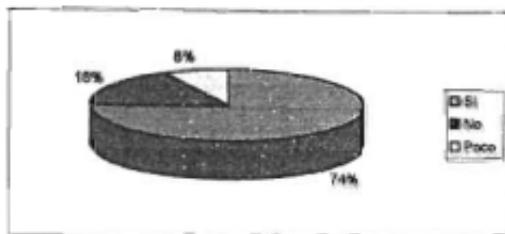
En la pregunta No. 6 al inicio del curso, ¿Conoce la diferencia entre signo y síntoma?, 106 estudiantes (81%) respondieron si, 2 estudiantes (2%) respondieron no y 22 estudiantes (17%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 6
FINAL DE CURSO**



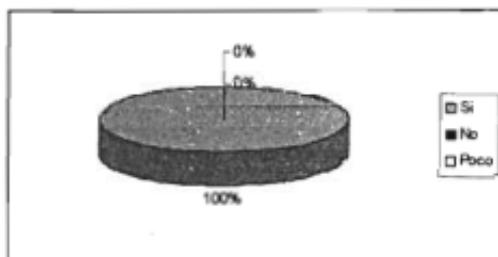
En la pregunta No. 6 al final del curso, ¿Conoce la diferencia entre signo y síntoma?, 129 estudiantes (99%) respondieron si y 1 estudiante (1%) respondió no.

**PREGUNTA No. 7
INICIO DE CURSO**



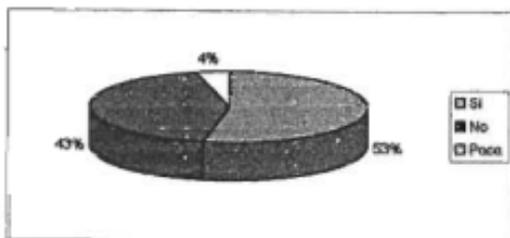
En la pregunta No. 7 al inicio del curso, ¿Conoce los límites normales de los signos vitales?, 97 estudiantes (74%) respondieron si, 10 estudiantes (8%) respondieron poco y 23 estudiantes (18%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 7
FINAL DE CURSO**



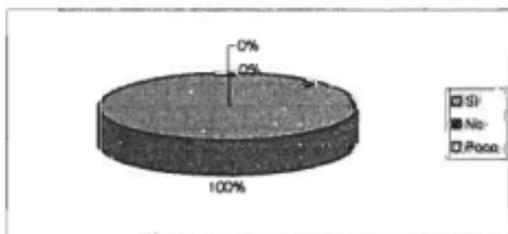
En la pregunta No. 7 al final del curso, ¿Conoce los límites normales de los signos vitales?, los 130 estudiantes (100%) respondieron si.

**PREGUNTA No. 8
INICIO DE CURSO**



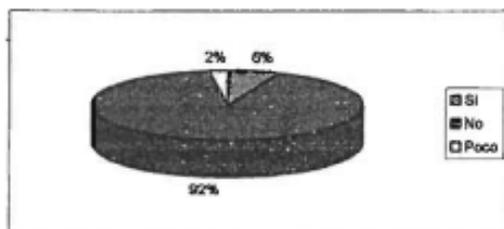
En la pregunta No. 8 al inicio al final del curso, ¿Conoce los instrumentos que contiene el estuche de diagnóstico?, 69 estudiantes (53%) respondieron si, 5 estudiantes (4%) respondieron poco y 56 estudiantes (43%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 8
FINAL DE CURSO**



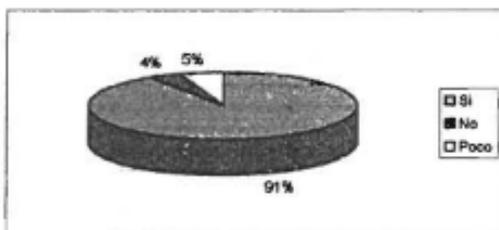
En la pregunta No. 8 al final del curso, ¿Conoce los instrumentos que contiene el estuche de diagnóstico?, los 130 estudiantes (100%) respondieron que si.

**PREGUNTA No. 9
INICIO DE CURSO**



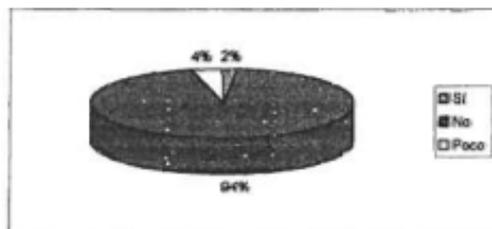
En la pregunta No. 9 al inicio del curso, ¿Conoce los sonidos encontrados por percusión en la exploración física?, 8 estudiantes (6%) respondieron si, 3 estudiantes (2%) respondieron poco y 119 estudiantes (92%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 9
FINAL DE CURSO**



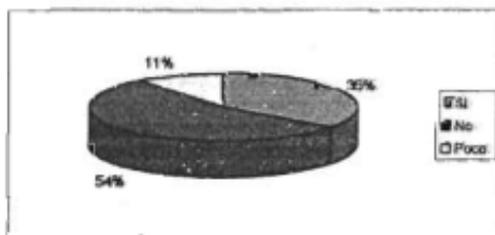
En la pregunta No.9 al final del curso, ¿Conoce los sonidos encontrados por percusión en la exploración física?, 118 estudiantes (91%) respondieron si, 7 estudiantes (5%) respondieron poco y 5 estudiantes (4%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 10
INICIO DE CURSO**



En la pregunta No. 10 al inicio del curso, ¿Sabe interrogar a un paciente?, 2 estudiantes (2%) respondieron si, 5 estudiantes (4%) respondieron poco y 123 estudiantes (94%) respondieron no.

**PREGUNTA No. 10
FINAL DE CURSO**



En la pregunta No. 10 al final del curso, ¿Sabe interrogar a un paciente?, 46 estudiantes (35%) respondieron si, 14 estudiantes (11%) respondieron poco y 70 estudiantes (54%) respondieron no.

5.1.2. PRESENTACION DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

Las respuestas del cuestionario se agruparon de la siguiente manera:

GRUPO I (pregunta 1).

Permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios por parte del estudiante para elaborar una Historia Clínica.

GRUPO II (preguntas 6 y 10).

Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar un Interrogatorio clínico dirigido.

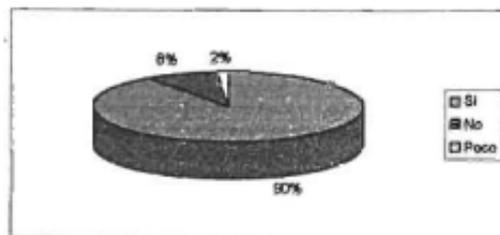
GRUPO III (preguntas 2,3,4,5,8 y 9).

Permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar una exploración física

GRUPO IV (pregunta 7).

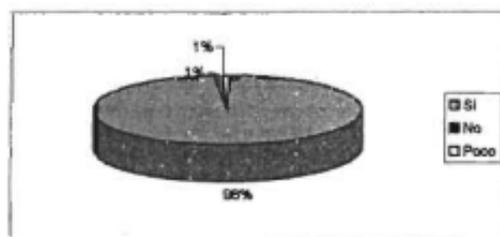
Permite conocer el nivel de análisis que el estudiante tiene al ir diferenciando entre lo normal y lo anormal.

GRUPO I INICIO DE CURSO



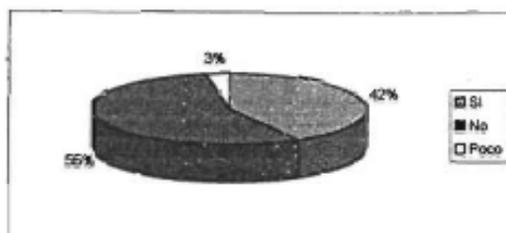
El grupo I (pregunta 1), permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios por parte del estudiante para elaborar una historia clínica, habiendo 117 respuestas (90%) para si, 2 respuestas (2%) para poco y 11 respuestas (8%) para no.

GRUPO I FINAL DE CURSO



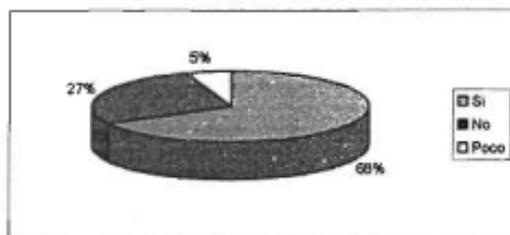
El grupo I (pregunta 1), permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios por parte del estudiante para elaborar una historia clínica, habiendo 128 respuestas (98%) para si, 1 respuesta (1%) para poco y 1 respuesta (1%) para no.

GRUPO II INICIO DE CURSO



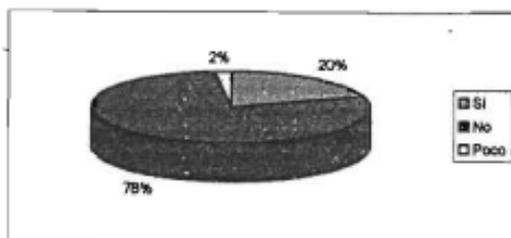
El grupo II (pregunta 6 y 10), permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar un interrogatorio clínico dirigido, habiendo 108 respuestas (42%) para si, 7 respuestas (3%) para poco y 145 respuestas (55%) para no.

GRUPO II FINAL DE CURSO



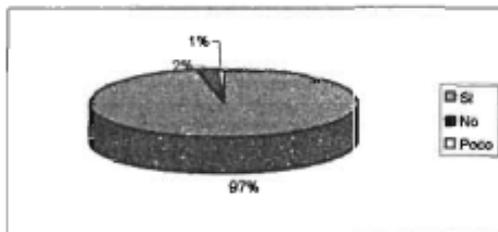
El grupo II (preguntas 6 y 10) permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar un interrogatorio clínico dirigido, habiendo 108 respuestas (70%) para si; 4 respuestas (2%) para poco y 71 respuestas (28%) para no.

GRUPO III INICIO DE CURSO



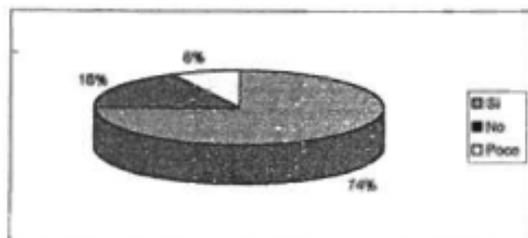
El grupo III (preguntas 2, 3, 4, 5, 8, y 9) permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar una exploración física, habiendo 155 respuestas (20%) para si, 16 respuestas (2%) para poco y 609 (78%) para no.

GRUPO III FINAL DE CURSO



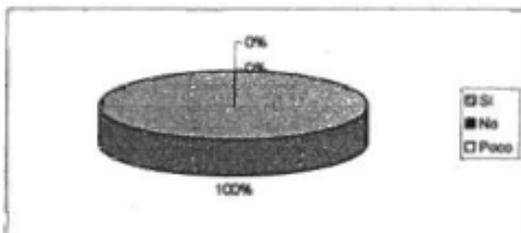
El grupo III (preguntas 2, 3, 4, 5, 8, y 9) permite conocer el dominio por parte del estudiante para realizar una exploración física, habiendo 755 respuestas (97%) para si, 7 (1%) para poco y 18 (2%) para no.

GRUPO IV INICIO DE CURSO



El grupo IV (pregunta 7), permite conocer si el estudiante sabe diferenciar lo normal de lo anormal, habiendo 97 respuestas (74%) para si, 10 respuestas (8%) para poco y 23 respuestas (18%) para no.

GRUPO IV FINAL DE CURSO

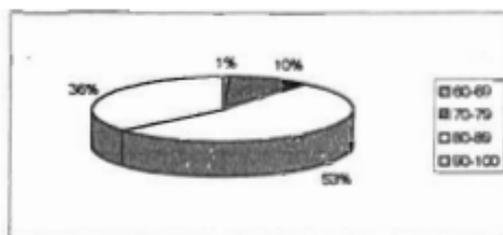


El grupo IV (pregunta 7), permite conocer si el estudiante sabe diferenciar lo normal de lo anormal, habiendo 130 respuestas (100%) para si.

5.1.3 PRESENTACION DE RESULTADOS DEL EXAMEN FINAL DEPARTAMENTAL DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE PROPEDEUTICA CLINICA.

El rendimiento escolar de la unidad de aprendizaje propedéutica clínica es el promedio obtenido al final del curso del examen departamental teórico y práctico y las calificaciones parciales de los módulos que integran la materia.

RENDIMIENTO ESCOLAR PROMEDIO FINAL



El rendimiento escolar de la unidad de aprendizaje propedéutica clínica estuvo en el rango de 60 a 69 de calificación final, 1 estudiante (1%); de 70 a 79 de calificación final, 13 estudiantes (10%); de 80 a 89 de calificación final, 69 estudiantes (53%) y de 90 a 100 de calificación final 49 estudiantes (36%).

5.2. RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESORES DEL AREA HOSPITALARIA DE TERCER AÑO.

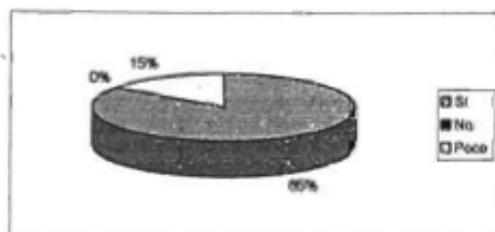
5.2.1 PRESENTACION INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

Para conocer el grado de conocimientos, habilidades y destrezas clínicas en el área hospitalaria o clínica de los estudiantes de segundo año de la Generación 2000 que pasaron a tercer año (ciclo escolar 2002-2003), se aplicó un cuestionario a 13 de los 16 maestros participantes en esa área (81.3%), excluyéndose a los maestros que participan simultáneamente en la realización del examen profesional Clínico.

CUESTIONARIO APLICADO A LOS MAESTROS DEL AREA CLINICA DE TERCER AÑO

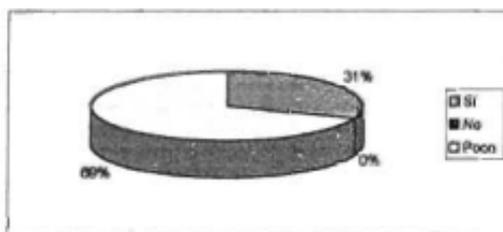
PREGUNTAS	SI	NO	POCO
1.- ¿Sabe tomar signos vitales?	_____	_____	_____
2.- ¿Logra establecer una relación médico paciente?	_____	_____	_____
3.- ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?	_____	_____	_____
4.- ¿Sabe interrogar a un paciente?	_____	_____	_____
5.- ¿Sabe explorar a un paciente?	_____	_____	_____
6.- ¿Sabe realizar semiología de signo y síntomas?	_____	_____	_____
7.- ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?	_____	_____	_____
8.- ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?	_____	_____	_____
9.- ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?	_____	_____	_____
10.- ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?	_____	_____	_____

**PREGUNTA No. 1
AREA CLINICA**



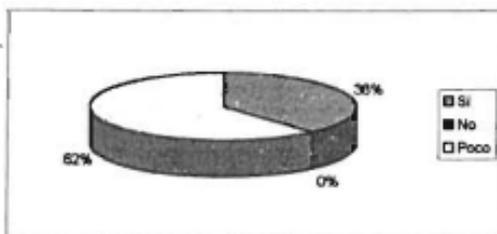
En la pregunta No.1 ¿Sabe tomar signos vitales?, 11 maestros (85%) contestaron si y 2 maestros (15%) contestaron poco .

**PREGUNTA No. 2
AREA CLINICA**



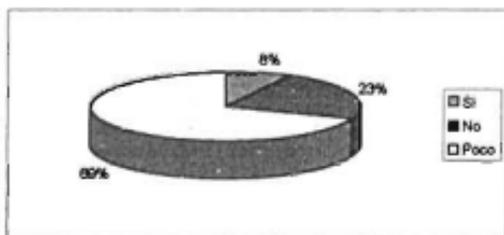
En la pregunta No. 2 ¿Logra establecer una relación médico paciente?, 4 maestros (20%) contestaron si y 9 maestros (80%) contestaron poco.

PREGUNTA No. 3
AREA CLINICA



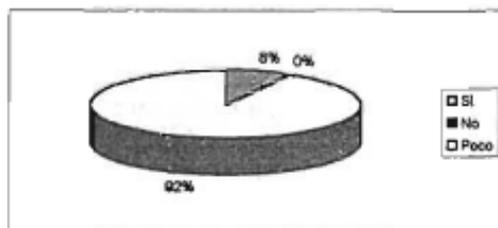
En la pregunta No. 3 ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?, 5 maestros (38%) contestaron si y 8 maestros (62%) contestaron poco.

PREGUNTA No. 4
AREA CLINICA



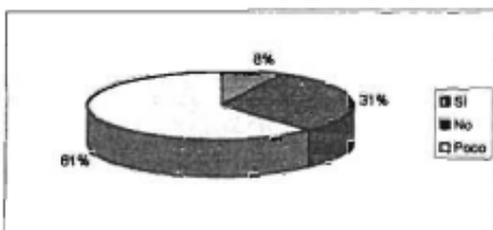
En la pregunta No. 4 ¿Sabe interrogar a un paciente?, 1 maestro (8%) contestó si, 3 maestros (23%) contestaron poco y 3 maestros (23%) contestaron no.

**PREGUNTA No. 5
AREA CLINICA**



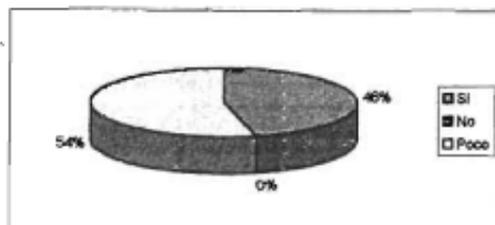
En la pregunta No. 5 ¿Sabe explorar a un paciente?, 1 maestro (6%) contestó si y 12 maestros (92%) contestaron poco.

**PREGUNTA No. 6
AREA CLINICA**



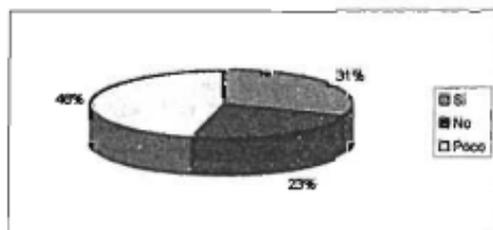
En la pregunta No. 6 ¿Sabe realizar semiología de signos y síntomas?, 1 maestro (3%) contestó si, 8 maestros (61%) contestaron poco y 4 maestros (31%) contestaron no.

**PREGUNTA No. 7
AREA CLINICA**



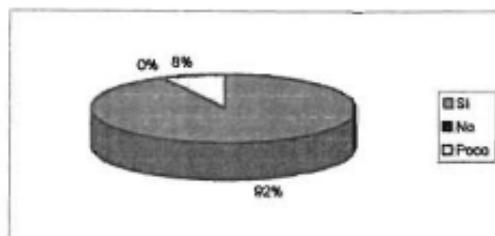
En la pregunta No. 7 ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?, 6 maestros (46%) contestaron si y 7 maestros (54%) contestaron poco.

**PREGUNTA No. 8
AREA CLINICA**



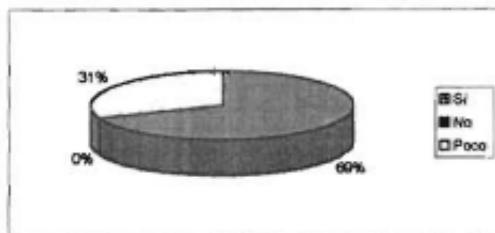
En la pregunta No. 8 ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?, 4 maestros (31%) contestaron si, 6 maestros (46%) contestaron poco y 3 maestros (23%) contestaron no.

PREGUNTA No. 9
AREA CLINICA



En la pregunta No. 9 ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?, 12 maestros (92%) contestaron si y 1 maestro (8%) contestó poco.

PREGUNTA No. 10
AREA CLINICA



En la pregunta No. 10 ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?, 9 maestros (69%) contestaron si y 4 maestros (31%) contestaron poco.

5.2.1. RESULTADOS POR GRUPO DE PREGUNTA.

5.2.2. PRESENTACION DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

Las 10 preguntas del cuestionario se agruparon en tres grupos, todas conllevan un análisis aunada a la teoría de las diferentes materias teóricas que cursa el estudiante de tercer año.

GRUPO I (pregunta 3, 9 y 10).

Permite conocer el grado de conocimiento teórico de la historia clínica.

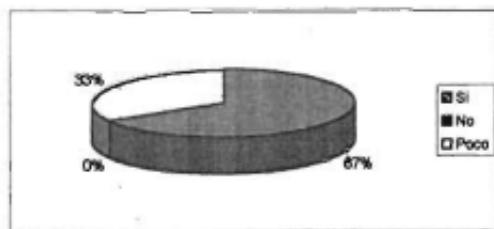
GRUPO II (pregunta 2, 4 y 6).

Permite conocer el grado de conocimiento teórico – práctico para realizar un Interrogatorio clínico dirigido.

GRUPO III (pregunta 1, 5, 7 y 8).

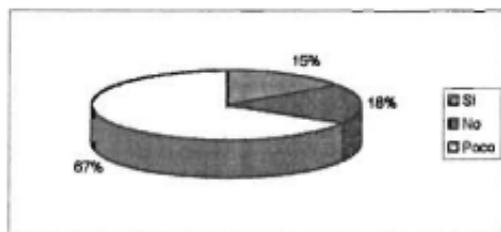
Permite conocer el grado de conocimiento teórico – práctico para realizar una exploración clínica completa.

GRUPO I AREA CLINICA



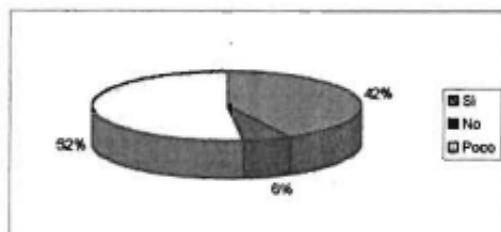
El grupo I (preguntas 3, 9 y 10), permite conocer el grado de conocimientos teóricos de la historia clínica, habiendo 26 respuestas (67%) para si y 13 respuestas (33%) para poco.

GRUPO II AREA CLINICA



El grupo II (preguntas 2, 4 y 6), permite conocer el grado de conocimientos teórico-práctico para realizar un interrogatorio clínico dirigido, habiendo 6 respuestas (15%) para si, 26 respuestas (67%) para poco y 7 respuestas (18%) para no.

GRUPO III INICIO DE CURSO



El grupo III (preguntas 1, 5, 7 y 8), permite conocer el grado de conocimientos teóricos-prácticos para realizar una exploración clínica completa, habiendo 22 respuestas (42%) para si, 27 respuestas (52%) para poco y 3 respuestas (6%) para no.

5.3. RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESORES EN LA APLICACIÓN DEL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO.

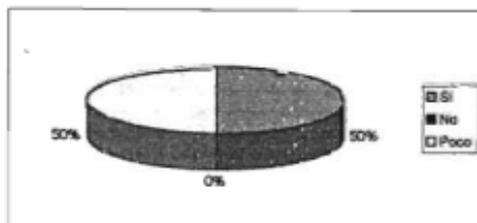
5.3.1. PRESENTACION INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

Con el objeto de conocer el grado de conocimientos, habilidades y destrezas clínicas de los estudiantes al realizar su examen Profesional Clínico y conocer el impacto del aprendizaje de la materia de propédeutica clínica, se aplicó un cuestionario a 52 de los 97 maestros que participan en esta área (54%), se incluyeron a los estudiantes de otras generaciones que ya cursaron y aprobaron la unidad de aprendizaje propédeutica clínica.

CUESTIONARIO APLICADO A LOS MAESTROS PARTICIPANTES EN EL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO

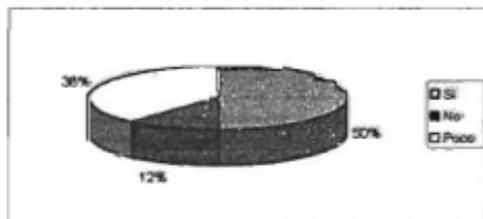
PREGUNTAS	SI	NO	POCO
1.- ¿Sabe tomar signos vitales?	---	-----	-----
2.- ¿Logra establecer una relación médico paciente?	---	-----	-----
3.- ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?	---	-----	-----
4.- ¿Sabe interrogar a un paciente?	---	-----	-----
5.- ¿Sabe explorar a un paciente?	---	-----	-----
6.- ¿Sabe realizar semiología de signo y síntomas?	---	-----	---
7.- ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?	---	-----	-----
8.- ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?	---	-----	-----
9.- ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?	---	-----	-----
10.- ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?	---	-----	-----

PREGUNTA No. 1
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



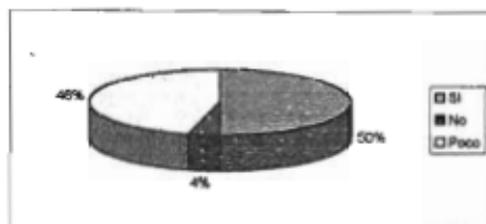
En la pregunta No. 1 ¿Sabe tomar signos vitales?, 26 maestros (50%) contestaron si y 26 maestros (50%) contestaron poco.

PREGUNTA No. 2
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



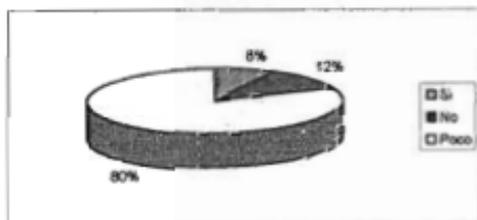
En la pregunta No. 2 ¿Logra establecer una relación médico paciente?, 26 maestros (50%) contestaron si, 6 maestros (12%) contestaron poco y 20 maestros (38%) contestaron no.

PREGUNTA No. 3
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



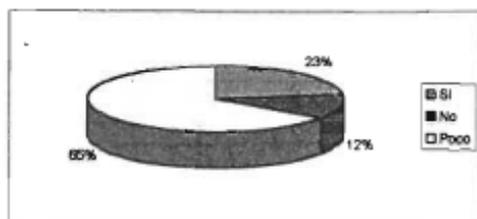
En la pregunta No. 3 ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?, 26 maestros (50%) contestaron si, 24 maestros (46%) contestaron poco y 2 maestros (4%) contestaron no.

PREGUNTA No. 4
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



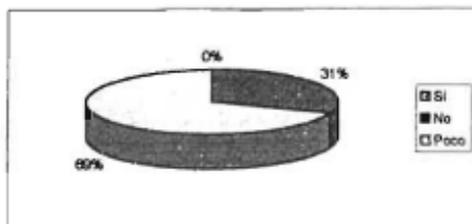
En la pregunta No. 4 ¿Sabe interrogar a un paciente?, 4 maestros (8%) contestaron bien, 42 maestros (80%) contestaron poco y 6 maestros (12%) contestaron no.

PREGUNTA No. 5
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



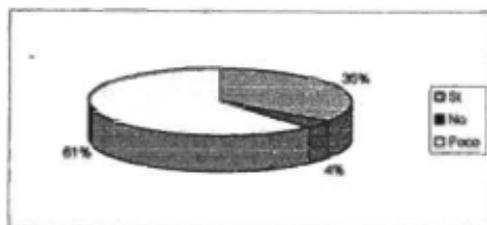
En la pregunta No. 5 ¿Sabe explorar a un paciente?, 12 maestros (23%) contestaron si, 34 maestros (65%) contestaron poco y 6 maestros (12%) contestaron no.

PREGUNTA No. 6
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



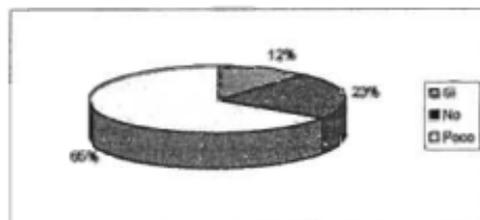
En la pregunta No. 6 ¿Sabe realizar semiología de signos y síntomas?, 36 maestros (69%) contestaron poco y 16 maestros (31%) contestaron no.

PREGUNTA No. 7
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



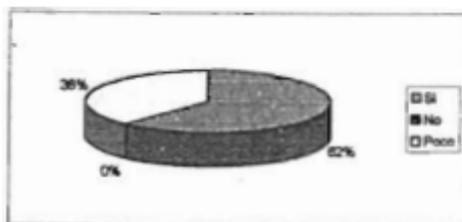
En la pregunta No. 7 ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?, 18 maestros (35%) contestaron si, 32 maestros (61%) contestaron poco y 2 maestros (4%) contestaron no.

PREGUNTA No. 8
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



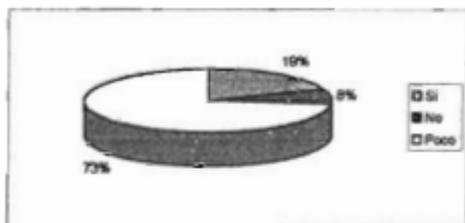
En la pregunta No. 8 ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?, 6 maestros (12%) contestaron si, 34 maestros (65%) contestaron poco y 12 maestros (23%) contestaron no.

PREGUNTA No. 9
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



En la pregunta No. 9 ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?, 32 maestros (62%) contestaron si y 20 maestros (38%) contestaron poco.

PREGUNTA No. 10
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



En la pregunta No. 10 ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?, 10 maestros (19%) contestaron si, 38 maestros (38%) contestaron poco y 4 maestros (8%) contestaron no.

5.3.2. PRESENTACION DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

Las 10 preguntas del cuestionario se agruparon en la forma ya descrita, con el mismo análisis.

GRUPO I (pregunta 3, 9 y 10).

Permite conocer el grado de conocimiento teórico de la historia clínica.

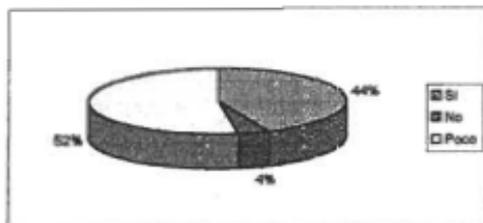
GRUPO II (pregunta 2, 4 y 6).

Permite conocer el grado de conocimiento teórico-práctico para realizar un Interrogatorio clínico dirigido.

GRUPO III (pregunta 1, 5, 7 y 8).

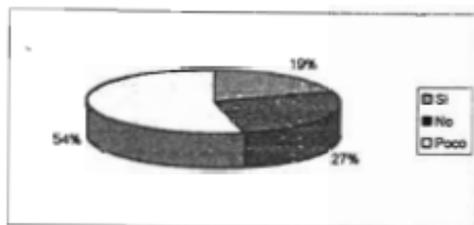
Permite conocer el grado de conocimiento teórico-práctico para realizar una exploración clínica completa.

GRUPO I EXAMEN PROFESIONAL CLINICO



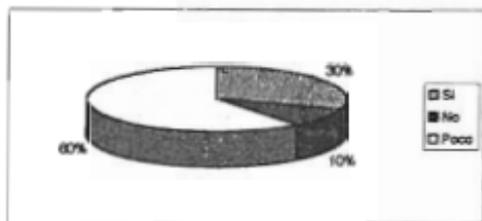
El grupo I (preguntas 3, 9 y 10), permite conocer el grado de conocimientos teóricos de la historia clínica, habiendo 68 respuestas (44%) para si, 82 respuestas (52%) para poco y 6 respuestas (4%) para no.

**GRUPO II
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO**



El grupo II (preguntas 2, 4 y 6), permite conocer el grado de conocimientos teóricos-prácticos para realizar un interrogatorio clínico dirigido, habiendo 30 respuestas (19%) para si, 84 respuestas (54%) para poco y 42 respuestas (27%) para no.

**GRUPO III
EXAMEN PROFESIONAL CLINICO**



El grupo III (preguntas 1, 5, 7 y 8), permite conocer el grado de conocimientos teóricos-prácticos para realizar una exploración clínica completa, habiendo 62 respuestas (30%) para si, 126 respuestas (60%) para poco y 20 respuestas (10%) para no.

6. ANALISIS DE RESULTADOS.

6.1. ANALISIS DE RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO, GENERACION 2000 CICLO ESCOLAR 2001 - 2002.

6.1.1. ANALISIS INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

Al inicio del curso del de propedéutica clínica:

En la pregunta No. 1, ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?, los resultados muestran que los estudiantes si conocen bases teóricas necesarias para realizar una historia clínica (90%), por lo tanto se encuentran capacitados para iniciar el abordaje del área clínica a través de la unidad de aprendizaje propedéutica clínica.

En la pregunta No. 2 ¿Conoce los instrumentos básicos útiles en la exploración física?, los resultados muestran que los estudiantes no presentan las bases teóricas necesarias para realizar la exploración física de la historia clínica (50%), por lo tanto no se encuentran capacitados en este momento para iniciar el aprendizaje práctico correspondiente por lo que es necesario fortalecer el saber teórico para que el desarrollo de las habilidades y destrezas se desarrolle en base a un aprendizaje significativo

En la pregunta No. 3 ¿Sabe tomar los signos vitales?, los resultados muestran que los estudiantes no tienen habilidad para realizar la exploración física correspondiente(95%), por lo tanto deben

habilitarse en la parte práctica para desarrollar las destrezas correspondientes.

En la pregunta No. 4 ¿Conoce la utilidad de las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación?, los resultados muestran que los estudiantes no conocen la teoría para realizar una exploración física (93%).

En la pregunta No. 5. ¿Conoce los tipos de inspección utilizadas en la exploración física?, los resultados muestran que los estudiantes no presentan las bases teóricas para realizar una exploración física (95%), por lo que se tiene que fortalecer los saberes teóricos para que el desarrollo de las habilidades el aprendizaje sea significativo

En la pregunta No. 6. ¿Conoce la diferencia entre signo y síntoma?, los resultados muestran que los estudiantes presentan bases teóricas suficientes para iniciar el desarrollo de las habilidades y destrezas correspondientes con actividades prácticas.

En la pregunta No. 7.¿Conoce los límites normales de los signos vitales?, los resultados muestran que los estudiantes presentan los saberes teóricos suficientes para el desarrollo de habilidades y destrezas en la exploración física (74%), por lo tanto se encuentran capacitados para iniciar el aprendizaje práctico correspondiente a éste apartado de la exploración y poder realizar el análisis de los datos obtenidos.

En la pregunta No 8 ¿Conoce los instrumentos que contiene el estuche de diagnóstico?, los resultados muestran que los estudiantes

presentan saberes teóricos para el aprendizaje de la exploración física (53%), pero es necesario fortalecerlas (43 %) para que al realizar la práctica correspondiente del desarrollo de habilidades y destrezas se desarrolle con un aprendizaje significativo.

En la pregunta No. 9 ¿Conoce los sonidos encontrados por percusión en la exploración física?, los resultados indican que los estudiantes no presentan las bases teóricas necesarias para iniciar la parte práctica de la exploración física (92%), por lo que es necesario fortalecer el saber teórico para obtener un aprendizaje significativo al realizar el desarrollo de habilidades y destrezas en la realización de la exploración física.

En la pregunta No.10 ¿Sabe interrogar a un paciente?, los resultados muestran que los estudiantes no presentan práctica para realizar un Interrogatorio clínico (94%) por lo tanto es necesario desarrollar las habilidades prácticas correspondientes para que se encuentra capacitado para elaborar una historia clínica completa.

Al final del curso de propedéutica clínica:

En la pregunta No. 1. ¿Conoce las partes que componen la historia clínica?, los resultados muestran que los estudiantes presentan los conocimientos teóricos necesarios para realizar una historia clínica (98%), por lo tanto se encuentran capacitados para iniciar el abordaje clínico a pacientes a través de la entrevista clínica en los campos clínicos o área hospitalaria.

En la pregunta No. 2 ¿Conoce los instrumentos básicos útiles en la exploración física?, los resultados muestran que los estudiantes presentan los saberes teóricos para iniciar el aprendizaje práctico de la exploración física (100%), por lo que el desarrollo de las habilidades y destrezas se va a realizar con un aprendizaje significativo.

En la pregunta No. 3 ¿Sabe tomar los signos vitales?, los resultados muestran que los estudiantes presentan habilidad para realizar ésta parte de la exploración física (100%), por lo tanto se han desarrollado las habilidades necesarias en ésta parte de la exploración física.

En la pregunta No. 4 ¿Conoce la utilidad de las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación?, los resultados muestran que los estudiantes presentan los saberes teóricos necesarios para realizar una exploración física (100%) por lo tanto el desarrollo de las habilidades y destrezas desarrolladas a través del aprendizaje práctico va tener significancia.

En la pregunta No. 5. ¿Conoce los tipos de inspección utilizadas en la exploración física?, los resultados muestran que los estudiantes conocen la teoría para realizar una exploración física (90%) por lo tanto la práctica adquiere significancia en el desarrollo de las habilidades y destrezas correspondientes.

En la pregunta No. 6. ¿Conoce la diferencia entre signo y síntoma?, los resultados muestran que los estudiantes conocen la teoría para realizar un interrogatorio clínico (99%) por lo tanto el desarrollo

práctico del interrogatorio va a ser a través de un aprendizaje significativo.

En la pregunta No. 7. ¿Conoce los límites normales de los signos vitales?, los resultados muestran que los estudiantes presentan conocimientos teóricos suficientes para la realización de la exploración física (100%) por lo que a desarrollado habilidad para la interpretación de los hallazgos encontrados en la práctica.

En la pregunta No 8 ¿Conoce los instrumentos que contiene el estuche de diagnóstico?, los resultados muestran que los estudiantes tienen los conocimientos teóricos necesarios para la realización de la exploración física (100%) por lo tanto el desarrollo de habilidades y destrezas se presentan con un aprendizaje significativo.

En la pregunta No. 9 ¿Conoce los sonidos encontrados por percusión en la exploración física?, los resultados muestran que los estudiantes conocen la teoría para realizar una exploración física (91%) por lo tanto el desarrollo de habilidades y destrezas se realizaron con un aprendizaje significativo

En la pregunta No.10 ¿Sabe interrogar a un paciente?, si bien se detectó un 54% que no saben realizar un Interrogatorio un 35% refieren que si por lo tanto es necesario reforzar esta práctica para mejorar los resultados

6.1.2. ANALISIS DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

Al inicio del curso de propedéutica clínica:

El grupo I (pregunta No. 1) permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios para elaborar una historia clínica, los resultados indican que los estudiantes presentan los saberes teóricos necesarios para elaborar una historia clínica (90%) por lo que el aprendizaje práctico va a tener significancia.

El grupo II (preguntas 6 y 10) permite conocer el dominio para realizar un Interrogatorio clínico dirigido, los resultados muestran que los estudiantes no presentan práctica para realizar el interrogatorio clínico (55%), por lo tanto es necesario el desarrollo de habilidades para adquirir destrezas reforzando la parte práctica del aprendizaje.

El grupo III (preguntas 2,3,4,5,8 y 9) permite conocer el dominio para realizar una exploración física, los resultados muestran que los estudiantes no presentan práctica para realizar una exploración física (78%) por lo que es necesario el desarrollo de habilidades y destrezas a través del aprendizaje práctico.

El grupo IV (pregunta 7) permite conocer el nivel de análisis al ir diferenciando entre lo normal y lo anormal, los resultados muestran que los estudiantes presentan habilidad para diferenciar lo normal de lo anormal (74%) por lo tanto las destrezas desarrolladas adquieren significado.

Al final del curso de propedéutica clínica:

El grupo I (pregunta No. 1) permite conocer el dominio de teoría o conocimientos básicos necesarios para elaborar una historia clínica, los resultados muestran que los estudiantes presentan los saberes teóricos necesarios para elaborar una historia clínica (98%).

El grupo II (preguntas 6 y 10) permite conocer el dominio para realizar un Interrogatorio clínico dirigido, los resultados indican que los estudiantes no presentan buena práctica para realizar un interrogatorio clínico (70%) por lo que no han desarrollado las habilidades necesarias para adquirir las destrezas correspondientes.

El grupo III (preguntas 2,3,4,5,8 y 9) permite conocer el dominio para realizar una exploración física, los resultados muestran que los estudiantes si presentan práctica para realizar una exploración física (97%) por lo tanto se han desarrollado las habilidades y destrezas para explorar a un paciente.

El grupo IV (pregunta 7) permite conocer el nivel de análisis al ir diferenciando entre lo normal y lo anormal, los resultados muestran que los estudiantes presentan habilidad para diferenciar lo normal de lo anormal (100%) por lo tanto la elaboración de la historia clínica se realiza con un aprendizaje significativo.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que de la generación 2000, el estudiante de segundo año al iniciar su curso presenta un nivel de aprendizaje teórico adecuado para la realización de una Historia Clínica (preg.1) aunque para realizar el interrogatorio presenta un grado de

conocimientos teóricos adecuado no tiene suficiente práctica, (preg. 6 y 7); para la realización de la Exploración Física se aprecia un significativo aprendizaje tanto teórico como práctico (preg. 2,3,4,5,8 y 9).

6. 2. ANALISIS DE RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESORES DEL AREA CLINICA DE TERCER AÑO.

6.2.1. ANALISIS INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

En la pregunta No. 1 ¿Sabe tomar signos vitales?, los resultados muestran que los estudiantes muestran habilidad para la toma de signos vitales (85%), por lo tanto se han mantenido las habilidades desarrolladas en la unidad de aprendizaje Propedéutica Clínica correspondiente a este apartado de la exploración física de la historia clínica (pregunta 3 de la encuesta aplicada al final del curso de propedéutica clínica y los resultados del grupo III por agrupación de preguntas).

En la pregunta No. 2 ¿Logra establecer una relación médico paciente?, los resultados indican que los estudiantes no muestran una habilidad suficiente para poder establecer una relación médico paciente (69%), por lo que es necesario reforzar el aprendizaje práctico para lograr un mejor desarrollo de destrezas que van a apoyar el desempeño en la elaboración del interrogatorio y exploración física (resultados de las preguntas 4 y 5) y poder realizar un abordaje clínico con competencia.

En la pregunta No. 3 ¿Conoce las partes que compone la historia clínica?, los resultados contrario a lo que muestran los resultados de la pregunta 3 al final del curso de propedéutica, estudiantes no presentan conocimientos claros de las partes que componen la historia clínica (62%), por lo que es necesario reforzar este saber teórico para que el abordaje clínico (interrogatorio y exploración física) en el área hospitalaria se desarrolle con un aprendizaje significativo.

En la pregunta No. 4 ¿Sabe interrogar a un paciente?, los resultados muestran que los estudiantes no muestran habilidad para interrogar a un paciente (69%), por lo cual es necesario reforzar con más práctica esta parte de la historia clínica para lograr desarrollar las destrezas necesarias y mejorar las deficiencias presentadas en los resultados de la pregunta 10 al final del curso de propedéutica clínica.

En la pregunta No. 5 ¿Sabe explorar a un paciente?, los maestros opinan que los estudiantes no muestran una adecuada habilidad para explorar a un paciente (92%) sin embargo los resultados obtenidos al final del curso de propedéutica clínica (preguntas 2, 3, 4, 5, 8 y 9) indican que los estudiantes han desarrollado habilidades para realizar una exploración física por lo que es necesario el reforzamiento práctico para desarrollar las destrezas requeridas para realizar una historia clínica completa.

En la pregunta No. 6 ¿Sabe realizar semiología de signos y síntomas?, los resultados muestran que los estudiantes no muestran habilidad para realizar un interrogatorio clínico (61%), por lo tanto, no presenta las destrezas necesarias para desarrollar la historia clínica completa en un paciente, este comportamiento se detectó en los

resultados de la pregunta 4 y 5 por lo que es necesario el reforzamiento en la práctica y mejorar las deficiencias presentadas en el curso de propedéutica clínica, resultados de la pregunta 10 al final del curso y fortalecer los resultados de la pregunta 4 del cuestionario aplicado a los maestros del área clínica.

En la pregunta No. 7. ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?, los resultados muestran que los estudiantes si muestran una adecuada habilidad para identificar los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados (46%), por lo tanto, facilita el reforzamiento de los resultados de la pregunta 4 y 5 y lograr obtener un abordaje de la historia clínica con competencia.

En la pregunta No. 8. ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?, los resultados muestran que los estudiantes no muestran una adecuada habilidad para seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente (46%), por lo tanto, no se encuentra capacitado para realizar la exploración física con aprendizaje significativo por lo que es necesario reforzar la parte teórico y práctica (resultados de la pregunta 5).

En la pregunta No. 9 ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?, los resultados indican que los estudiantes si muestran disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes (92%), lo que facilita el reforzamiento de la exploración física y el interrogatorio clínico (preguntas 4 y 5) y lograr las destrezas necesarias para un mejor abordaje clínico.

En la pregunta No. 10 ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?, los resultados muestran que los estudiantes si presentan un adecuado desempeño en el área clínica, podemos decir que el desarrollo de habilidades y destrezas para el nivel de formación de los estudiantes del área clínica es adecuado.

6.2.2. ANALISIS DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

El grupo I (preguntas 3, 9 y 10), permite conocer el grado de conocimiento teórico para realizar una historia clínica, los resultados muestran que los estudiantes si presentan conocimientos teóricos necesarios para realizar una historia clínica (67%), pero no con las destrezas necesarias (pregunta 3) para lograr una historia clínica completa con aprendizaje significativo.

El grupo II (pregunta 2, 4 y 6). Permite conocer el grado de conocimiento teórico - práctico para realizar un Interrogatorio clínico dirigido, los resultados muestran que los estudiantes no muestran una adecuada habilidad para realizar un interrogatorio clínico (67%), por lo tanto, es necesario reforzar esta habilidad con mas práctica para lograr las destrezas necesarias en el desarrollo de la historia clínica completa con aprendizaje significativo.

El grupo III (pregunta 1, 5, 7 y 8). Permite conocer el grado de conocimiento teórico - práctico para realizar una exploración clínica completa, los resultados muestran que los estudiantes no presentan una adecuada habilidad para realizar una exploración física, por lo

tanto es necesario reforzar la practica en la exploración física ya que el estudiante presenta las bases teóricas necesarias (pregunta 1) y lograr las destrezas necesarias para el abordaje clínico.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que si bien los estudiantes han desarrollado habilidades para realizar un interrogatorio clínico y exploración física (resultados de encuesta aplicada a los estudiantes al final del curso de propedéutica clínica) es necesario reforzarlas con más práctica supervisada para lograr las destrezas necesarias en el área clínica.

6.3. ANALISIS DE RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESORES PARTICIPANTES EN EL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO.

6.3.1. ANALISIS INDIVIDUAL DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

En la pregunta No. 1 ¿Sabe tomar signos vitales?, si bien el 50% de los estudiantes presentan destrezas para tomar signos vitales el otro 50% no las presentan por lo que se considera que si bien los estudiantes han desarrollado la habilidad en este punto de la exploración física (resultados de la pregunta 3 al final del curso de propedéutica clínica y se ha mantenido la habilidad en tercer año, pregunta 1) es necesario el reforzamiento en el área clínica para lograr una destreza adecuada al momento de presentar el examen profesional clínico.

En la pregunta No. 2 ¿Logra establecer una relación médico paciente?, el 50% de los maestros opinan que los estudiantes han desarrollado habilidad para establecer una relación médico paciente pero un 38% no las han desarrollado por lo que es necesario el reforzamiento en campos clínicos para el desarrollo de las destrezas y mejorar el desempeño en la realización de la historia clínica.

En la pregunta No. 3 ¿Conoce las partes que compone la historia clínica?, los maestros opinan que los estudiantes presentan los saberes teóricos de las partes que componen la historia clínica en un 50%, pero un 46% opinan que no son claros por lo que es necesario el reforzamiento para retroalimentar este saber, que guarda el mismo comportamiento en los resultados del área clínica (pregunta 3).

En la pregunta No. 4 ¿Sabe interrogar a un paciente?, los resultados muestran que los estudiantes no han desarrollado una adecuada habilidad para interrogar a un paciente (80%), el mismo comportamiento se observa en los resultados del área clínica de tercer año (pregunta 4) y pregunta 10 al inicio y al final del curso de propedéutica clínica por lo que se concluye que el estudiante no ha desarrollado las destrezas necesarias para realizar un interrogatorio clínico con competencia.

En la pregunta No. 5 ¿Sabe explorar a un paciente?, en base a la opinión de los maestros los estudiantes no han desarrollado las destrezas necesarias para explorar a un paciente (65%), igual comportamiento se observa en los resultados de la pregunta 5 del área clínica por lo que es necesario reforzar con más práctica dirigida

en el área clínica y que el estudiante desarrolle las destrezas correspondientes.

En la pregunta No. 6 ¿Sabe realizar semiología de signos y síntomas?, los maestros opinan no han desarrollado una adecuada destreza para realizar semiología de signos y síntomas (69%) por lo que no han desarrollado bien las habilidades para interrogar a un paciente por lo tanto no han desarrollado las destrezas necesarias y fortalecer los resultados de la pregunta 4 de este análisis, los resultados de la pregunta 6 del área clínica y los resultados de la pregunta 10 al final del curso de propedéutica clínica.

En la pregunta No. 7. ¿Identifica los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados?, los resultados por opinión de los maestros indican que los estudiantes no muestran una adecuada destreza para Identificar los datos de normalidad de los órganos, aparatos y sistemas explorados (61%), no obstante que han desarrollado la habilidad correspondiente en el área clínica de tercer año es necesario más práctica para reforzarla

En la pregunta No. 8. ¿Logra seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente?, el 65% de los maestros opinan que los estudiantes no han desarrollado una adecuada habilidad para seleccionar las maniobras especiales de exploración física de acuerdo a la situación del paciente por lo que es necesario reforzarlas con mas práctica ya que similar resultado se observa en la misma pregunta realizada en el área clínica de tercer año, por lo tanto los estudiantes no han desarrollado las destrezas para realizar una exploración física con competencia.

En la pregunta No. 9 ¿Muestra disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes?, los resultados muestran que los estudiantes si muestran disciplina y responsabilidad en el trato con pacientes (62%) lo que ayuda a desarrollar las destrezas necesarias para realizar la historia clínica completa con competencia.

En la pregunta No. 10 ¿Cómo considera el desempeño del estudiante en el área clínica?, los resultados muestran que los estudiantes no presentan un adecuado desempeño en el área clínica (73%) por lo que es necesario fortalecer las habilidades ya desarrolladas para lograr las destrezas necesarias para un abordaje clínico con competencia.

6.3.2. ANALISIS DE RESULTADOS POR AGRUPACION DE PREGUNTAS.

El grupo I (pregunta 3, 9 y 10), permite conocer el grado de conocimiento teórico para realizar una historia clínica, los resultados muestran que los estudiantes no presentan conocimientos claros para realizar una historia clínica (52%) lo que se ve reflejada en los resultados del grupo II y III

El grupo II (pregunta 2, 4 y 6). Permite conocer el grado de conocimiento teórico - práctico para realizar un Interrogatorio clínico dirigido, los resultados muestran que los estudiantes no muestran una adecuada destreza para realizar un interrogatorio clínico (54%) por lo tanto la supervisión dirigida de las actividades del área clínica ayudarían a lograr un buen reforzamiento y superar esta deficiencia.

El grupo III (pregunta 1, 5, 7 y 8). Permite conocer el grado de conocimiento teórico – práctico para realizar una exploración clínica completa, los resultados muestran que los estudiantes no presentan una adecuada destreza para realizar una exploración física (60%) por lo que es necesario que se retroalimente la teoría con la práctica para lograr realizar una historia clínica con competencia.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que los estudiantes al realizar el examen profesional clínico no han desarrollado las destrezas necesarias para realizar una historia clínica completa con competencia, a pesar que han desarrollado las habilidades necesarias para el logro de estas destrezas, por lo que es urgente que en el desarrollo del programa del área clínica se realice con un adecuado fortalecimiento y corregir las deficiencias presentadas al realizar la historia clínica para obtener el título profesional.

7. RECOMENDACIONES.

7.1. EN FUNCION DE LA ADMINISTRACION.

- Elaborar programas académicos y operativos del área clínica definiendo acciones y compromisos a cumplir tanto por la Universidad Autónoma de Nayarit como los Servicios de Salud de Nayarit.
- Selección de coordinadores en las instituciones del sector salud que se responsabilicen de las actividades a desarrollar en el área clínica
- Ante la escasez de docentes de FMUAN adscritos al área hospitalaria elaborar convenio de colaboración del área clínica donde se extienda un reconocimiento universitario como estímulo a los profesores participantes que apoyan el área clínica.
- Implementar programas de capacitación docente continua en las Instituciones que integran los Servicios de Salud de Nayarit (IMSS, ISSSTE, SSA) supervisando el cumplimiento del mismo como una herramienta para regular la calidad en la atención de los estudiantes.
- Incorporar al programa de educación continua la modalidad de educación a distancia como una estrategia para la capacitación permanente del docente.

- Elaborar un programa de supervisión clínica para dar seguimiento a las acciones del área clínica para ratificar, rectificar y reorientar los propósitos del aprendizaje clínico.

7.2. EN FUNCION DE LOS DOCENTES.

- Propiciar la reflexión crítica basada en las evidencias clínicas y en la información para que los estudiantes aprendan a seleccionar lo más pertinente de la información con la experiencia propia.
- Promover en los estudiantes la búsqueda, consulta de información e investigación clínica como experiencia de aprendizaje sistemático vinculado al quehacer cotidiano clínico.
- Evitar la separación de la teoría con la práctica (área clínica) ya que la integración de ambas es un flujo bidireccional ininterrumpido entre la información (teoría) y la acción (práctica) que permitan al estudiante ahondar en la comprensión y enriquecimiento progresivo de las experiencias del aprendizaje profundizando su conocimiento.
- Orientar las acciones de revisión y atención de los pacientes como un anclaje de la teoría con la realidad concreta lo cual permite al estudiante a que recuerde la información con mayor facilidad y la ubique en su verdadera utilidad y significado.
- Formar la academia del área clínica para definir los contenidos mínimos estructurales que integrarán el programa del área clínica.

7.3.1 EN FUNCION DE LOS ESTUDIANTES.

- Aprenda a interactuar con el equipo de Salud para que fortalezca la confianza y respeto a los pacientes.
- Estar capacitado para la búsqueda de información discrepante problematizando su experiencia propia y profundizando su conocimiento.
- Es un auténtico protagonista en el proceso de aprendizaje y transformador de su conocimiento y no un receptor de la información.

Para lograr el aprendizaje de cualquier área del conocimiento no basta con contar con un conjunto de experiencias, ya que lo decisivo radica en como se organizan tales experiencias que propicien un aprendizaje realmente fructífero creando un ambiente educativo reflexivo que favorezca la participación de manera tal que el estudiante llegue a ser capaz de generar sus propias experiencias cada vez más ricas y diversificadas.

La labor del docente consiste en desarrollar en el alumno las herramientas conceptuales y metodológicas, las cuales una vez alcanzando cierto grado de dominio, le confieren autonomía en su aprendizaje para incursionar con eficacia y rigor creciente en los nuevos retos del conocimiento que serán su responsabilidad, la obtención confiable de los datos clínicos clave, tanto de interrogatorio como de exploración física, constituye la base de sustentación de la práctica clínica; si esta fuente de información no es confiable, todo el proceso sufre una grave distorsión que puede

ser de funestas consecuencias para el paciente y lo que se trata es de formar egresados aptos para enfrentar nuevos retos y participar eficazmente con el equipo de salud del que formarán parte.

BIBLIOGRAFIA

ANUIES. 2000. *Programas institucionales de tutorías. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior*, Serie investigaciones, México.

ANUIES. 2000. *Visión del Sistema de Educación Superior al año 2002*, Anexo 7, México.

Bigge, Morris L. 1997. *Teorías de aprendizaje para maestros*, Editorial Trillas, México.

Bower, Górdon H. y otros. 1997. *Teorías del aprendizaje*, Editorial Trillas, México.

Castellanos, Ana Rosa. 2000. *Elaboración de programas por competencia profesional*, CUCS, U de G.

Camarena, Rosa Ma. 1999. *Reflexión en torno al rendimiento escolar y a la eficiencia terminal*. (<http://web.anui.es.mx/anui.es/revsup/res053/tw2.htm>).

Delors, Jacques. 1997. *La educación encierra un tesoro*. Correo de la UNESCO.

De Vega, M. 1995. *Introducción a la psicología cognitiva*, Editorial Alianza, México.

Diccionario de ciencias de la educación. 2002. Editorial Santillana, México.

Domínguez Castillo, Carolina. 1994. *Piaget y Bruner, Aportaciones a la práctica educativa*, Serie Ciencias de la educación, septiembre-diciembre, Vol. 1. No. 2. UNAM.

Fermoso Estébanez, Paciano. 1996. *Teoría de la educación*, Editorial Trillas, México.

Freire, Paulo. 1979. *Cartas a quién pretende enseñar*. Siglo veintiuno, México.

Gage, N. L. 1979. *Las bases científicas del arte de enseñar*, Prensa del Colegio de Maestros, N.Y.

Gutiérrez Saenz, Raúl. 1997. *Introducción a la didáctica*, Editorial esfinge. México.

INCE, OCD. 2000. *La medida de los conocimientos y destrezas de los alumnos, un nuevo marco de evaluación*.

Larios Mendoza, Heriberto. 2000. *Desarrollo de la competencia clínica durante el internado médico*, (<http://wch.anuies.mx/anuies/revsup/res115/menu8.htm>)

Lemus, Luis Arturo. 1971. *Evaluación del rendimiento escolar*, Editorial Kapelusz, Argentina.

Lifshitz. 1997. *Enseñanza y aprendizaje de la clínica*, Editorial Auroch, México.

Litwin, E. 1995. *Tecnología educativa. Política, Historia, Propuestas*, Editorial Paidós, México.

Mann V, Karen. 1999. *Motivación en educación médica: como la teoría puede informar nuestra práctica*, Academia de Medicina. Vol. 74. Num. 3, Marzo.

Marincovich, Daniza. 1998. *Desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar en estudiantes que egresan del sistema educacional*, revista Enfoques educacionales Vol. 1 No. 1 Universidad de Chile.

Martín Pérez, Marisa. 2000. *Evaluación de la enseñanza y del aprendizaje*, (www.icfes.gov.f/movilización/UNESCO/juno.html)

Martínez Glez, A. 1999. *La evaluación diagnóstica como mecanismo para estimar el éxito o el fracaso en la licenciatura de Médico Cirujano*. (<http://ped.anuies.mx/anuies/revsup/res110/rctf.htm>).

Murillo Soto, Ma. Elena. (compilador). 1998. *Diseño Estratégico de la Enseñanza*, Asesoría y Servicios Educativos U. de G.

Panza, M. Pérez Juárez, E. C. 1988. *Fundamentos de la didáctica*, Editorial Gernika, México.

Papa F., Harasym, P. 1999. *Reforma del currículo médico en América del Norte, 1975 a el presente. Una perspectiva de la curva cognitiva*, Academia de Medicina, Vol. 74. Núm. 2, febrero.

Pavés, Ma Elena. 1999. *Comprensión de discursos orales y rendimiento escolar en estudiantes de enseñanza media*, (<http://rehue.csociales.uch.le.cl/publicaciones/enroques/01/edu09.htm>)

Proyecto Cinter net. 1999. *Las 40 preguntas mas frecuentes sobre competencia laboral*, (www.cinterforfoit.it)

Riveron Portela, otoniel. 1999. *Aprendizaje basado en problemas: una alternativa educativa*, (<http://contexto-educativo.comian/1999/4/nota-02.htm>).

Rodríguez, Rodolfo y Cols. 1999. *Una Nueva estrategia para evaluar la calidad del desempeño docente en la IES. Resultado de su aplicación en la Facultad de Medicina de la UNAM*, (<http://web.anuies.mx/anuies/revsup/res115/tx19.htm>)

Rodríguez Cruz, Héctor M. y otros. 1998. *Evaluación en el aula*, Editorial Trillas/ANUIES. México.

Rojas, Jose Antonio. 2000. *Taller sobre aprendizaje basado en problemas, evaluación por profesores de la Facultad de Medicina de la UNAM*, (<http://web.anuies.mx/anuies7revsup/res106/tx1.htm>)

Salas Perea, Ramón y Cols. 2000. *La evaluación de la competencia clínica de los educandos mediante las inspecciones integrales en la Educación Médica Superior*, (<http://bus.sld.cu/revistas/ems/vol10i2000/ems04196.htm>)

Santín González, Daniel. 2000. *Influencia de los factores socioeconómicos en el rendimiento escolar internacional. Hacia la igualdad de oportunidades educativas*. E-mail: dsantín@cee.ucm.es.

Titone, R. 1986. *El lenguaje en la interacción didáctica: Teorías y modelos de análisis*, Editorial Narcea, Madrid.

U.A.N. *Reglamento de Evaluación*, Departamento de Evaluación de la Facultad de Medicina.

Varela Ruiz, Margarita y otros. 2000. Análisis semántico del concepto de enseñanza de profesores de medicina. *Revista de la educación superior en línea*, Vol. XXIX (3) No. 116, octubre-diciembre, UNAM.

W. de Camillón, Alicia y otros. 2000. *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Editorial Paidós México

Woolfolk, Anita. 1990. *Psicología educativa*, Prentice Hall Hispanoamericana, México.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

FACULTAD DE MEDICINA

REQUISITOS INDISPENSABLES QUE SEGUIRAN LOS INTEGRANTES DEL JURADO CALIFICADOR PARA LA APLICACION DEL EXAMEN - PROFESIONAL TEORICO-PRACTICO EN LA F.M.U.A.N.

- A).- SERAN CUATRO SINODALES: UN COORDINADOR Y TRES SECRETARIOS. EL PRIMERO SERA MODERADOR DEL CRITERIO TECNICO-CIENTIFICO QUE SE SEGUIRA PARA ORIENTAR ADECUADAMENTE DICHO EXAMEN,
- B).- EL NUMERO MINIMO DE SINODALES PARA LA APLICACION DEL EXAMEN SERA DE TRES.
- C).- LA HOJA DE RESULTADOS Y LISTA DE COTEJO SERA EN TREGADA AL PRESIDENTE A TRAVES DEL DEPARTAMENTO DE EXAMENES PROFESIONALES.
- D).- UNA VEZ REALIZADO EL EXAMEN PROFESIONAL, LA HOJA DE RESULTADOS SERA FIRMADA POR LOS INTEGRANTES DE:

-APROBADO CON MENCIÓN HONORIFICA

-APROBADO

-NO APROBADO

EL CUAL DEBERA DARSE A CONOCER AL DEPARTAMENTO CORRESPONDIENTE A TRAVES DE LA LISTA DE COTEJO DEBIDAMENTE CALIFICADA.

- F).- EL PRESIDENTE ES EL RESPONSABLE DE ENTREGAR LA HOJA DE RESULTADOS Y LISTA DE COTEJO AL SIGUIENTE DIA HABIL DESPUES DE REALIZAR EL EXAMEN, AL DEPARTAMENTO DE EXAMENES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

FACULTAD DE MEDICINA

FAVOR DE SEÑALAR, ENCERRANDO EN UN CIRCULO EL RESULTADO OBTENIDO DE LA APLICACION DEL EXAMEN PROFESIONAL TEORICO - CO-PRACTICO.

- APROBADO CON MENCION HONORIFICA
- APROBADO
- NO APROBADO

OBSERVACIONES : _____

NOMBRE Y FIRMA DE LOS SINODALES:

COORDINADOR: _____

SECRETARIO: _____

NOMBRE DEL SUSTENTANTE: _____

GENERACION: _____

CASO CLINICO PRESENTADO: _____

ESTE ANEXO CORRESPONDE A LAS ACTAS PROFESIONALES Y ES COMPLETADO EN FORMA MANUSCRITA.

URGE SE ENTREGUE ESTA HOJA DE CALIFICACION A LAS 24:00 HORAS SIGUIENTES DE HABERSE REALIZADO EL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO.

FECHA DE EXAMEN: TEPIC, NAY., _____

"UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT"
DE MEDICINA HUMANA
DEPARTAMENTO DE EXAMENES PROFESIONALES

(Anexo 3)

LISTA DE COTEJO PARA EL EXAMEN PROFESIONAL CLINICO

NOMBRE DEL ALUMNO : _____ GENERACION _____

INSTITUCION DEL SECTOR SALUD : _____ FECHA _____

	2	0		
	SI	NO	VALOR PORCENTUAL POR ETAPAS : ETAPA 1 : 20 ETAPA 2 : 20 ETAPA 3 : 20 <u>100%</u> ETAPA 4 : 20 ETAPA 5 : 20	VALOR NUMERICO POR ETAPAS
			ESTABLECE LA RELACION "MEDICO-PACIENTE"	
			1.- INTERROGATORIO :	
			1.1. FICHA DE IDENTIFICACION	2
			1.2. PADECIMIENTO ACTUAL (SEMIOLOGIA DE SIGNOS Y SINTOMAS)	2
			1.3. APARATOS Y SISTEMAS (SEMIOLOGIA)	2
			1.4. SINTOMAS GENERALES (EN RELACION AL P.ACTUAL)	2
			1.5. EXAMENES PREVIOS (EN RELACION AL P. ACTUAL)	2
			1.6. TERAPEUTICA EMPLEADA (EN RELACION AL P.ACTUAL)	2
			1.7. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	2
			1.8. ANTECEDENTES P. NO PATOLOGICOS	2
			1.9. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	2
			1.10. ANTECEDENTES GINEO OBSTETRICOS	2
			TOTAL	20
			1.-	

1 INCOMPLETO	2 NO PROCEDE	2 SI	0 NO	<p style="text-align: center;"><u>VALOR PORCENTUAL POR ETAPAS :</u></p> <p>ETAPA 1 :..... 20</p> <p>ETAPA 2 :..... 20</p> <p>ETAPA 3 :..... 20 <u>100%</u></p> <p>ETAPA 4 :..... 20</p> <p>ETAPA 5 :..... 20</p>
				2.- EXPLORACION FISICA :
				2.1 SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA
				2.2 INSPECCION GENERAL
				2.3 CABEZA
				2.4 CUELLO
				2.5 TORAX (CARA ANTERIOR Y CARA POSTERIOR
				2.6 ABDOMEN
				2.7 GENITALES (MASCULINOS O FEMENINOS)
				2.8 EXTREMIDADES (TORACICAS Y PELVICAS)
				2.9 COLUMNA VERTEBRAL
				2.10 EXPLORACION NEUROLOGICA (INCLUYE PARES CRANEALES)
SUB-TOTAL ETAPA 2				

5	10	10	0	<p style="text-align: center;"><u>VALOR PORCENTUAL POR ETAPAS</u></p> <p>ETAPA 1 : 20</p> <p>ETAPA 2 : 20</p> <p>ETAPA 3 : 20 <u>100%</u></p> <p>ETAPA 4 : 20</p> <p>ETAPA 5 : 20</p>
INCOMPLETO	NO PROCEDE	SI	NO	
				5.- PLAN TERAPEUTICO :
				5.1 MEDIDAS GENERALES
				5.2 MEDIDAS TERAPEUTICAS (MEDICO-QUIRURGICO)
				SUB'TOTAL ETAPA 5

CONCLUSIONES	
SUB'TOTAL ETAPA 1	
SUB'TOTAL ETAPA 2	
SUB'TOTAL ETAPA 3	
SUB'TOTAL ETAPA 4	
SUB'TOTAL ETAPA 5	
TOTAL ETAPAS :	

ANEXO 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
EVALUACION FINAL PRACTICA
PROPEDEUTICA CLINICA

NOMBRE DEL ALUMNO _____

INDICACIONES:

LA LISTA DE COTEJO ESTA DIVIDIDA EN SECCIONES QUE CORRESPONDEN A LAS DIFERENTES PARTES DEL CUERPO. EL ALUMNO DEBERA SEGUIR LA SECUENCIA PROGRESIVA DE ACORDO AL METODO DE EXPLORACION FISICA. EL EVALUADOR CRUZARA AQUEL CUADRO QUE CORRESPONDA A SU OBSERVACION DE LA MANIOBRA QUE REALIZA EL ALUMNO, DURANTE EL EXAMEN FISICO SE PODRAN HACER COMENTARIOS Y / O INDICACIONES POR PARTE DEL EVALUADOR PARA ORIENTAR AL ALUMNO, ANOTANDO EN LA LISTA DE COTEJO CUANDO SE HICIERON CON UNA CRUZ EN EL CUADRO DE "OBSERVACION". A SU VEZ EL ALUMNO DEBERA DESCRIBIR AL EVALUADOR LA TECNICA DE MANIOBRA DE LA MANIOBRA QUE SE ENCUENTRA REALIZANDO. **NO ES NECESARIO DESCRIBIR LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACION.** EL ALUMNO DEBERA PRESENTARSE VESTIDO DE BLANCO, HACIÉNDOSE ACOMPAÑAR POR UN AYUDANTE (A), QUE SERA EL SUJETO A EXPLORAR.

MATERIAL Y EQUIPO MEDICO INDISPENSABLE:

PLACA CLINICA
ESPEJILLO
SFIGMOMANOMETRO
MÓDULO DE MANO
CUBIERTA DE DIAGNOSTICO
LAMPARILLA DE REFLEJOS
SFIGMOMANOMETRO
LINGÜETAS
COTILLON

BUEN
BIEN
REGULAR
MAL
PEOR

NO UTILIZAR EL CUADRO DE LA EXTREMA DERECHA. - ES PARA USO EXCLUSIVO DE CALIFICACION.

EL EVALUADOR QUIERE HACER ALGUNA OBSERVACION O COMENTARIO ACERCA DEL ALUMNO, HAY UN ESPACIO AL FINAL DE LA LISTA DE COTEJO PARA ESTE

A.- SIGNOS VITALES

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL.	NO	
1.- PRESION ARTERIAL				
2.- TEMPERATURA				
3.- PULSO				
4.- FRECUENCIA RESPIRATORIA.				
5.- FRECUENCIA CARDIACA				

B.- CABEZA Y CUELLO

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
6.- INSPECCION Y PALPACION DE CRANEO, PALPACION DE PULSO TEMPORAL; INSPECCION Y PALPACION DE PABELLONES AURICULARES.				
7.- PRUEBA DE FUNCION AUDITIVA. (RELOJ).				
8.- OTOSCOPIA				
9.- EXPLORACION DE ANEXOS OCULARES (CEJAS Y PESTAÑAS).				
10.- PRESION DE GLOBOS OCULARES EXPLORACION DE CONDUCTO LA GRIMAL.				
11.- CONJUNTIVA INFERIOR Y EVERSION DEL PARPADO SUPERIOR.				
12.- ILUMINACION DE LA CORNEA Y LA CAMARA ANTERIOR DEL OJO.				
13.- REFLEJOS OCULARES. (FOTOMOTOR, CONSENSUAL Y ACOMODACION.)				
14.- MOVIMIENTOS OCULARES				
15.- CAMPIMETRIA				
16.- OFTALMOSCOPIA				

C.- TORAX ANTERIOR:

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
38.- POSICION Y PREPARACION DEL PACIENTE.				
39.- INSPECCION GENERAL DEL TORAX. PUNTOS ANATOMICOS DE REFERENCIA, LINEAS Y ZONAS.				
40.- LOCALIZACION DEL CHOQUE DE LA PUNTA POR INSPECCION Y PALPACION.				
41.- PERCUSION DEL AREA PRECORDIAL (NO ES NECESARIO DELIMITARLA)				
42.- UBICACION DEL LOS FOCOS DE AUSCULTACION				
43.- AUSCULTACION DEL AREA PRECORDIAL.				

TORAX POSTERIOR:

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
44.- POSICION Y PREPARACION DEL PACIENTE.				
45.- INSPECCION GENERAL DEL TORAX. PUNTOS ANATOMICOS DE REFERENCIA, LINEAS Y ZONAS.				
46.- EVALUACION DE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS. (AMPLEXACION Y AMPLEXION).				
47.- PALPACION DE FREMITO VOCAL.				
48.- PERCUSION DE LOS CAMPOS PULMONARES. (NO ES NECESARIO SU DELIMITACION).				
49.- AUSCULTACION DE LOS CAMPOS PULMONARES.				
50.- EXPLORACION DE LA TRANSMISION DE LA VOZ.				

E.- MIEMBROS SUPERIORES:

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
70.-INSPECCION, ACTITUD, INTEGRIDAD,SIMETRIA Y ESTADO DE LA SUPERFICIE				
71.- PALPACION, TEMPERATURA, MASAS MUSCULARES, TONO Y FUERZA.				
72.- PULSOS: HUMERAL, BRAQUIAL, RADIAL Y CUBITAL.				
73.- MOVIMIENTOS DEL HOMBRO (flexión, extensión, rotación interna y externa, abducción y aducción).PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.				
74.-MOVIMIENTOS DEL CODU (flexión y extensión). PASIVOS,ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.				
75.-MOVIMIENTOS DE LA MUÑECA (flexión, extensión, desviación radial y cubital). PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.				
76.- MOVIMIENTOS DE LOS DEIJOS DE LAS MANOS. (flexión, extensión, abducción, aducción y oposición). PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA-RESISTENCIA.				
77.- REFLEJOS : BICIPITAL, TRICIPITAL Y BRAQUIORADIAL.				

E.- MIEMBROS INFERIORES:

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
78.-INSPECCION, ACTITUD, INTEGRIDAD,SIMETRIA Y ESTADO DE LA SUPERFICIE				
79.- PALPACION, TEMPERATURA, MASAS MUSCULARES, TONO Y FUERZA.				
80.- PULSOS: POPLITEO, TIBIAL POSTERIOR Y PEDIO.				
81.- MOVIMIENTOS DE LA CADERA (flexión, extensión, rotación interna y externa, abducción y aducción). PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.				

MOVIMIENTOS DE LA RODILLA (flexión y extensión) PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.						
MOVIMIENTOS DEL TOBILLO (flexión, extensión, inversión, eversion, abducción) PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.						
MOVIMIENTOS DE LOS DEDOS DE LOS PIES (flexión, extensión, abducción, aducción). PASIVOS, ACTIVOS Y CONTRA RESISTENCIA.						
REFLEJOS : ROTULIANO, TIBIO Y PLANTAR.						
BUSQUEDA DE LOS SIGNOS DE "TEZO" Y "CAJON".						

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAHÍA



SISTEMA

FLUIDEZ DE LAS MANIOBRAS	MU	U	R	M	P	
INTEGRACION DE LA SECUENCIA DE LA MANIOBRACION						
MANEJO DEL MARTILLO DE REFLEJOS						

COLUMNA VERTEBRAL:

MANIOBRA	EJECUCION			INDICACION
	BIEN	MAL	NO	
INSPECCION GENERAL Y MEDIDAS ANORMALES.				
PALPACION DE LOS MUSCULOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL.				
VALORACION DE LOS MOVIMIENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL.				
VALORACION DE LOS MOVIMIENTOS DE LA COLUMNA LUMBAR				
PERCUSION DE LAS APOFISIS VERTEBRALES				
PERCUSION RENAL (MÉTODO DE GIORDANO).				

	MB	B	R	M	P
96.- FLUIDEZ DE LAS MANIOBRAS					
97.- INTEGRACION DE LA SECUENCIA DE LA EXPLORACION.					

G.- ASPECTOS GENERALES:

	MB	B	R	M	P
98.- PRESENTACION PERSONAL DEL ALUMNO					
99.- TRATO AL PACIENTE					
100.- EQUIPO DE EXPLORACION.					

H.- COMENTARIOS:

CALIFICACION_____