

La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina

Una aproximación a su estudio como transición intracurricular

Ana Gabriela Esther Enriqueta Cabrera López

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

Facultad de Pedagogía

Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Doctorado: «Calidad Educativa en un Mundo Plural»
Bienio 2000-2002

La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina. Una aproximación a su estudio como transición intracurricular

T E S I S D O C T O R A L
para optar al Grado de Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación,
que presenta **ANA GABRIELA ESTHER ENRIQUETA CABRERA LÓPEZ**
bajo la dirección del **DR. SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ESPINAR**

Barcelona, 2005

Cuestionario sobre la Transición Académica de los ciclos PreClínico a Clínico (Tercer curso)

El presente Cuestionario se propone identificar los factores académicos relacionados con tu formación profesional, específicamente aquellos que se te han presentado durante el tercer curso de la carrera de Medicina. Lee con atención cada pregunta, asegúrate de comprender la instrucción general, reflexiona y responde con sinceridad. La información que proporcionas tendrá un uso confidencial.

A. Tus Datos

Nombre: _____ D.N.I. _____ Teléfono: _____
 Sexo: (M) _____ (F) _____ Edad: _____ Fecha: _____

B. Tus Estudios

El aprendizaje de nuevos contenidos en las materias, implica descubrimientos cuya importancia y utilidad se manifestarán en tu futura práctica profesional.

En los recuadros siguientes **escribe** la nota final obtenida en cada asignatura obligatoria y optativa cursadas, anotando su nombre en los renglones vacíos.

A continuación, **marca (X)** bajo el número que consideras representa el **nivel de importancia** que tiene la asignatura en tu formación.

Asignaturas Tercer Curso	Nota Final	(-) Importancia (+)			
		1	2	3	4
Història de la Medicina					
Epidemiologia					
Demografia sanitària					
Anatomia patològica general					
Microbiologia mèdica					
Farmacologia					
Genètica humana					
Fonaments de cirurgia					
Radiologi general i med. física gral.					
Semiologia gral. i propedèutica clín.					

En los cursos anteriores, ¿suspendiste alguna asignatura?:
 (Sí)___ (No)___ Si fue así, menciona cuál(es) y explica brevemente la causa:

C. Tus Competencias Profesionales y Académicas

Las siguientes son competencias desarrolladas durante tu formación. De acuerdo con las escalas propuestas, en la columna **(D) anota el número** correspondiente al **nivel de desarrollo** que consideras haber adquirido hasta el tercer curso.

A continuación, en la columna **(I) anota el número** correspondiente al **nivel de importancia** que atribuyes a estas competencias dentro de tu formación.

Desarrollo: (1) Sin realizar (2) Desarrollo escaso (3) Desarrollo medio (4) Desarrollo adecuado
Importancia: (1) Nada importante (2) Poco importante (3) Importante (4) Muy importante

Aparatos y Sistemas	Explorar				Conformar síndromes	
	Anamnesis específica		Física y complementaria		Signos y síntomas	
	D	I	D	I	D	I
Aparato Cardiovascular						
Aparato Digestivo						
Aparato Respiratorio						
Aparato Locomotor						
Aparato Urinario						
Sistema Nervioso						
Sistema Endocrino y del Metabol.						
Sistema Hemático						
*						

(*) Otra no incluida. Anota el nombre y valórala.

Ahora, valora los siguientes objetivos. De acuerdo con las escalas que se te proponen, en la columna **(Logro) marca (X)** bajo el número correspondiente al **nivel de logro** que consideras haber alcanzado durante el tercer curso.

A continuación, en la columna **(Importancia) marca (X)** bajo el número correspondiente al **nivel de importancia** que atribuyes a estos logros dentro de tu formación.

Objetivos de la Formación	Logro				Importancia			
	(-)		(+)		(-)		(+)	
	1	2	3	4	1	2	3	4
Establecer una adecuada relación con el paciente, Respetar creencias religiosas, morales y éticas de los pacientes, y Presentarle opciones disponibles de forma equilibrada, rigurosa y no directiva								
Comprender el entorno biopsicosocial del paciente, e Integrar una historia clínica completa								
Conocer características y mecanismos generales de la enfermedad, Conocer los mecanismos y tipos de la fiebre, e Identificar los tipos de dolor y sus aspectos cuantitativos y cualitativos								
Representar e interpretar fórmulas, gráficos y parámetros fisiológicos, y Reconocer estructuras en imágenes ecográficas, Rx, TAC, RMN y angiografías								
Conocer bases de cicatrización y manejo de diferentes heridas, y Valorar y actuar en Cirugía (preparación, diagnóstico, tratamiento y recuperación)								
Identificar estructura, mecanismos y reglas de transmisión e interrelación de los genes, Identificar anomalías congénitas mediante diagnóstico de síndromes congénitos, y Comprender e interpretar informes de laboratorio citogenéticos, bioquímicos o moleculares								
Conocer principios generales de acción, interacción y reacción de los fármacos, y Saber relacionar propiedades farmacodinámicas y acciones terapéuticas								
Reconocer alteraciones morfológicas en órganos y tejidos, Comprender y utilizar un infome anatomopatológico, e Identificar y describir preparaciones histológicas								
Comprender morfología, estructura y metabolismo del mundo microbiano, Conocer aplicación de cultivo, aislamiento y observación de microorganismos, y Conocer aplicación de técnicas serológicas en la detección de agentes infecciosos								
Conocer aplicación de técnicas y herramientas de demografía cuantitativa, Comprender aspectos demográficos sobre salud y enfermedad, y Comprender y describir evolución de repercusiones sociales de la enfermedad y de la Medicina								

Al igual que en el recuadro anterior, de acuerdo con las escalas que se te proponen, en la columna **(Desarrollo) marca (X)** bajo el número correspondiente al **nivel** que consideras haber **alcanzado** durante el tercer curso.

A continuación, en la columna **(Importancia) marca (X)** bajo el número correspondiente al **nivel de importancia** que atribuyes a estas competencias.

Competencias Académicas	(-) Desarrollo (+)				(-)Importancia (+)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprendizaje autónomo								
Metodología de la Investigación científica								
Reflexión y análisis crítico								
Integración de conocimientos teóricos y prácticos								
Discusión grupal								
Toma de decisiones								
Exposición oral de temas/casos								
Búsqueda de Soluciones Creativas								
Redacción técnica médica								
Empatía interpersonal								
Trabajo en equipo								
Trabajo bajo presión								
Manejo de la ansiedad ante exámenes								
Búsqueda informatizada								
Organización del tiempo de estudio								
Organización del contenido/material para estudiar								
*								

(*) Otra no incluida. Anota su nombre y valórala.

D. Apoyos a tu aprendizaje

Aprender implica que el proceso enseñanza-aprendizaje se apoye en el uso frecuente de diversas metodologías docentes por parte del profesorado. Éstas han de ser adecuadas al contenido de cada asignatura, es decir, que faciliten tu comprensión, integren tus conocimientos y generen tu creatividad; con lo cual tu nivel de satisfacción con el aprendizaje aumentará.

A continuación, se te presentan algunas metodologías docentes. De acuerdo con la escala propuesta, en cada metodología marca (X), bajo el número que corresponda a tu valoración.

Metodologías docentes	No la reconoces	Frecuencia de uso en clase				Pertinencia para el contenido de la Asignatura				Tu nivel de Satisfacción			
	Marca X y continúa con las siguientes	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre				1. Inadecuada 2. Poco adecuada 3. Adecuada 4. Muy adecuada				1. Nada satisfactoria 2. Poco satisfactoria 3. Satisfactoria 4. Muy satisfactoria			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento de problemas para resolver													
Reunión de mejores evidencias para diagnosticar													
Observación directa de procedimientos													
Uso de pacientes estandarizados													
Modelamiento con maniqués													
Seminario													
Clase magistral													
Exposición de temas por alumnos													
Discusión de casos o temas													
Prácticas de Laboratorio													
Prácticas de Disección													
Supervisión clínica													
Tutoría de asignatura													
Sistemas de Aprendizaje autónomo													
Simulación con ordenador													
Uso de recursos audiovisuales interactivos													
*													

(*) Otra no incluida. Anota el nombre y valórala.

Las siguientes actividades de apoyo son elementos facilitadores del aprendizaje. De acuerdo con la escala propuesta, marca (X) bajo el número que consideres refleja tu experiencia con ellas.

Actividades de Apoyo	La Univ. te ofrece estas actividades				Frecuencia con que las utilizas				Pertinencia para la formación universitaria				Tu nivel de Satisfacción			
	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre				1. Nunca 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre				1. Inadecuada 2. Poco adecuada 3. Adecuada 4. Muy adecuada				1. Nada satisfactoria 2. Poco satisfactoria 3. Satisfactoria 4. Muy satisfactoria			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ciclos de Conferencias																
Congresos y Jornadas																
Prácticas de Verano																
Cursos monográficos																
Cursos a Distancia																
Prácticas en Laboratorios/Deptos.																
Sesiones clínicas																
Tutoría de Profesores																
Tutoría entre alumnos																
Servicio de Atención Psicológica																
*																

(*) Otra no incluida. Anota el nombre y valórala.

¿Has considerado dejar la carrera de Medicina? (Sí) _____ (No) _____ (Pasa a la siguiente página)

Si ha sido así, marca (X) en la(s) causa(s) de esta situación:

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| No satisfacción de expectativas | () | Incapacidad propia para afrontar el dolor humano | () |
| Nivel de exigencia superior a lo esperado | () | Problemas económicos | () |
| Cambio de intereses | () | Problemas personales (salud, familia) | () |
| Otra causa | () | | |

¿Por qué has continuado?: _____

E. Las personas de tu entorno, otros elementos y tu formación como Médico(a)

Durante nuestros años escolares conocemos a determinadas personas que nos brindan no sólo conocimientos, sino confianza, afecto, apoyo, aliento. Las admiramos por la calidad de su trabajo, su conducta ejemplar, por sus valores éticos y por su compromiso con nosotros, como alumnos y como personas. También entramos en contacto con diversos elementos o situaciones. Ambas, personas y situaciones, te ayudan a convertirte en Médico(a).

A continuación, de acuerdo con la escala propuesta, **marca (X)** bajo el número que refleje el **nivel** en que tu relación con estas personas, ha **contribuido** a tus resultados académicos

Personas presentes en tu desarrollo profesional	Contribución a resultados			
	(-)		(+)	
	1	2	3	4
Profesore(a)s				
Tutore(a)s				
Compañero(a)s				
Médico(a)s*				
Otros Profesionales de la Salud**				
Familiares				

* Médicos externos a la Facultad, vinculados a colegios o asociaciones de profesionales.

** Farmacéuticos, enfermeras, psicólogas, entre otros.

¿En qué medida consideras que los siguientes elementos están contribuyendo a formarte como médico(a)?

Marca (X) en la columna que mejor refleje tu **valoración**.

Elementos	Nada	Algo	Bastante	Totalmente
La autoconfianza en tus capacidades y decisiones				
La satisfacción con tus logros académicos				
Tu propio rendimiento académico				
El estímulo de tus profesore(a)s				
Tus primeras experiencias en Clínica				
Portar tu bata blanca y el estetoscopio				
Las relaciones con tus compañeros				
La imagen social que los demás tienen de ti				
Tus vínculos con colegios y sociedades médicas				
Tu compromiso con el bienestar del(a) paciente				
Tus actitudes hacia lo(a)s pacientes				
El paciente como medio de aprendizaje				
La información vía <i>web</i> , literatura, tv, cine				
El rol de los otros profesionales sanitarios				
*				

(*) Otro no incluido. Anota su nombre y valóralo.

F. Un gran paso: Del PreClínico al Clínico

Pasar de un ciclo a otro en los estudios de Medicina puede traer cambios importantes en tu formación, los cuales llegan incluso a modificar tu propia percepción de la carrera. Este es el caso del tercer curso.

A continuación se te presenta una lista de sucesos. ¿Cómo valorarías el impacto que han tenido en tu formación profesional de Medicina? **Marca (X)** bajo la columna que mejor refleje tu **valoración**.

Sucesos	Nada Positivo	Algo Positivo	Bastante Positivo	Totalmente Positivo
El conocimiento de las enfermedades				
La relación con lo(a)s pacientes				
Afrontar las creencias religiosas, morales y éticas del paciente				
El contacto con la familia de lo(a)s pacientes				
El ambiente y cultura del hospital o centro ambulatorio				
El trabajo de lo(a)s médico(as)				
La supervisión clínica de tus profesores/residentes				
La carga académica (deberes escolares)				
La rotación por las clínicas y servicios				
La presencia de enfermos crónicos				
La presencia de una urgencia vital (riesgo)				
La presencia del dolor físico				
La presencia del dolor emocional				
El fallecimiento de pacientes				
La incertidumbre en la práctica profesional				
Tu inseguridad profesional ante la enfermedad				
La intervención médica oportuna				
La recuperación de la salud con el tratamiento				
Tu doble rol como estudiante y profesional en la Clínica				
Saber que el paciente es: una <i>persona</i> que necesita sanar; un <i>medio</i> para tu aprendizaje y un <i>sujeto</i> de investigación				
*				
*				

(*) Otros no incluidos. Anótalos y valóralos.

G. Tu futuro profesional

Estar en cuarto curso de la carrera, supone haber logrado un avance considerable en tu formación. Desde el año pasado has tenido contacto con las diversas especialidades de la Medicina. Piensa que se abre un horizonte muy amplio de posibilidades para tu desarrollo profesional.

A continuación, **marca (X)** en los espacios correspondientes a **tus metas** al terminar la licenciatura.

- Ingresar a la Especialidad a través del M.I.R. ()
 Trabajar en otro campo laboral diferente ()
 Ejercer como médico ()
 Estudiar un doctorado ()
 Dedicarme a otra actividad ()
 ¿Cuál? _____
 No lo he pensado aún ()
 ¿Por qué? _____

¿Has preseleccionado alguna(s) especialidad(es)?
 Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

Escribe sus nombres en los espacios siguientes, por **orden de interés**: 1ª. La que más te interesa; 5ª. La menos interesante, pero que puede ser una opción.

- 1ª _____
 2ª _____
 3ª _____
 4ª _____
 5ª _____

...y Seguimos con el Futuro

¿En qué medida consideras que cada uno de estos factores influyen en la preselección de tu Especialidad?
Marca (X) bajo la columna que mejor refleje tu **valoración**.

Factores	Nada	Algo	Bastante	Totalmente
Contenido de estudio de la Especialidad				
Avances científicos en la Especialidad				
Duración de los Estudios				
Oferta de plazas en la Especialidad				
Facilidad de los Estudios				
Posibilidad de trabajar en otros países				
Intereses y motivaciones propias				
Imagen social del Especialista				
Capacidad profesional propia para la Especialidad				
Satisfacción con la profesión médica				
Nota de acceso en Examen M.I.R				
Nivel de Institución hospitalaria donde cursarla				
Prestigio de la institución en que se cursará				
Distancia geográfica entre tu casa e institución				
Oferta de puestos de trabajo de la Especialidad				
Perspectiva de ingresos económicos				
Profesorado con esa Especialidad				
Opinión de tus familiares				
Familiares con esa Especialidad				
Otras personas con esa Especialidad				
Interés por el bienestar de la sociedad				
Interés por el paciente y su familia				
Valor de la colaboración entre colegas médicos				
Mayor identificación/adecuación con tu género				
Contacto con Especialidades desde los primeros cursos				
*				

(*) Otro no incluido. Anótalo y valóralo.

¿En cuáles de los siguientes **campos de trabajo**, te ves dentro de siete años? **Marca (X)** en los espacios de tus posibles campos.

Ejercicio asistencial () Gestión () Docencia () Investigación () Otros ()
 No lo he pensado aún () ¿Por qué? _____

Marca (X) en tu preferencia laboral:

Preferirías el sector público _____ o privado _____. Preferirías el escenario ambulatorio _____ u hospitalario _____



UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

Divisió V Ciències de l'Educació
Dept. Mètodes d'Investigació i
Diagnòstic en Educació

Doctorat: *Qualitat Educativa en un Món Plural*

Barcelona, 25 de Junio de 2002.

DRA. WILMA PENZO
CAP DE ESTUDIS
FACULTAD DE MEDICINA
P r e s e n t e.

De acuerdo con el compromiso establecido entrego a usted el informe con los resultados de la aplicación del "Cuestionario sobre la Transición PreClínico-Clínico instrumento aplicado el día 27 de abril, a los alumnos de tercer curso (Aula 8, Campus Casanova), población asignada por usted. Asimismo, adjunto al informe mencionado un ejemplar del cuestionario.

Dado que el objetivo de mi trabajo de investigación es identificar y describir los factores implicados en la transición PreClínico-Clínico, con el fin de tener la visión pertinente de lo acontecido durante tercer curso, es necesario tener contacto con el alumnado al inicio de sus estudios de cuarto. En virtud de lo anterior me pondré en comunicación con usted, para determinar la posibilidad de disponer, al inicio del próximo ciclo escolar, de un grupo de alumnos de cuarto curso y obtener la información necesaria para continuar el trabajo iniciado.

Agradeciendo su atención, la saludo cordialmente.

Ana Gabriela Cabrera López
Doctoranda

E-mail: gabicabrera60@hotmail.com
Tels. 657 189 308
93 261 20 54

Dr. Sebastián Rodríguez Espinar
Catedrático de Orientación
Director de Tesis

Barcelona, 12 de Marzo de 2002.

**A los Representantes de Alumnos
Cohortes 98-99 y 99-00
Facultad de Medicina
Universidad de Barcelona
P r e s e n t e**

Estimados alumnos:

Me dirijo a ustedes en su calidad de representantes del interés y opinión del alumnado de la Facultad de Medicina, para solicitarles su valiosa colaboración en la investigación que sobre la transición académica de Medicina, estoy realizando bajo la dirección del Dr. Sebastián Rodríguez Espinar, Catedrático de Orientación en la División V, Ciencias de la Educación.

El estudio referido tiene como objetivo general identificar y describir los factores que se presentan en la transición del ciclo PreClínico al ciclo Clínico, ya que el paso entre ambos comporta una serie de cambios y ajustes académicos y personales en el alumnado pero también en el profesorado. En este caso, el centro de interés es la percepción del alumno.

El análisis de las transiciones académicas forma parte del actual quehacer de los orientadores educativos universitarios en países como Canadá, Australia, Francia y Estados Unidos. Desde 1998 se han realizado estudios en el Estado Español. Una transición académica se representa por el conjunto de cambios a nivel escolar, personal, en sus relaciones sociopersonales y en el desarrollo profesional que un estudiante experimenta durante su trayectoria en la Universidad. En la carrera de Medicina, existe una fase particularmente relevante, la del paso del ciclo PreClínico al Clínico.

Para los profesionales de la educación en general y de la docencia en Medicina, en particular, contar con datos proporcionados directamente por los alumnos es fundamental, para desarrollar estrategias de intervención psicopedagógica que apoyen eficazmente al alumno en el logro de sus metas académico-profesionales y personales.

El *Cuestionario* se propone describir los principales factores involucrados en la transición mencionada; para ello se han integrado los apartados siguientes:

- | | |
|------------------------------|--|
| A. Datos personales: | Nombre, DNI, Sexo, Edad y Fecha de aplicación |
| B. Estudios: | Resultados académicos de tercer curso |
| C. Competencias: | Profesionales y académicas |
| D. Apoyos al aprendizaje: | Ofertados por la institución |
| E. Relaciones académicas: | Con impacto en la formación profesional |
| F. Sucesos en la transición: | Con impacto en el paso de un ciclo a otro |
| G. Futuro profesional: | Perspectivas al terminar la licenciatura en Medicina |

El *Cuestionario* no es una evaluación de conocimientos sino una exploración general de lo que ustedes como alumnos piensan que les ha ocurrido en el paso del ciclo PreClínico al Clínico, por lo que sus ventajas directas son apoyarlos en la necesaria autorreflexión sobre su formación y en la profundización sobre el autoconocimiento como profesionales de la Salud, elementos básicos para la inserción y calidad de vida laboral en el nuevo escenario europeo y mundial.

La aplicación del *Cuestionario* tiene una duración entre 45 y 55 minutos. Los resultados serán analizados y presentados al grupo de cuarto curso -que aplique en marzo/02-, en el próximo mes de junio, en la fecha y hora que se acuerde.

A la espera de su respuesta favorable, me es grato saludarlos.

Atentamente

Psic. Gabriela Cabrera López

E-mail: gabicabrera60@hotmail.com
Tels. 657 189 308 o 93 261 20 54

En el recuadro siguiente aparece el apartado C. del *Cuestionario* que, después de los datos personales (Ap. A.) y las notas en las asignaturas (Ap. B.) de Tercer curso, se propone explorar la autovaloración que el estudiante hace del desarrollo de competencias profesionales del tercer curso, así como de la importancia para su formación, que atribuye a estas. Por favor, evalúe las preguntas de la derecha referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias.*

C. Tus Competencias Profesionales y Académicas

Las siguientes son competencias desarrolladas durante tu formación. De acuerdo con las escalas propuestas, en la columna **(D) anota el número** correspondiente al **grado de desarrollo** que consideras haber adquirido hasta el tercer curso.

A continuación, en la columna **(I) anota el número** correspondiente al **grado de importancia** que atribuyes a estas competencias dentro de tu formación.

Desarrollo: (1) Sin realizar (2) Desarrollo escaso (3) Desarrollo medio (4) Desarrollo adecuado
Importancia: (1) Nada importante (2) Poco importante (3) Importante (4) Muy importante

Aparatos y Sistemas	Explorar				Conformar síndromes	
	Anamnesis específica		Física y complementaria		Signos y síntomas	
	D	I	D	I	D	I
Aparato Cardiovascular						
Aparato Digestivo						
Aparato Respiratorio						
Aparato Locomotor						
Aparato Urinario						
Sistema Nervioso						
Sistema Endocrino y del Metabol.						
Sistema Hemático						
*						

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí _____ No _____
 Sugiera: _____

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las competencias profesionales que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar? Sí ___ No ___ Sugiera (Modificar/Agregar/ Eliminar): _____

3. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, los diferentes niveles de competencia e importancia percibidas? Sí ___ No ___ Sugiera: _____

4. ¿Considera adecuada la definición genérica propuesta de las competencias: *conocer, explorar y diagnosticar*?: _____

Observaciones: _____

Validación del *Cuestionario sobre la Transición Académica de los ciclos PreClínico a Clínico (Tercer Curso)*

En el recuadro siguiente aparece la continuación del apartado C. que, después de las competencias profesionales específicas del tercer curso, se propone explorar la autovaloración que el estudiante hace del desarrollo de sus habilidades en procedimientos y las competencias académicas transversales; así como de la importancia para su formación, que atribuye a estas. Por favor, evalúe las preguntas a continuación referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias.*

Ahora, valora los procedimientos y las competencias académicas. De acuerdo con las escalas propuestas, en la columna (**Desarrollo**) anota el número correspondiente al **grado de desarrollo** que consideras haber adquirido durante el tercer curso.

A continuación, en la columna (**Importancia**) anota el número correspondiente al **grado de importancia** que atribuyes a estas competencias dentro de tu formación.

Procedimientos	(-) Desarrollo (+)				(-) Importancia (+)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Aplic. Técn. Serológ. Detecc. Infec.								
Interpretar electrocardiogram.								
Interpr. radiol. bás. abdomen								
Interpr. anál. bás. orina								
Interpr. radiol. bás. tórax								
Interpr. cultivos y aislamientos								
Interpretar una neuroimagen								
Identificar hallazgos normales y patológ.								
Interpr. anál. básico de sangre								
Aplicar técnicas demografía								
Manejo de heridas accid. y quirúrg.								
Interpr. radiol. básica ósea								
Explorar un fondo de ojo								
Realizar una punción venosa								
Interpr. informe anatomopatológico								
Relac. propied. fármac/terapéutica								
Tomar la presión arterial								
*								

Competencias Académicas	(-) Desarrollo (+)				(-) Importancia (+)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprendizaje autónomo								
Investigación científica								
Reflexión y análisis crítico								
Relac/Integr. conoc. teor. y práct.								
Discusión grupal								
Exposición oral de temas/casos								
Búsqueda Soluciones Creativas								
Redacción técnica médica								
Empatía								
Trabajo en equipo								
Trabajo bajo presión								
Búsqueda informatizada								
Toma de decisiones								
*								

(*) Otras no incluidas. Anota su nombre y valóralas.

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí___No__ Sugiera:_____

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de los procedimientos básicos que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar? Sí_____ No _____ Sugiera: _____

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí___No __ Sugiera (Modificar/Agregar/ Eliminar):_____

4. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las competencias académicas que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar? Sí___ No___ Sugiera:_____

5. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí___No __ Sugiera (Modificar/Agregar/ Eliminar):_____

6. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar la valoración percibida de los procedimientos y competencias académicas, entre los estudiantes? Sí___ No___ Sugiera:_____

En el recuadro siguiente aparece el apartado D, que se propone explorar la valoración que el estudiante hace de las metodologías docentes practicadas por su profesorado de tercer curso, así como de su propia satisfacción con ellas. Por favor, evalúe las preguntas de la derecha referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems.

D. Apoyos a tu aprendizaje

Aprender implica que el proceso enseñanza-aprendizaje se apoye en el uso frecuente de diversas metodologías docentes por parte del profesorado. Éstas han de ser adecuadas al contenido de cada asignatura, es decir, que faciliten tu comprensión, integren tus conocimientos y generen tu creatividad; con lo cual tu nivel de satisfacción con el aprendizaje aumentará.

A continuación, se te presentan algunas metodologías docentes. De acuerdo con la escala propuesta, en cada metodología **marca (X)**, bajo el número que corresponda a tu **valoración**.

Metodologías docentes	No la reconozco	Frecuencia de uso en clase				Pertinencia para el contenido de la Asignatura				Nivel de Satisfacción			
		Marca X y continúa con las siguientes											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Planteamiento de problemas para resolver													
Reunión de evidencias para formular hipótesis													
Observación directa de procedimientos													
Uso de pacientes estandarizados													
Modelamiento con maniqués													
Seminario													
Clase magistral													
Exposición de temas por alumnos													
Discusión de casos o temas													
Prácticas de Laboratorio													
Prácticas de Disección													
Supervisión clínica													
Tutoría de asignatura													
Sistemas de Aprendizaje autónomo													
Simulación con ordenador													
Uso de recursos audiovisuales interactivos													
*													

(*) Otra no incluida. Anota el nombre y valórala.

Muchas gracias.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario? Sí _____ No _____
Sugiera: _____

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí _____ No _____
Sugiera: _____

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las metodologías docentes que el profesorado de tercer curso suele usar? Sí _____ No _____ Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar): _____

4. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar la valoración de las metodologías, entre los estudiantes? Sí _____ No _____
Sugiera: _____

Observaciones: _____

Validación del *Cuestionario sobre la Transición Académica de los ciclos PreClínico a Clínico (Tercer Curso)*

En el recuadro siguiente aparece la continuación del apartado D. que, después de las metodologías docentes del tercer curso, se propone explorar la valoración que el estudiante hace de las actividades de apoyo al aprendizaje que la Universidad le brinda, así como de su propia satisfacción con ellas. Por favor, evalúe las preguntas de la derecha referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias.*

Las siguientes actividades de apoyo son elementos facilitadores del aprendizaje. De acuerdo con la escala propuesta, **marca (X)** bajo el número que consideres refleja tu experiencia con ellas.

Actividades de Apoyo	La Univ. te ofrece estas actividades				Frecuencia con que las utilizas				Pertinencia para la formación universitaria				Tu nivel de Satisfacción			
	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre				1. Nunca 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre				1. Inadecuada 2. Poco adecuada 3. Adecuada 4. Muy adecuada				1. Nada satisfactoria 2. Poco satisfactoria 3. Satisfactoria 4. Muy satisfactoria			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ciclos de Conferencias																
Congresos y Jornadas																
Prácticas de Verano																
Cursos monográficos																
Cursos a Distancia																
Prácticas en Laboratorios/Deptos.																
Sesiones clínicas																
Tutoría de Profesores																
Tutoría entre alumnos																
Servicio de Atención Psicológica																
*																

(*) Otra no incluida. Anota el nombre y valórala.

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí No Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar):

4. Las escalas valorativas propuestas ¿permiten discriminar entre los estudiantes, su apreciación respecto de las actividades mencionadas? Sí No Sugiera:

Observaciones:

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí No Sugiera:

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las actividades de apoyo al aprendizaje que la Universidad brinda al estudiante de tercer curso? Sí No Sugiera:

E. Las personas de tu entorno y tu formación como Médico(a)

Durante nuestros años escolares conocemos a determinadas personas que nos brindan no sólo conocimientos, sino confianza, afecto, apoyo, aliento. Las admiramos por la calidad de su trabajo, por sus valores éticos y por su compromiso con nosotros, como alumnos y como personas. Ellos te ayudan a convertirte en Médico(a).

Marca (X) bajo el **tipo predominante de relación** que has establecido con estas personas.

A continuación, de acuerdo con la escala propuesta, **marca (X)** bajo el número que refleje el grado en que esta relación ha **contribuido** a tus resultados académicos

Personas	Apoyo académico		Desarrollo Profesional		Amistad	Gr. de Contrib. a resultados			
	Estu- dios	Toma Decs.	Ejem- plar	Vincu- lación		(-)		(+)	
						1	2	3	4
Profesore(a)s									
Tutore(a)s									
Compañero(a)s									
Médico(a)s*									
O. Profesionales de la Salud**									
Familiares									

* Médicos externos a la Facultad, vinculados a colegios o asociaciones de profesionales.

** Farmacéuticos, enfermeras, psicólogos, entre otros.

¿En qué medida consideras que los siguientes elementos están contribuyendo a formarte como médico(a)?

Marca (X) en la columna que mejor refleje tu **valoración**.

Elementos	Nada	Algo	Mucho	Totalmente
La autoconfianza en tus capacidades y decisiones				
La satisfacción con tus logros académicos				
Tu propio rendimiento académico				
El apoyo de tus profesore(a)s				
Las relaciones con tus compañero(a)s				
La imagen social que los demás tienen de ti				
Tus vínculos con colegios y sociedades médicas				
Tu compromiso con el bienestar del(a) paciente				
Tus actitudes hacia lo(a)s pacientes				
El paciente como medio de aprendizaje				
La información vía literatura, TV o cine				
El rol de los otros profesionales sanitarios				
*				

(*) Otro no incluido. Anota su nombre y valóralo.

Aquí aparece el apartado E. que se propone explorar la valoración que el estudiante hace de la relación establecida con personas de su entorno mediato y su contribución a su formación profesional. En la parte inferior se ubica el recuadro con elementos que también le apoyan para convertirse en Médico. Por favor, evalúe las preguntas siguientes referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems.
Muchas gracias.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario? Sí ___ No ___
Sugiera: _____

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí ___ No ___
Sugiera: _____

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las relaciones académico-profesionales que el estudiante suele establecer? Sí ___ No ___ Sugiera (Modificar/Agregar/ Eliminar): _____

4. La escala valorativa propuesta ¿permite establecer el tipo y la estimación de las relaciones académico-profesionales, entre los estudiantes? Sí ___ No ___
Sugiera: _____

5. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí ___ No ___
Sugiera: _____

6. El contenido que se presenta ¿corresponde a los elementos que contribuyen a convertir en Médico(a) al(a) estudiante de Medicina? Sí ___ No ___ Sugiera (Modificar/ Agregar/Eliminar): _____

7. La escala valorativa propuesta ¿permite establecer la estimación de esos elementos, entre los estudiantes? Sí ___ No ___ Sugiera: _____

En el recuadro siguiente aparece el apartado F. que se propone explorar la autovaloración que el estudiante hace del impacto que diferentes sucesos experimentados durante el tercer curso han tenido sobre su formación profesional. Se busca hacer énfasis en la percepción positivo-negativa de las mismas, puesto que implican aspectos actitudinales, vocacionales y éticos directamente involucrados en la transición PreClínico-Clínico; nos referimos principalmente a la asignatura de Semiología General y Propedéutica Clínica Por favor, evalúe las preguntas de la derecha referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias.*

F. Un gran paso: Del PreClínico al Clínico

Pasar de un ciclo a otro en los estudios de Medicina puede traer cambios importantes en tu formación, los cuales llegan incluso a modificar tu propia percepción de la carrera. Este es el caso del tercer curso.

A continuación se te presenta una lista de sucesos. ¿Cómo valorarías el impacto que han tenido en tu formación profesional de Medicina? **Marca (X)** bajo la columna que mejor refleje tu **valoración**.

Sucesos	Muy Positivo	Positivo	Indiferente	Negativo	Muy Negativo
El conocimiento de las enfermedades					
La relación con lo(a)s pacientes					
Afrontar las creencias religiosas, morales y éticas del paciente					
El contacto con la familia de lo(a)s pacientes					
El ambiente del hospital					
La cultura del centro ambulatorio					
El trabajo de lo(a)s médico(as)					
La supervisión clínica de tus profesores/residentes					
La carga académica (trabajos escolares)					
La rotación por las clínicas y servicios					
La presencia de enfermos crónicos					
La presencia de una urgencia vital (riesgo)					
La presencia del dolor físico					
La presencia del dolor emocional					
El fallecimiento de pacientes					
La incertidumbre en la práctica profesional					
La intervención médica oportuna					
La recuperación de la salud con el tratamiento					
Tu doble rol como estudiante y profesional en la Clínica					
Saber que el paciente es: una <i>persona</i> que necesita sanar; un <i>medio</i> para tu aprendizaje y un <i>sujeto</i> de investigación					
*					
*					

(*) Otros no incluidos. Anótalos y valóralos.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario? Sí _____ No _____
Sugiera: _____

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí _____ No _____
Sugiera: _____

3. El contenido que se presenta ¿corresponde a sucesos con experiencia directa en el tercer curso? Sí ___ No ___ Sugiera (Modificar/Agregar/ Eliminar): _____

G. Tu futuro profesional

Estar en cuarto curso de la carrera, supone haber logrado un avance considerable en tu formación. Desde el año pasado has tenido contacto con las diversas especialidades de la Medicina. Piensa que se abre un horizonte muy amplio de posibilidades para tu desarrollo profesional.

A continuación, **marca (X)** en los espacios correspondientes a **tus metas** al terminar la licenciatura.

- Ingresar a la Especialidad a través del M.I.R. ()
- Trabajar en otro campo laboral diferente ()
- Ejercer como médico ()
- Estudiar un doctorado ()
- Dedicarme a otra actividad ()

¿Cuál? _____
 No lo he pensado aún ()
 ¿Por qué? _____

¿Has preseleccionado alguna(s) especialidad(es)?
 Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

Escribe sus nombres en los espacios siguientes, por **orden de interés**: 1ª. La que más te interesa; 5ª. La menos interesante, pero que puede ser una opción.

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

¿En cuáles de los siguientes campos de trabajo, te ves dentro de siete años? **Marca (X)** en los espacios de tus posibles campos.

- Ejercicio asistencial () Gestión ()
- Docencia () Investigación ()
- Otros ()
- No lo he pensado aún () ¿Por qué? _____

Preferirías el sector público____ o privado____.
 Preferirías el escenario ambulatorio____ u hospitalario____.

En el recuadro de la izquierda aparece el apartado G. que, con la parte final (recuadro inferior) corresponde al cierre de la exploración y del *Cuestionario*. Al final del tercer curso los estudiantes han tenido un acercamiento más vivencial a las especialidades médicas, luego, es probable que las inclinaciones hacia unas u otras comiencen a evidenciarse. Por ello, se propone explorar la posible definición (preselección) de la especialidad y, no menos importante, la visión de futuro que ellos pueden construir. Por favor, evalúe las preguntas siguientes, referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias*.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario? Sí _____ No _____
 Sugiera: _____

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí _____ No _____
 Sugiera: _____

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de la preselección de especialidad, que el estudiante de Medicina suele realizar? Sí _____ No _____ Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar): _____

4. El contenido que se presenta en el recuadro inferior ¿corresponde a los campos de trabajo disponibles para el estudiante de Medicina al terminar la Especialidad? Sí _____ No _____ Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar): _____

5. La estructura de las opciones de respuesta ¿permite establecer el posible campo de trabajo, entre los estudiantes? Sí _____ No _____ Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar): _____

En el recuadro siguiente aparece la penúltima sección del apartado G, sobre el futuro profesional. Se propone explorar la valoración que el estudiante hace de algunos factores ya establecidos teóricamente como determinantes en la selección de una opción educativa. En este caso, el propósito es identificar aquellos que son específicos de los estudiantes de Medicina, así como el peso que el estudiante le da a cada uno de los factores mencionados, a mitad de los estudios. Por favor, evalúe las preguntas de la derecha referidas a la formulación, contenido y escala del conjunto de ítems. *Muchas gracias.*

...y Seguimos con el Futuro

¿En qué medida consideras que cada uno de estos factores influyen en la preselección de tu Especialidad?.

Factores	Nada	Algo	Bastante	Totalmente
Contenido de estudio de la Especialidad				
Avances científicos en la Especialidad				
Duración de los Estudios				
Oferta de plazas en la Especialidad				
Facilidad de los Estudios				
Posibilidad de trabajar en otros países				
Intereses y motivaciones propias				
Imagen social del Especialista				
Capacidad profesional propia para la Especialidad				
Satisfacción con la profesión médica				
Nota de acceso en Examen M.I.R				
Nivel de Institución hospitalaria donde cursarla				
Prestigio de la institución en que se cursará				
Distancia geográfica entre tu casa e institución				
Oferta de puestos de trabajo de la Especialidad				
Perspectiva de ingresos económicos				
Profesorado con esa Especialidad				
Opinión de tus familiares				
Familiares con esa Especialidad				
Otras personas con esa Especialidad				
Interés por el bienestar de la sociedad				
Interés por el paciente y su familia				
Valor de la colaboración entre colegas médicos				
Mayor identificación/adecuación con tu género				
Contacto con Especialidades desde los primeros cursos				
*				

(*) Otro no incluido. Anótalo y valóralo.

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí _____
No _____ Sugiera: _____

2. El contenido que se presenta ¿corresponde a los factores implicados en el proceso de selección de la Especialidad en Medicina?
Sí ___ No ___ Sugiera: _____

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí _____ No _____
Sugiera (Modificar/Agregar/Eliminar): _____

4. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, su apreciación respecto de los factores mencionados?
Sí _____ No _____ Sugiera: _____

¿Desea usted agregar algo más?

Nuevamente, muchas gracias por su valiosa colaboración.

Comunicar con:

Dr. Sebastián Rodríguez Espinar

Catedrático de Orientació

E-mail: misre58d@d5.ub.es

Despatx 267, Tel. 93 403 52 14

Dept. Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació

Divisió Ciències de l'Educació

Universitat de Barcelona

Passeig de la Vall d'Hebron, 171

08035 Barcelona

Gabriela Cabrera

Doctoranda M.I.D.E. - U.B.

E-mail: gabicabrera60@hotmail.com

Tel. 657 189 308 o 93 261 20 54

**División V. Ciencias de la Educación
Depto. de Métodos de Investigación
y Diagnóstico en Educación**

Doctorado: “Calidad Educativa en un Mundo Plural”

*Estudio sobre la Transición académica de
los ciclos PreClínico a Clínico en
Estudiantes de Medicina de la U.B.
Factores personales y contextuales implicados.*

REPORTE TÉCNICO

–Versión reducida–

Doctoranda: Ana Gabriela Cabrera López

Tutora: Dra. Julia Victoria Espín López

**Trabajo de investigación: Elaboración de
instrumento diagnóstico en Educación**

Resumen

El texto siguiente presenta el proceso seguido en la elaboración del instrumento *Cuestionario sobre la Transición Académica de los ciclos PreClínico-Clínico*, para los alumnos de tercer curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. El cuestionario explora la experiencia de la transición académica en un momento crucial de la formación médica, el afrontamiento con las primeras experiencias clínicas y su impacto en las diferentes áreas del proceso educativo. Se presenta el informe del análisis estadístico y documental a que fue sujeto, así como las conclusiones sobre su validez metodológica. Finalmente se concluye con sugerencias para próximos estudios.

Introducción

El estudio de las transiciones académicas constituye uno de los hitos estratégicos en la educación actual, toda vez que muchos de los problemas educativos emergentes hallan explicación en las características de la calidad del proceso formativo. La desadaptación personal a las nuevas situaciones escolares, la falta de comprensión por parte de los actores educativos acerca del proceso de transición, dan lugar a problemáticas tales como el bajo rendimiento académico, desmotivación y abandono escolar; asimismo opera la incertidumbre que el propio paso del bachillerato a la universidad conlleva en sí misma. Hasta aquí he mencionado algunos de los problemas más acuciantes en el ámbito educativo y que, afortunadamente, se han comenzado a investigar.

No obstante, una vez ha pasado el periodo crítico de los dos primeros años de formación universitaria, cuando la tasa de permanencia se estabiliza, advienen otras transiciones dentro del proceso educativo, entre las más señaladas, el paso del primer a segundo ciclo con todas las decisiones que de él se derivan. Es el caso de la transición PreClínico-Clínico. Un área escasamente estudiada, pero que de analizarse pondría de relieve eventos que pueden condicionar el aprendizaje y la definición de identidad profesional de los jóvenes médicos.

El presente estudio pretende explorar algunos de los aspectos presentes en la transición académica de la formación en Medicina, en particular la que se ubica en el paso de la enseñanza teórica y de aula, a la que experimenta el alumnado al afrontar la enseñanza clínica y el encuentro con el paciente. Para este propósito he elaborado un cuestionario que permita recoger el máximo de información acerca del proceso de transición académica mencionado; el instrumento ha de cumplir con las pautas metodológicas establecidas para dotar de calidad al estudio.

He tomado como punto de partida los avances teóricos y empíricos en el estudio de las transiciones del itinerario del mismo nombre, en el Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, División IV de la Universidad de Barcelona (UB). Con base en ellos, el modelo de transición académica bachillerato-universidad ha sido la fuente de reflexión para generar un esquema de modelo similar aplicado a la transición PreClínico-Clínico en la titulación de Medicina de la propia UB.

El primer apartado presenta una revisión específica sobre algunos de los aspectos más relacionados con el modelo propuesto, con la finalidad de aportar evidencia que soporte la inclusión de tales aspectos en esta investigación exploratoria.

El segundo apartado refiere la descripción del procedimiento metodológico seguido en la elaboración y aplicación del instrumento de recogida de información: *Cuestionario sobre la Transición Académica de los ciclos PreClínico-Clínico* (Tercer curso) en la titulación de Medicina.

El análisis e interpretación de los resultados de la aplicación son presentados en el tercer apartado. En él se detalla la aplicación de pruebas estadísticas de: normalidad (Kolmogorov-Smirnov); fiabilidad (Alpha de Cronbach); homogeneidad de ítems (Correlación de ítems con total de ellos); Validez de constructo (Análisis factorial); y el índice de discriminación entre ítems. Asimismo se presentan gráficas y tablas descriptivas.

El apartado cuarto recoge las principales conclusiones sobre el estudio, así como la relación entre algunos soportes empíricos del primer apartado y los resultados de este trabajo. Finalmente, el quinto apartado presenta las sugerencias y limitaciones del estudio con el propósito de mejorar posteriores planteamientos de investigación.

Después de realizar esta aproximación exploratoria confirmo que la atención a la transición académica en Medicina es pertinente y oportuna, de cara a que los resultados recientes de sus evaluaciones interna y externa, han puesto de manifiesto situaciones susceptibles de mejora,

En esta empresa conté con la valiosa colaboración de un equipo de especialistas en transiciones académicas, metodología de investigación educativa y docencia médica que han intentado desbrozar el camino en la elaboración de este trabajo, apoyando, asesorando y compartiendo sus conocimientos.

Agradezco la asesoría del Dr. Sebastián Rodríguez Espinar, coordinador del itinerario de Transiciones en el Doctorado "Calidad Educativa en un mundo plural" del Depto. M.I.D.E.; de la Dra. Julia Espín Coordinadora del doctorado mencionado; a las doctoras Mercedes Rodríguez y Ma. Paz Sandín, profesoras y expertas en Metodología, del mismo doctorado; así como al Dr. Francesc Martínez, también del M.I.D.E.

Por parte de la Facultad de Medicina de la UB, reitero mi agradecimiento a los doctores: Antoni Vallès, Secretario de la Facultad; Jorge Palés, Antonio Coca, Josep Carreras, Arcadi Gual, Rosa Sender, Carme Gomar y Wilma Penzo, Jefe de Estudios de la Facultad.

También agradezco la participación del Dr. Josep Prat i Corominas, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida.

Al Lic. en Medicina: Lluís Perí; y a las estudiantes de quinto curso de Medicina UB: Elizabeth Manero; Raquel Valenzuela y Roser González.

No puedo dejar de mencionar al grupo de tercer curso que aceptó participar en el piloteo de este *Cuestionario*, cuyos nombres me reservo, y a quienes debo los resultados que aquí se presentan. Muchas gracias.

entre las que destaca la mayor sistematización y organización del programa de tutoría docente, factor que opera como favorecedor no sólo de los procesos de aprendizaje, sino de la necesaria integración del estudiante a su nuevo entorno, cuestión clave en las transiciones académicas, así como de la consolidación de la formación profesional del estudiante.

Considero que en la medida en que la enseñanza universitaria provea a sus estudiantes de una formación integral, a su vez, su calidad profesional, se verá incrementada al satisfacer de manera más eficaz, eficiente y oportuna las demandas de los ciudadanos.

Gabriela Cabrera

Barcelona, Junio de 2002.

2. Estudio práctico de la transición PreClínico-Clínico

Lo expuesto en el apartado anterior pone de manifiesto el escaso desarrollo a nivel de investigación que la citada transición interna en la formación médica supone, de ahí la pertinencia por indagar y recuperar información que nos permita generar hipótesis acerca de la naturaleza del proceso. Por ello consideramos que este estudio ha de iniciar por:

Objetivos Generales:

- Describir los factores psicosociales asociados a la transición del PreClínico-Clínico de los estudiantes de Medicina de la UB.
- Elaborar un instrumento para recoger los datos que describan los factores mencionados.

2.1. Planeación del estudio

El estado de la cuestión requiere una meticulosa revisión de literatura en enseñanza médica para definir los límites de abordaje del tema. Es la misma razón por la cual se ha buscado identificar a los principales autores e investigadores en enseñanza médica locales con cuya colaboración se han delimitado los ámbitos de estudio. Toda vez que se cuenta con un antecedente sólido en el reporte de la investigación de TRALS, entonces, se observan determinadas dimensiones que ya están definidas como parte del proceso educativo universitario, la investigación mencionada ha recogido la información a través de cuestionarios, por lo que este estudio seguirá esa línea. Enseguida se presenta la planificación de las principales actividades en la construcción del cuestionario.

Cuadro 2 . Fases del Estudio

Primera Fase	Segunda Fase	Tercera Fase	Cuarta Fase
Revisión documental del estado de la cuestión	Definición de dimensiones de análisis	Entrada a escenario a través de Jefatura de Estudios de Med.	Reproducción y aplicación de cuestionario a grupo asignado
Entrevista a expertos en docencia médica	Elaboración de primera versión de instrumento	Revisión por jueces expertos en enseñanza médica y metodología	Tratamiento y análisis estadístico de los datos
Integración de marco contextual	Revisión de tutora Aplicación a tres Estudiantes Med.	Ajuste de instrumento	Interpretación de resultados
Elaboración de diseño de estudio	Ajuste de instrumento	Traducción castellano-catalán	Elaboración y presentación de conclusiones

2.2. Estrategias de recogida de información

Consideramos que el cuestionario es el instrumento más apropiado porque el estudio requiere una herramienta de recogida de información conformada por preguntas cuidadosamente preparadas que aborden las dimensiones de análisis y permitan describir la percepción de la persona que responde. El cuestionario permite recoger información precisa de manera puntual respecto de lo que los estudiantes piensan, opinan, aprueban o desaprueban, de manera tal que el resultado es la obtención de una “fotografía” del momento por el cual atraviesan. Se ha optado por este instrumento por la ventaja que representa el hecho de permitir una aplicación masiva en un solo momento, en este caso, al término del curso de transición PreClínico Clínico, es decir, al final del tercer curso y principio del cuarto. (Mateo y Rodríguez, 2001)

Con base en el análisis documental tanto del informe de la investigación de TRALS, como de la revisión de literatura científica se establecieron cinco dimensiones a investigar: a) del proceso académico, b) vinculación profesional, c) elementos que contribuyen a la formación; d) aspectos propios de la transición PreClínico-Clínico y e) la prospectiva de futuro profesional. (Ver páginas 5-13 del Anexo).

Cada una de estas dimensiones está conformada por una serie de categorías que se muestran en el esquema de la página 6 del anexo. La definición de cada una de estas categorías ha dado lugar a las variables de estudio, y estas a su vez, permitieron la elaboración de un primer banco de ítems.¹ Se elige diseñar un cuestionario que contenga escalas nominales y ordinales. Las nominales recogerán datos e información específica como los datos generales de sexo, nombres de asignaturas optativas, de especialidades, de metas al egreso, entre otras. Las escalas ordinales habrán de obtener información acerca de las siguientes dimensiones:

- a. Nivel de desarrollo de competencias
- b. Nivel de importancia atribuida

¹ La propuesta inicial de cuestionario ha debido ser revisada por los tutores tanto de la elaboración del instrumento como del trabajo de investigación motivo del estudio. Una vez realizados los cambios pertinentes el cuestionario se aplicó a un reducido grupo (tres) estudiantes de medicina para detectar posibles errores de comprensión en las instrucciones y el contenido mismo de cada uno de los apartados.

Simultáneamente se inició el proceso de planteamiento de trabajo a las autoridades educativas (jefatura de estudios y secretaría de la Facultad de Medicina de la UB) quienes sugirieron cambios pertinentes en el instrumento. La principal de ellas es que, si el instrumento pretende registrar cambios en la transición PreClínico-Clínico, deberá aplicarse a alumnos que recién hayan tenido contacto inicial con la experiencia clínica, lo que hace necesario un cambio de muestra y contenidos curriculares, es decir, el cuestionario había sido preparado inicialmente para alumnos que concluían el cuarto curso (primero de Clínica) e iniciaban el quinto curso (página xxx del anexo). No obstante el carácter procesual de la transición, accedimos a modificar el foco de análisis centrando el instrumento en el fin del tercer curso e inicio del cuarto, debido a la concepción que los propios coordinadores académicos tienen de este significativo tránsito en los jóvenes alumnos.

- c. Valoración de frecuencias
- d. Estimación de la pertinencia
- e. Valoración del grado de satisfacción
- f. Nivel estimado de contribución
- g. Nivel de impacto percibido
- h. Estimación de grado de influencia

El obtener información de un grupo de personas siempre será una situación que generará más preguntas y, en el mejor de los casos, hipótesis acerca del fenómeno. Además, siempre que esta indagación se realiza a través de una herramienta de lápiz y papel, la acción de responder pone en juego dinámicas metacognitivas producto de la reflexión personal, por eso hemos de aprovechar esta condición para avanzar en la estrategia indagatoria, para, no solo recuperar información sobre la autopercepción de desarrollo de competencias, sino en la valoración que el alumnado hace de la importancia que este desarrollo comporta para su formación. Asimismo, lo haremos con la valoración que, desde su condición de estudiante, hace de la pertinencia de algunas metodologías docentes y actividades de apoyo que la Universidad le brinda.

2.3. Aplicación piloto

La aproximación inicial a la realidad en la que habría de aplicarse finalmente el instrumento por desarrollar, se apoyaba en la necesaria “acumulación de datos procedentes de distintas” fuentes con el propósito de dotar al cuestionario de validez de contenido. Por ello, aparte de la fundamentación teórica procedente de investigación empírica sobre el tema, se planeó la revisión por parte de jueces, profesorado en su calidad de experto en enseñanza médica, profesoras de metodología de la investigación, y estudiantes de medicina por ser a quienes iría dirigido el cuestionario.

La primera versión –diseñada específicamente para estudiantes de final de cuarto curso y principio de quinto- se aplicó a tres alumnas elegidas al azar, esta aplicación permitió conocer la facilidad o dificultad en la comprensión del texto², así como una estimación del tiempo real de respuesta (páginas 15-18 del anexo). La experiencia referida por las tres alumnas fue de no encontrar dificultad con la comprensión de instrucciones y de terminología; refirieron encontrar sumamente interesante la reflexión originada por las escalas de competencias académicas y de los sucesos con impacto en la transición, comentando carecer de un espacio –en la facultad- en donde discutir las experiencias sobre el contacto inicial con la Clínica. El tiempo de respuesta varió entre 40 y 50 minutos.

² Cabe destacar que el texto original ha sido preparado en castellano americano, lo que hacía indispensable una adecuación al castellano peninsular y, posteriormente al catalán.

El grupo de jueces expertos estuvo integrado por 9 profesores de medicina, dos profesoras de metodología (División V), aparte de los tutores de contenido y metodología, de la División V. Dadas las características del cuestionario para alumnos en cuanto a la tipología de ítems y concentración de dimensiones, se diseñó el *Cuestionario para Expertos* (pp. 13-27 anexo) en contenido y en metodología de la investigación, de forma específica, de tal manera que recogiera la mayor cantidad de información pertinente para la validación de contenido del instrumento final. La evaluación por expertos tuvo por objetivo validar el cuestionario en tres aspectos:

Tipo de Evaluación	Preguntas del <i>Cuestionario para Expertos</i>
<i>Formulación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí, No, Sugiera:
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El contenido que se presenta ¿corresponde al tema “X”..., Sí, No, Sugiera • El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí, No. Sugiera. • ¿Considera válida la definición genérica propuesta...?
<i>Nivel de Medición</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, diferentes niveles de...?

Al final de cada apartado, y al final del Cuestionario se ubicó un espacio para *Observaciones* adicionales. Los resultados de esta validación se expresan a continuación. (Informe completo en páginas 29-46 del anexo).

Recomendaciones generales:

- El cuestionario fue aceptado en cuatro de cinco apartados sujetos a evaluación experta (Apartados *D*, *E*, *F* y *G*).
- El cuestionario requiere modificar el contenido del apartado *C*.
- El cuestionario requiere la reformulación del contenido del apartado *D*.
- Los apartados *E*, *F* y *G* requieren adiciones mínimas pero pertinentes.

Recomendaciones específicas:

- El apartado *C* se reelaborará en cuanto su contenido, tomando como base los objetivos didácticos de cada asignatura, tanto en la parte teórica como en la práctica. Esta modificación da lugar a la fusión de dos subapartados iniciales: conocimientos y procedimientos, en uno solo. Asimismo, la escala valorativa se simplifica al eliminarse las llamadas competencias profesionales: conocer (saber), explorar y diagnosticar (hacer). La modificación origina un conjunto de 25 ítems referidos a conocimientos y habilidades expresadas en procedimientos.
- En el apartado *D* se habrán de reformular las metodologías docentes, convirtiendo las tres primeras en explicaciones. Con el propósito de facilitar la respuesta de los estudiantes habrán de formarse dos subgrupos, dentro del mismo recuadro, que reúnan aquellas metodologías que compartan un medio, por ejemplo, las que requieren de un *software*.
- En el apartado *E*: Se sugirió agregar la función de consejo curricular, así como apoyo para la toma de decisiones, que consideramos quedan englobadas en la figura del tutor como mentor. Se señaló la ambigüedad en la instrucción general que indaga acerca de los elementos. Y se sugirió agregar el conocimiento del rol de las otras profesiones sanitarias. Otras adiciones pueden verse en el anexo mencionado, y fueron integradas en la versión final.

- En el apartado F. Aquí se agregaron temas relevantes directamente relacionados con la experiencia clínica.
- En el apartado G. De manera general, el contenido de la sección de factores se encontró muy satisfactoria, únicamente se acotaron las instrucciones, y las sugerencias originaron dos nuevas áreas de indagación: el sector y el escenario laboral.
- Una constante fue la sugerencia de modificar términos y palabras de mayor acepción en la comunidad científica catalano-castellana, difiriendo de la acepción castellano-americana.
- Por parte de las jueces de metodología, se recomienda la modificación en la terminología de las escalas de valoración, con objeto de que estos términos expresen la graduación que se solicita.
- Por último, se recoge el énfasis de las jueces de metodología en la equivalencia de terminología peninsular-americana del castellano.³

De esta forma, las escalas del cuestionario final son:

- a. Tus Datos Personales: datos sociodemográficos generales
- b. Tus Estudios: notas de asignaturas del tercer curso
- c. Tus Competencias profesionales y académicas
- d. Tus Apoyos al aprendizaje: metodologías docentes y actividades de apoyo
- e. El entorno y la formación como Médico: personas y elementos
- f. El paso PreClínico-Clínico: sucesos relevantes en el tercer curso
- g. El futuro profesional: metas de formación continuada y laborales

Considerando la extensión del cuestionario, cuya duración promedio es de 45 minutos, la presentación de las dimensiones sigue una secuencia que busca reducir el sesgo por cansancio en la respuesta al instrumento, de manera que el orden lógico se ha modificado, ubicando a las escalas que se refieren a la transición PreClínico-Clínico en segundo término, después de las asignaturas y competencias; enseguida se ubicó la dimensión de Futuro profesional, puesto que la reflexión sobre el afrontamiento de la experiencia clínica se vincula estrechamente con la imagen del egresado. Así, las dimensiones de Metodologías docentes y de Apoyos al aprendizaje se han ubicado al final del cuestionario (páginas 47-52 del anexo).

2.3. Muestra

La población estudiantil de Medicina de la UB está compuesta por un 70% de mujeres y un 30% de hombres. Como se ha mencionado en la introducción, tienen un índice de egreso de más del 80% y similar en rendimiento académico. En el caso del Campus Casanova, escenario de nuestro

³ No obstante la satisfacción con la aprobación general de los jueces expertos, el cuestionario hubo de modificarse en lo que respecta a la forma de valoración en la subescala Personas y la escala Sucesos. Lo anterior obedeció a la sugerencia de otro metodólogo cuya participación, si bien no fue recogida como parte del equipo de jueces, sí tuvo una repercusión importante, pues se enmarcó en el curso de SPSS.10.

interés, la población de alumnos de tercer curso (previo al ciclo Clínico) está conformada por 150 alumnos. Debido al cupo y capacidad de aulas y sesiones clínicas, el grupo total se divide en dos de 75-80 alumnos que cursan los estudios y asignaturas de tercer curso en forma alternada. La diferencia fundamental estriba en que una de las mitades inicia su experiencia clínica en septiembre y la otra en febrero.

Dado que el foco de nuestro interés son las experiencias primarias en el escenario clínico, la jefatura de estudios de la Facultad de Medicina, nos asignó el grupo de tercer curso que ya había cursado Semiología y prácticas en el hospital. Este grupo (conformado por 64 estudiantes en el momento de la aplicación) devolvió un total de 39 cuestionarios, lo que representa una muestra del 60,9% del total de alumnos susceptibles de estudiarse..

3. Resultados

Con el objetivo de facilitar la comprensión de reporte, se ha elaborado una tabla que registra los principales resultados respecto de la elaboración del cuestionario.

Tabla 1. Concentrado de Normalidad, Fiabilidad y Validez globales

Escala	Normalidad ¹	Índice Discrim	Fiabilidad ²	Validez I. ³	
	Kolm-Smirn-Test Signif. (2-tailed)	Grups. Extremos <i>Prueba T</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	KMO Índ.	Bart. Sig.
Importancia de Asignaturas ^a	No sigue la curva				
Desarr. Explor. Anamnesis	.886		.6823	.735	.000
Impor. Expl. Anamnesis ^b	No sigue la curva		.8341		
Desarr. Expl. Física Compl.	.899		.8006	.655	.000
Import. Expl. Física Compl. ^c	No sigue la curva		.8563		
Desarr. Conform. Síndromes	.563		.8388	.661	.000
Import. Conform. Síndromes ^d	No sigue la curva		.7918		
Logro Objetivos Asignaturas	.479	3/10 ítems no discr.	.6700	.600	.000
Importancia Obj. Asignaturas	.745	2/10 ítems no discr.	.7357	.611	.000
Desarr. Compet. Académics.	.664	1/16 ítem no discr.	.8416	.697	.000
Import. Compet. Acad.*	.967	2/16 ítems no discr.	.8122	.455	.000
Personas contrib. Form.**	.389		.4576	.467	.004
Elementos contrib. Form.***	.964	1/14 ítems no discr.	.7313	.584	.000
Sucesos c/impacto Ciclo Cl.	.621	2/20 ítems no discr.	.8574	.525	.000
Factores asoc. Elec.. Espec.	.842	10/25 ítems no discr.	.7883	.648	.000

Notas:

(¹). Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, de la distribución de la muestra a la distribución normal teórica. Si la significancia es mayor a .05, entonces se rechaza la hipótesis nula porque la distribución de la muestra se ajusta a la curva normal. (Bisquerra, 1989)

(²). Análisis de Fiabilidad de la escala. Alpha de Cronbach. De .66 en adelante se considera Aceptable, y de .83 o más, se considera elevada. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998: 241)

(³). Índice de Kaiser-Meyer-Olkin, para comparar coeficientes de correlación observados con coeficientes de correlación parcial. (Bisquerra, 1989: 297).

(^{a, b, c y d}) Son escalas que, como se aprecia en la tabla xxx no se ajustaron a la distribución normal, por lo que su análisis estadístico no fue posible.

(*) La escala **Importancia de Competencias académicas** ofrece un baremo KMO inaceptable (Bisquerra, 1989: 297).

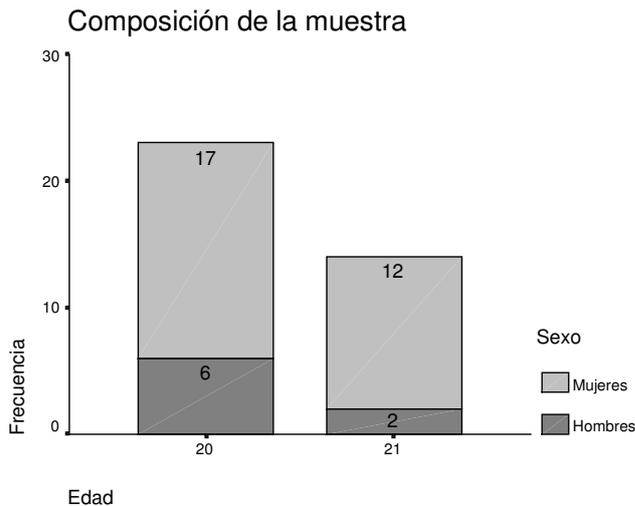
(**) La escala **Personas** que contribuyen a tu formación, es la que reporta un bajo (más cercano a Cero) índice de significancia en la Normalidad, pero aún puede aceptarse para realizar los análisis siguientes.

Observaciones pertinentes

Atendiendo a la extensión y variedad de escalas que integran el instrumento, la presentación de los resultados se ha organizado de la manera siguiente.

- Se decidió excluir del análisis estadístico la escala referente a las asignaturas de tercer curso del apartado *Tus estudios*, ya que el alumnado omitió la nota requerida en cada asignatura, reportando únicamente algunas de ellas, además de que no todos anotaron las asignaturas optativas requeridas. Sólo se presenta la valoración de la importancia atribuida a las asignaturas.
- También se decidió excluir del análisis estadístico la escala de *Apoyos a tu aprendizaje*, cuyas respuestas no fueron registradas de manera uniforme.

La primera descripción se refiere a la composición de la muestra:
Gráfica 1.



La muestra se compone de 8 hombres y 29 mujeres, alumnado de tercer curso de la Facultad de Medicina de la UB (Cohorte 99). Se registran dos grupos de edad: 20 y 21 años cumplidos ($M = 20.38$).

4. Interpretación y discusión

Las conclusiones sobre el proceso formativo en Medicina, que se presentan a continuación, revisten un carácter estrictamente orientativo en virtud del reducido número de alumnos en la aplicación del cuestionario; en contraste con lo ocurrido durante el diseño del instrumento en que contó con la participación de profesorado experto en docencia médica. Al final de los apartados se incluye(n) la(s) sugerencias y comentarios metodológicos a que haya lugar con base en los resultados estadísticos y la reflexión final.⁴

4.1. Los estudios

4.1.1. Desarrollo e importancia de las Asignaturas

Las tasas de respuesta en la subescala de Notas de Asignaturas obligatorias y Optativas de tercer curso no nos permite plantear explicaciones al respecto del rendimiento académico. En el 24% (9 estudiantes) de la muestra que registró algunas de sus asignaturas optativas, se observó cierta inclinación hacia el estudio del Sistema Nervioso y al comportamiento humano, así como a las áreas de biología molecular.

En cuanto a la importancia que el alumnado de esta muestra atribuye a las asignaturas de tercer curso, la mayor valoración se ubicó en Semiología General y Propedéutica Clínica que, precisamente, es la que prepara al estudiante para el ciclo Clínico. La menor valoración se atribuyó a Historia de la Medicina; es probable que esto se deba al igual que en otras carreras, a que la historia de la ciencia o disciplina en cuestión, se halla desvinculada del hacer profesional en el currículo universitario.

El momento de aplicación –casi a final de semestre escolar- obstaculizó que el alumnado contase con todas las notas del curso como se les requería, situación que operó en detrimento del análisis de un aspecto fundamental en la transición académica, el rendimiento. El ubicar renglones vacíos para que los estudiantes anoten los nombres, notas y valoraciones de asignaturas de libre elección y optativas ha resultado no significativo, pues una baja tasa de alumnos respondió, ya que conlleva traer a la memoria las asignaturas y sus notas, es decir, realizar una operación mental adicional.

4.1.2 Asignaturas suspendidas y causas de suspensión

Por lo que toca a la suspensión de asignaturas, la muestra incluyó un 45% (17 estudiantes). Destacando el hecho de que la mayor incidencia de suspensión en estos estudiantes se ubicó en la asignatura Anatomía Humana de Órganos y Sistemas y Anatomía Humana (Ap. Locomotor), resultados aproximados a los del Estudio de Rendimiento Académico del Gabinete d’Avaluació i Innovació Universitaria de la UB del curso escolar 1997-1998.

Respecto a las causas por las que estos alumnos refirieron haber obtenido nota de suspensión, destaca la de reconocer el uso de técnicas de estudio ineficaces, así como una inadecuada preparación para los exámenes. Este hecho en sí, no obstante la tasa de rendimiento que presenta la Facultad de Medicina (la mayor de la UB, después de la titulación de Enfermería), pone de manifiesto la pertinencia de elaborar programas de intervención psicopedagógica dirigidos a apoyar necesidades educativas en el alumnado. El taller para el manejo de la ansiedad ante los exámenes que recientemente se impartió a través del Servicio de Atención Psicológica de la Facultad es una acción oportuna, pues como se mencionaba en el marco contextual de este trabajo, la ansiedad es un factor obstaculizador del desempeño académico (Díaz, Vallès, Sender y Salamero, 2001, Sender, Salamero, Díaz y Vallès, 2001^a)

⁴ El texto aparece en letras cursivas para facilitar su ubicación.

La inclusión de preguntas abiertas inquiriendo las causas de la suspensión generó un pull de respuestas que pudieron ser categorizadas e incorporadas desde el principio a la lista de variables nominales. Por lo que se reconoce la pertinencia de este tipo de preguntas colofón que, además, brindan la oportunidad al que responde de expresar con cierto detalle su experiencia personal, situación que a la postre incrementa el conocimiento acerca del fenómeno de la transición, así como en la persona que responde.

4.1.3. Abandono escolar considerado

El 32% (12 estudiantes) de la muestra ha considerado abandonar la carrera, pero continúa estudiando. Sugerentes resultan las causas principales por las que han considerado abandonar la carrera: No satisfacción de expectativas que coincide con los hallazgos de la investigación TRALS; y percibir un nivel de exigencia académica superior al esperado.

Al revisar las razones para continuar en la carrera, se observó que los estudiantes sostuvieron tener poca información real acerca de los estudios, por lo que su contacto les desconcertó al inicio; además, decidieron darse un margen de tiempo para conocer la carrera, adquirir mayor conocimiento y decidir finalmente. Otro aspecto fue el que los estudiantes mencionaron gustar de la carrera aunque no así de su sistema de evaluación. Todo ello revela una adecuada identificación con la carrera, es decir, una decisión de índole vocacional, señalada en los informes de las comisiones interna y externa de evaluación de la Facultad de Medicina de la UB.(2001).

Nuevamente se observa la pertinencia de integrar preguntas abiertas al final de otra pregunta estructurada o semiestructurada, por las razones aducidas en el epígrafe anterior.

4.2. Las competencias profesionales

4.2.1. Logro e importancia de los objetivos de las asignaturas

Por su mayor vinculación con las asignaturas referido en el epígrafe 4.1, iniciamos este apartado con el logro percibido por el alumnado acerca de los objetivos curriculares y la importancia atribuida a los mismos en su formación profesional. La mayor valoración destaca en Microbiología, Semiología y Epidemiología, en tanto que la menor valoración se ubicó en Fundamentos de Cirugía. La única diferencia significativa entre hombres y mujeres reside en

Farmacología con una mayor valoración por parte de los varones. Cabría profundizar en la metodología docente en estas asignaturas.

Por otra parte, la agrupación emergente en un análisis factorial, conjunta el logro de estos objetivos en:

- 1er. Grupo: Farmacología, Microbiología y Anatomía Patológica Gral, todas cursándose durante el segundo semestre del tercer curso, hecho que puede incidir en esta agrupación.
- 2do. Grupo: Radiología, Cirugía y Genética, cursadas durante el primer semestre.
- El 3er. Grupo lo conforman: Semiología en sus variantes 1, 2, 3, correspondientes todos a esta asignatura, cursada en el primer semestre.
- El 4to. Grupo: Epidemiología e Historia de la Medicina cursándose en el semestre actual.

Lo expuesto puede llevar a considerar como posible explicación de esta agrupación, la organización curricular interna del tercer curso, establecida por la propia facultad.

En cuanto a la importancia atribuida a estos objetivos didácticos en la formación, la mayor valoración en hombres y mujeres se ubicó en Semiología. Una diferencia entre las valoraciones de hombres y mujeres se encontró en Genética ($p=0.17$) y en Anatomía patológica ($p = 0.16$) siendo mejor valoradas por las mujeres.

La menor valoración de hombres se enfocó en Genética y la de mujeres en Epidemiología e Historia de la Medicina. En este último caso, cabría un posible sesgo al presentarse agrupadas Epidemiología e Hist. de la Medicina.

De igual forma que en el caso del logro, la agrupación emergente en un análisis factorial, conjunta la importancia atribuida a estos objetivos en:

- 1er. Grupo: Farmacología, Microbiología y Anatomía Patológica Gral, todas cursándose durante el segundo semestre del tercer curso, hecho que puede incidir en esta agrupación y que coincide con el resultante de logro percibido.
- 2do. Grupo: Semiología³ y Radiología cursadas durante el primer semestre. Aunque también se aproxima Epidemiología (que conjunta Historia de la Medicina) del segundo semestre.
- El 3er. Grupo lo conforman: Semiología², y Fundamentos de Cirugía, cursadas en el primer semestre.
- El 4to. Grupo: Semiología¹.

Lo expuesto puede llevar a considerar como posible explicación de esta agrupación, la organización curricular interna del tercer curso, establecida por la propia facultad. También destaca el hecho de que las variantes de Semiología se distribuyan en los grupos 2, 3 y 4⁵.

Una coincidencia a destacar es la que se halla en la valoración general de la importancia como asignatura de Semiología, y la valoración de logro e importancia de los objetivos didácticos, en que también destaca esta asignatura. Se trata de una asignatura que reviste un mayor impacto en la formación del ciclo PreClínico, por lo que invita a una profundización en su estudio como ente favorecedor de la transición.

La decisión de optar por recoger información sobre el logro e importancia de los objetivos de las asignaturas, se tomó después de consultar y discutir con los especialistas la integración del rubro de competencias profesionales. La presentación de objetivos de asignaturas en vez de ítems sobre competencias en habilidades y procedimientos clínicos previsto (ver página 15-16 del -anexo), puede dar lugar a confusión en cuanto que la dimensión importancia atribuida a los objetivos sea equivalente a la importancia atribuida a la asignatura, recogida en la primera escala junto a las notas.

La presentación de más de un objetivo por ítem, pretendiendo una agrupación por asignatura, generó más de una marca en cada ítem, pues algunos estudiantes marcaron una X por cada objetivo, hecho que hubo de ser corregido vía telefónica. Es imprescindible revalorar no solo una precisión en la instrucción del ítem, sino la pertinencia del contenido y diseño de la escala.

El reportar tres ítems no discriminantes puede obedecer a que en el caso de la asignatura de Semiología fue necesario segmentar sus numerosos objetivos generales en tres ítems, que luego fueron agrupados en el análisis factorial. En el otro caso, los ítems de Radiología y Farmacología corresponden a asignaturas que aún se estaban cursando y los jóvenes dudaron acerca de su valoración –fue necesaria la llamada telefónica para recuperar estos datos- pero advertimos incerteza. Nuevamente resalta el momento de aplicación como fuente de error.

⁵ Semiología1 = Relación adecuada y respetuosa con el paciente. Semiología2 = Integración de la historia clínica del paciente considerando su entorno biopsicosocial. Semiología3 = Conocimiento de la enfermedad así como de los síndromes del dolor y la fiebre.

4.2.2. Desarrollo e Importancia de Competencias en la Exploración de Aparatos y Sistemas

4.2.2.1. Anamnesis centrada en el paciente y Exploración Física y Complementaria

El mayor desarrollo percibido en la competencia de exploración se ubicó en los aparatos cardiovascular y respiratorio, correspondientes hasta la reforma del plan de estudios, a dos asignaturas. Actualmente se hallan integrados en una sola asignatura, junto con el aparato renal⁶. No hubo diferencias entre hombres y mujeres. El segundo lugar de desarrollo correspondió a la exploración del sistema nervioso.

La menor competencia percibida se ubicó para ambos sexos en la exploración del Ap. Locomotor, además de que en las mujeres también puntuó más bajo la exploración del Ap. Endocrino.

La importancia atribuida mayoritaria también fue para la exploración de los aparatos Cardiovascular y Respiratorio, seguida igual que en el desarrollo, de la del Sistema Nervioso. La menor importancia se distribuyó diferencialmente, destacando el hecho de que la distribución de las respuestas a la dimensión importancia no se ajustó a la curva normal.

Los grupos emergentes del análisis factorial también parecen ser semejantes, pues acercan a los Aparatos Cardiovascular y Respiratorio, (Anamnesis y Exploración física y complementaria). Además, en la Exploración Física y complementaria, que comprende la analítica clínica, el análisis factorial agrupó endocrino, urinario, hemático y digestivo, lo que podría sugerir el uso de técnicas analíticas compartidas.

4.2.2.2. Desarrollo de competencias para la conformación de Síndromes mediante signos y síntomas en aparatos y sistemas

Nuevamente, encontramos una percepción de mayor desarrollo en la conformación de síndromes relacionados con los aparatos cardiovascular y respiratorio. La mayor importancia atribuida a esta exploración también coincide en los mismos aparatos.

Por lo que respecta a percibir un menor desarrollo, esto se ubicó en la conformación de síndromes del aparato locomotor. La menor importancia atribuida fue igualmente para el aparato

⁶ Si este grupo adquirió estas competencias (Cardiov y Resp) en dos asignaturas que hoy se hallan fusionadas, y el análisis factorial los ha agrupado, la reforma curricular cobra sentido y pertinencia.

locomotor, destacando la mayor heterogeneidad de estos resultados, no sujetos al análisis estadístico.

Destaca la forma en que estos desarrollos percibidos se agruparon:

- 1er. Grupo: Locomotor, urinario, hemático y endocrino.
- 2do. Grupo: Cardiovascular, respiratorio y digestivo.

Esto puede deberse a la aparición conjunta de síntomas y signos en algunos síndromes.

En los resultados comentados destaca la mayor ponderación del alumnado de la muestra hacia la atención de los aparatos cardiovascular y respiratorio, seguidos del sistema nervioso. Estos hallazgos coinciden con la mayor inclusión de temáticas sobre estos aparatos y sistema en el programa de Semiología general y propedéutica clínica, de tercer curso, lo que puede explicar tanto la ponderación sobre la asignatura de Semiología como sobre los aparatos y sistema mencionados.

Este grupo de ítems integrados en una escala con dos subescalas Explorar y Conformar síndromes, tuvo una mejor aceptación por parte del alumnado al responder, aunque en ello puede influir el lugar en que está ubicada la escala, al principio. Su fiabilidad total ($\alpha = .90$) y validez conjunta (KMO promedio = .683) en la dimensión Desarrollo también la refrendan. También es cierto que se refiere a las dos principales competencias profesionales del ciclo Pre-Clinico.

4.3 Competencias Académicas

La competencia académica de mayor ponderación en cuanto a su nivel de desarrollo e importancia, en hombres y mujeres, fue para la integración de conocimientos teóricos y prácticos. Aunque las mujeres también ponderaron igualmente en Redacción técnica médica superando a los hombres; en Empatía y en Organización del material de estudio. Los hombres reportaron percibir un mayor desarrollo que las mujeres en el Manejo de la ansiedad ante exámenes que se dispara en el primer año; curiosamente, fueron ellas quienes ponderaron más alto que los varones la importancia de esta competencia.

El menor nivel desarrollo percibido por los hombres y mujeres fue en la competencia de Búsqueda de soluciones creativas. Respecto a la importancia atribuida, la menor ponderación de las mujeres se ubicó en la Metodología de investigación y la de los hombres en Búsqueda informatizada.

En una titulación como Medicina la integración de conocimientos teóricos y prácticos en el ejercicio profesional es una condición de máxima relevancia, imprescindible para la calidad del quehacer médico, por lo que resultan sugerentes los resultados de este estudio. La búsqueda informatizada es una herramienta fundamental en el aprendizaje autónomo que todo profesional requiere en la actualidad, en particular para la actividad investigadora, de ahí que resulte curioso el hecho de que estas dos competencias de naturaleza relacionada, sean poco valoradas.

Esta escala se ha comportado estadísticamente de forma muy adecuada, no presentó resistencia en la respuesta. El ítem no discriminante Redacción técnica médica sí fue valorado por los jueces expertos como una competencia no relevante. Sin embargo, se tomó la decisión de mantenerlo toda vez que una de las deficiencias en la educación universitaria es precisamente la competencia en la comunicación escrita. El alumnado percibió menor desarrollo pero le otorgó una importancia ligeramente mayor. Optamos por mantenerla toda vez que su contribución a la fiabilidad es poco significativa en ambas dimensiones.

Por lo que respecta a los otros ítems de la dimensión importancia, Integración de conocimientos teóricos y prácticos, y toma de decisiones, ambas registraron las más altas puntuaciones, lo mismo que en la dimensión desarrollo. Al no discriminar, podrían ser modificadas en cuanto a su redacción, dada la relevancia que estas competencias tienen en la formación del médico.

4.4 Metodologías docentes

Con propósitos estrictamente informativos, los resultados de esta escala se comentan a continuación. La metodología cuantificada como más frecuente fue la de Seminario y la de Prácticas de laboratorio, resultados que tienen apoyo en la disposición didáctica del currículo médico, en particular en el tercer curso. Los estudiantes de la muestra calificaron a la Tutoría de asignatura como la menos frecuente.

Por lo que corresponde a la pertinencia atribuida al contenido de la asignatura en que se utiliza, los estudiantes de la muestra ponderaron más alto las Prácticas de disección y la Supervisión clínica. Menos pertinente valoraron la Simulación por ordenador.

En cuanto a la satisfacción personal con estas metodologías docentes, los jóvenes ponderaron las Prácticas de disección y la Supervisión clínica; respecto de esta tendencia, cabe destacar que coincide con el informe de evaluación del comité interno de la Facultad de Medicina (FM-UB, 2001), en el sentido de que el alumnado valora bastante alto las prácticas clínicas. Y la que menos satisfacción les ha generado ha sido la Tutoría de asignatura. Por otra parte, la poca satisfacción también encuentra coincidencia con los reportes del informe citado en cuanto que no ha habido una alta valoración de la pertinencia o grado de satisfacción con la función tutorial de los profesores, en tanto que era mejor valorada la tutoría entre pares.

Aunque son resultados orientativos, estos podrían hallar apoyo en la disposición curricular de que enfatiza una mayor carga de práctica clínica en la formación. Cabe señalar que la Tutoría de asignatura es una acción orientadora de gran incidencia en el desempeño académico del alumnado, máxime en la titulación de Medicina, en la que todo paso dentro de la formación requiere un elemento introductor que actúe como facilitador y favorecedor del aprendizaje. Esta ha sido una preocupación institucional señalada en el informe de evaluación del comité interno (junio 2001).

Esta escala que representa mediación del profesorado en el aprendizaje del alumnado, está diseñada de forma muy compleja, demandando al que responde atención y reflexión al contestar. Una dimensión se sucede a otra contiguamente, la frecuencia se halla justo al lado de la pertinencia y esta de la satisfacción, lo que puede dar lugar a que quien responde no preste una adecuada atención a sus respuestas; otro aspecto es que la inclusión de varias dimensiones puede orillar a la confusión en lo que se le pide responda, así, por ejemplo, quien respondía que la frecuencia en clase era nunca, también respondió que su satisfacción con la metodología era poco satisfactoria... lo mismo se repetía con la pertinencia, que se marcaba aún cuando habían referido Nunca en frecuencia. Podrá argumentarse que no necesariamente se requiere asistir a un evento para valorar si este es pertinente, pero sin lugar a dudas, la irregular respuesta a esta escala, obliga a reconsiderar su inclusión o modificación. Adicionalmente está el hecho de que la tipografía es sumamente pequeña por razones de espacio, lo que buscaba paliar la extensión del cuestionario.

4.5 Actividades de Apoyo

Igual que con las metodologías docentes, los resultados son meramente orientativos. Las actividades de apoyo señaladas como más frecuentemente utilizadas fueron las Prácticas de

laboratorio y las Sesiones clínicas, resultados similares a los de metodologías docentes. Este resultado se mantiene en la valoración de la pertinencia para la formación y en el nivel de satisfacción con las actividades mencionadas.

Respecto de las actividades con menor frecuencia de uso, se señaló al Servicio de Atención Psicológica, lo que resulta satisfactorio al comportar éste una acción reeducativa (remedial), sin embargo, fue mucho mejor valorado como pertinente y satisfactorio (?).

Otro aspecto a destacar es el hecho de que la Tutoría entre alumnos sea más frecuente que la tutoría de profesores, pero, lejos de ser un indicador negativo que, desde luego, deberá atenderse, también es necesario reforzar la actividad entre alumnos mediante estrategias de aprendizaje colaborativo que inciden no sólo en el rendimiento académico, sino en la calidad de las relaciones interpersonales entre los estudiantes.

En general, se advierte una escasa e irregular tasa de respuesta en esta escala, pero puede deberse a que no se especificaron las actividades de apoyo que a ellos les interesarían más concretamente como serían los talleres para la preparación de exámenes.

Esta escala presentó las mismas dificultades que la de metodologías docentes, por lo que la conclusión es la misma. Sin embargo, en este caso, se observa la necesidad de incorporar actividades más relacionadas con los intereses y necesidades puntuales y situacionales del alumnado, por ejemplo, los talleres de preparación de exámenes, sugerido por un estudiante; y no circunscribir este grupo de actividades únicamente a las que la institución oferta.

4.6 Personas y Elementos que contribuyen al desarrollo académico-profesional

4.6.1. Personas que contribuyen al desarrollo académico-profesional⁷

Como hemos mencionado en el epígrafe inmediato anterior, debiese aprovecharse la natural coincidencia e identificación entre el alumnado, en beneficio de su desempeño académico. En el caso de la valoración del grado de contribución que personas de diferentes ámbitos pero relacionados, los estudiantes hombres de la muestra ponderaron más la contribución de sus Compañeros y menos la de Otros profesionales de la Salud, presentes en los escenarios clínicos. Por su parte, las mujeres valoraron más alto la contribución de sus Familiares e igual que los

varones, menos la de otros profesionales de la salud. El grupo de personas mejor valoradas por hombres y mujeres fue el del Profesorado. Este último resultado coincide con la opinión expresada por los egresados de Medicina de la promoción 97 (GAIU-UB; 306) que reconocía la preparación científica general de sus profesores, elemento que coadyuva en gran medida a la formación del alumnado.

Esta subescala tenía originalmente otra conformación y buscaba recoger información específica, sin embargo, en razón de la complejidad y variedad de esta información, se optó por reducir el cúmulo de alternativas de respuesta, dejando una sola dimensión, el grado de contribución. Al quedar en sólo seis ítems ha perdido fuerza como captadora de información, hecho que repercutió en su fiabilidad y validez, por lo que ha de reflexionarse sobre la posible modificación de la escala completa.

4.6.2. Elementos que contribuyen al desarrollo académico-profesional

Los elementos que mayor ponderación obtuvieron en hombres y mujeres fueron para las Actitudes propias hacia los pacientes; en forma similar se ubicaron las Primeras experiencias clínicas. Ambos elementos se hallan relacionados toda vez que es precisamente durante las primeras experiencias en Clínica, en donde establecen contacto con los pacientes, relación que impacta en las actitudes y valores de los jóvenes estudiantes. La menor valoración de hombres y mujeres fue para los Vínculos profesionales con asociaciones o colegios de médicos, hecho que podría explicarse porque el contacto con el ámbito laboral de la profesión apenas se inicia en los primeros cursos de la carrera como es el caso que nos ocupa.

El Compromiso profesional con la salud de los pacientes resulta bastante alto, más aún las Actitudes hacia los mismos, elementos que, junto con la Autoconfianza y la Satisfacción con los logros académicos reflejan una identidad médica consolidándose. Otro aspecto muy valorado fue el Asumir al paciente como medio de aprendizaje, condición que sólo se da en las titulaciones cuyo objeto de estudio es el ser humano, por lo que requiere ante todo una relación de mutuo respeto.

Los grupos emergentes del análisis factorial permitieron determinar cuatro dimensiones de análisis que posibilitan establecer nuevas interrogantes de estudio. Se trata de la experiencia de aprendizaje propia del currículo; la vinculación socioprofesional, los valores de la profesión médica y la percepción social del médico. Elementos todos de índole profesionalizante y favorecedores en la conformación de la identidad profesional.

⁷ Con las reservas del análisis estadístico por el reducido número de ítems, comentamos los resultados siguientes.

La escala se refiere a un área de aspectos que suponemos tienen una mayor implicación en la conformación de la identidad profesional del estudiante; baste recordar la escasa literatura científica relacionada con este constructo, de ahí que su construcción revista inconsistencias que el escaso índice KMO de validez pone de manifiesto. No obstante, al ser uno de los aspectos fundamentales en la formación universitaria, habrá de reconfigurarse la posible presentación de ítems. El análisis factorial de carácter exploratorio ha permitido identificar algunas áreas subyacentes que podrían apoyar esta modificación.

4.7 Sucesos implicados en la transición PreClínico-Clínico

Los sucesos recogidos en esta escala pretendieron poner de relieve, en la medida que su estructura lo permite, una parte de las principales vivencias que el tránsito hacia el ciclo Clínico conlleva. En ese sentido, los datos obtenidos son sumamente sugerentes. Por un lado, debemos reconocer que, para esta muestra de estudiantes, el currículo tiene la mayor responsabilidad en la transición y en la formación de su identidad profesional.

El Conocimiento de las enfermedades y la Relación con los pacientes fueron los sucesos que se perfilaron como los de mayor impacto para hombres y mujeres, junto con la Rotación por los diferentes servicios, para estas alumnas. Los sucesos de menor valoración fueron la Incertidumbre en la práctica profesional para ellos, y la Inseguridad profesional ante la enfermedad, para las jóvenes alumnas.

Del análisis factorial puede concluirse que destacan cuatro grandes dimensiones: el quehacer médico, la relación con el paciente, el plano de incertidumbre profesional y la estructura de la enseñanza clínica.

Se pretendió aglutinar los sucesos más significativos en la transición PreClínico-Clínico en esta escala, cuyo contenido no responde inicial o exclusivamente a un referente teórico ex profeso, sino que, como se mencionó al principio de este trabajo, halla su principal fundamento en la experiencia profesional [mía] del trabajo con alumnos de Medicina, como su acuerdo con los jueces expertos a que se sometió el cuestionario. Los primeros resultados de fiabilidad, normalidad y validez por análisis factorial exploratorio generaron interrogantes, analizando los ítems no discriminantes encontramos la causa: su codificación y captura inversa. Hemos de repetir estos análisis para obtener explicaciones mejor sostenidas.

4.8 El futuro profesional

4.8.1. El egreso de la carrera

Las metas al término de la licenciatura, señaladas más frecuentemente fueron la de Ingresar a una especialidad y la de Ejercer como médicos en una proporción similar para hombres y mujeres, lo que puede coincidir con la opinión generalizada de que la mayoría, si no todos, de los estudiantes de Medicina habrán de intentar ingresar a la Especialidad a través del examen MIR. Estudiar un doctorado es una meta menos ponderada pero que, a decir de algunos profesores de la Facultad de Medicina de la UB, es compatible con el estudio de la especialidad.

Respecto del campo profesional se observa que el Ejercicio asistencial, directamente relacionado con el ejercicio clásico de la Medicina, es el más ponderado. En menor medida aparece la Investigación, de hecho sólo el 27% (10 alumnos), marcó esta opción, lo que haría suponer que no se encuentra entre sus prioridades, en esta fase de la formación.

Otro dato sugerente es la mayor preferencia por el sector Público laboral, y en mucha menor medida se ubica el sector Privado. Por las condiciones y estructura de los sistemas de salud en el mundo, no exclusivas del Estado español o de Cataluña, el sector público es el que permite al egresado de Medicina desplegar su profesión en la mayor diversidad de ámbitos de intervención. Lo mismo puede aplicarse a la mayor preferencia registrada por el escenario Hospitalario sobre el Ambulatorio. Estos resultados coinciden con Bosco y Galli (2000), que sostienen que como las primeras experiencias clínicas se presentan en hospitales, es esa la que con más fuerza se fija en la experiencia del alumnado. La atención hospitalaria y su trabajo especializado son un foco de atracción para los estudiantes de Medicina, en demérito de la atención comunitaria.

Dos ítems nominales fueron integrados por sugerencia de alguno de los jueces. Por su vinculación con el área de prospectiva se consideró muy pertinente incluirlos. La información que proporcionan genera variables diferenciadoras que pueden apoyar posibles asociaciones entre dimensiones. Por lo tanto, se mantendrán en el cuerpo del cuestionario reformulado.

4.8.2 El contacto con las especialidades

Afirmábamos en el primer apartado del trabajo que una elección de especialidad en este curso mediador sería poco usual, en razón del proceso madurativo de una decisión vocacional (la segunda en su desarrollo profesional), sin menoscabo de aquellos estudiantes que, como en todo

proceso de elección vocacional han elegido con un apropiado nivel de certeza antes que el promedio de los otros alumnos de su edad.

Los datos de la muestra confirman la prevención. Únicamente el 29% (11 estudiantes) refirió tener previstas algunas especialidades. El 70% negó haber preseleccionado nada, aduciendo la falta de información y contacto con las especialidades, cuestión clave en la elección vocacional médica como propone Hays (1993), quien afirma que en la medida en que avanzan [los estudiantes] en la formación, conocen más y la inclinación hacia una o varias se va perfilando.

Sólo dos estudiantes mencionaron que elegir especialidad dependía de su nota en el Examen MIR lo que, de acuerdo con la información de los profesores y algunos egresados, es definitiva en la ubicación del aspirante.

29 especialidades fueron nombradas por los 11 estudiantes. Entre ellas, las más referidas fueron Pediatría, Neurología, Medicina interna, Psiquiatría. Cabría preguntarse si son estas aquellas con las que se tiene mayor contacto durante el semestre en el hospital.

En el caso de estos ítems, se encontraron dos situaciones, por un lado la escases de respuestas que orientaran hacia una posible asociación con el rendimiento académico en asignaturas relacionadas con las especialidades; por otro, la gran variabilidad de especialidades reportadas, producto del momento madurativo del alumnado, hace no adecuado un análisis de preferencias ponderadas como el ítem lo pedía. Lo cual no elimina la pertinencia de este contenido en otro estudio o en el abordaje de la transición universidad-trabajo.

4.8.3. Factores asociados con la elección de Especialidades

Los resultados permiten establecer una explicación tentativa acerca del proceso de selección de especialidad en la formación médica. Se confirman postulados de Teoría de elección de carrera, en cuanto a la mayor implicación de los Intereses y motivaciones personales, así como la Satisfacción con la carrera, elementos volitivos. Enseguida se ubican el Contenido de la especialidad y el Interés por el bienestar del paciente. El primero de ellos juega el papel de activador de los intereses y motivaciones, en tanto que el bienestar del paciente genera satisfacción en el médico. Por otro lado, se confirman los hallazgos de Williams y otros (1997) en el sentido de que el factor con mayor peso en la elección de especialidades suele ser el de los intereses y motivaciones.

Destaca el hecho de que la menor influencia en la elección fue ubicada por hombres y mujeres en el hecho de contar con Familiares médicos con esa especialidad, hecho que contradice lo que otras investigaciones han encontrado: la asociación entre elegir Medicina como carrera y contar con familiares de esta profesión.

Los factores personales, escolares y sociales se perfilaron como los que pueden explicar el 69% de la varianza en la elección de especialidad, en el caso de estudiantes de tercer curso de la carrera.

La integración del contenido de esta escala obedece a los más clásicos, pero no por ello menos actuales, postulados teóricos en la elección de carrera, de ahí que los resultados de fiabilidad y normalidad fuesen esperados. No así con los del análisis factorial confirmatorio. Al revisar y buscar explicaciones al elevado número de ítems no discriminantes, también hemos detectado posibles errores de codificación inversa. Sin embargo, al agrupar los ítems tal cual están capturados la conformación de factores/componentes explicativos parece hallar coherencia teórica. Mas, es necesario volver a revisar.

5. Conclusiones

1. El estudio realizado permitió el logro de los objetivos planteados.
2. El instrumento es, a nivel general, adecuado para los objetivos de investigación en el análisis de las transiciones académicas de nivel universitario.
3. Algunos resultados permiten contrastar postulados teóricos o empíricos de referencia.
4. Los resultados, modestos, coinciden con los de otros estudios institucionales e investigaciones educativas de calidad científica.
5. Los hallazgos y comportamiento de los constructos a través de los ítems y escalas, han puesto de relevancia la insuficiencia como recurso único de recogida de información del instrumento, por lo que se advierte la necesidad de abordar esta realidad con apoyo de otras técnicas que permitan ampliar y contrastar el contenido bajo criterios de rigor científico y mayor profundidad.
6. Las escalas directamente relacionadas con la transición PreClínico-Clínico (Personas, Elementos y Sucesos) fueron abordadas de manera insuficiente, sin que por ello, sus resultados sean irrelevantes, por el contrario, han generado un nuevo conjunto de dimensiones susceptibles de ser analizadas, ahora sí, focalizadas en el paso del tercer a cuarto cursos.
7. Como Cuestionario aporta información específica sobre el proceso que el alumnado sigue al pasar de un ciclo a otro. Aborda temas que hasta este momento no habían sido tratados en otros estudios⁸. La propuesta de un enfoque de transiciones es comprensiva, por lo que no pretende tratar estos delicados temas de forma aislada sino como parte de un proceso sociopsicopedagógico –la transición- cuyo resultado es la ‘conversión’ de *estudiante de en profesional de*.
8. El instrumento requiere la revisión de tres áreas sustantivas de investigación.
9. El ejercicio de elaboración de un instrumento ha sido satisfactorio, no obstante, cabe señalar dos errores importantes: Por omisión: en la escala de objetivos de asignaturas se fusionaron Epidemiología/Demografía con Historia de la Medicina, impidiendo así la valoración específica de ambas. Y por inexperiencia: la captura de puntajes sin invertir la escala en los ítems que así lo requerían, impactando los resultados en dos escalas.

⁸ Así lo afirman profesores de la facultad con amplia experiencia docente, y también las alumnas participantes en la primera aplicación, quienes comentaron “nadie nos pregunta acerca de eso”, “esto lo comentamos entre nosotras”, “a veces pasan cosas [en el hospital] que te deprimen, y aquí en la Facultad no hay un espacio [en] donde hablar de eso”. Se referían a sucesos como el contacto con enfermos crónicos o deceso de pacientes.

10. Es necesario reflexionar sobre la acepción peninsular de algunos términos [americanismos] en castellano, que retrasaron la traducción al catalán, lengua en la cual se aplicará el instrumento final.
11. También se hace evidente la necesidad de valorar la extensión del cuestionario en virtud de los errores que ello conlleva, como son el cansancio o la disminución paulatina de motivación al responderlo.
12. En una futura aplicación será indispensable estipular formas y tiempos en la misma, para evitar en lo posible sesgos y errores por insuficiencia de participantes o “mortalidad”, o errores que inciden en la validez: una muestra pequeña, el efecto de la forma de aplicación, la amplitud del cuestionario, la omisión de subescalas, la claridad mayor en la formulación de reactivos.

Referencias bibliográficas

- Alea, V., Guillén, M., Muñoz, C., Torrelles, E. Y Viladomiu, N. (2000). *Estadística con SPSS v.10.0* Textos Docents 226. Departament d'Econometria, Estadística i Economia Espanola, Div. de Ciències Jurídiques, Econòmiques i Socials. Barcelona: UB
- ASME: Transition from Medical Student to Medical Practitioner, Cambridge UK. *Medical Education*, Supplement 1, 31
- Barón, M. (1999). Undergraduate Medical Education in Spain. En M. García-Barbero, (Ed.). *Medical Curriculum in European Countries*. Barcelona: WHO
- Bauer, R., Venkatalachalam, H., Forrester, r. Harris, G. & Diehl, A.. (1997) The effect of an ambulatory internal medicine rotation on student's career choices. *Academic Medicine*, Febr; 72(2): 147-149
- Bisquerra, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa*, Barcelona: PPU
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD*. 1, Barcelona: PPU
- Bosco, G. y Galli, A. (2000). Evaluación de la capacidad educativa para la implementación del internado. *Educación Médica*. Oct-Dic. 3(4); 180-183
- Cabrera, F. y Espín, J. (1986) *Medición y Evaluación educativa: Fundamentos teórico-prácticos*. Barcelona: PPU
- Carreras, J. (1999). Elementos de estrategia pedagógica e implicaciones metodológicas. *Educación Médica*, Ene-Mar, 2 (1), 2-7.
- Díaz, L., Vallés, A., Sender, R. y Salamero, M. (2001). Presentación y evaluación de un curso para aprender a controlar la ansiedad durante la preparación del examen MIR. *Educación Médica*. Jul-Sep. 4(3); 136
- Elzubeir, M. & Rizk, D. (2001) Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models. *Medical Education*, 35, 272-277
- Fac. Medicina. (2000-2001). *Guia de l'Estudiant*. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Fac. Medicina. (2001-2002). *Guia de l'Estudiant*. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Figuera, P. y Torrado, M. (2001) El proceso de transición del bachillerato a la universidad: Factores de éxito. (CD-ROM). Comunicación en *I Congreso Internacional de Docencia Universitaria e Innovación*. Barcelona: ICE's, UB, UAB y UPC
- Forner, A. y Latorre A. (1996). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagógica*. Barcelona: EUB.
- Forner, A., Torrado, M. Fita, E., Rodríguez, M. y Fernández, T. (2000). La transición secundaria-Universidad: los alumnos de LOGSE. (CD-ROM). Comunicación en *I Congreso Internacional de Docencia Universitaria e Innovación*. Barcelona: ICE's, UB, UAB y UPC
- GAIU. (1999). *L'Opinió dels Graduats/des de la UB. Promoció 97*. Medicina. Gabinet d'Avaluació i Innovació Universitaria. 301-309. Barcelona: Universitat de Barcelona
- García-Barbero, M. (Ed.) (1999). *Medical Curriculum in European Countries*. Barcelona: WHO
- Gómez, J. (s/a) *Construcció d'instruments de mesura*. Temes universitaris bàsics. Barcelona: UOC
- Grant, V. & Hawken, S. (2000). What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills. *Medical Teacher*, 260-263
- Hafferty, F. & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, Nov.; 69(11): 861-871
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Hays, R. (1993) Choosing a career in general practice: The influence of medical schools. *Medical Education*, May, 27(3): 254-258
- Howe, A. & Ives, G. (2001). Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. *Medical Education*, 35, 391-397.
- López, R. (2001) Hipoglucemia en estudiantes de Medicina relacionada con el aprendizaje. *Educación Médica*. Jul-Sep. 4(3); 120
- Manso, J. M. (2000). ¿Qué enseñar en Ciencias de la Salud? (1ª. Parte). *Educación Médica*, Abr-Jun, 3(2); 61-68
- Martínez-Noguera, A. y Monill, J. (2001) El método del caso aplicado en el autoaprendizaje de la radiología. *Educación Médica*. Jul-Sep. 4(3); 121
- Mateo, J. (xxxx). "La investigación educativa" Capítulo en Evaluación e Investigación, xxxx 586-647
- Mateo, J. y Rodríguez, M. (2001) "Diseños y Estrategias para la explicación y evaluación de la calidad educativa" Dossier de la asignatura. Doctorado "Calidad Educativa en un mundo plural" Depto M.I.D.E., Div. V. Universidad de Barcelona.
- Millán, T., Maass, J. Tapia, L., y Jacard, M. (2001). Evaluación de las clases teóricas en la carrera de Medicina. Universidad de Chile. *Educación Médica*. Jul-Sep. 4(3); 120-121.
- Murdoch, M., Kressin, N., Fortier, L., Giuffre, P. & Oswald, L. (2001). Evaluating the psychometric properties of a scale to measure medical students' career-related values. *Academic Medicine*. Feb. 76(2): 157-165
- Niemi, P. M. (1997) Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Medical Education* Nov; 31(6): 408-415

- Palés, J., Vallés, A., Cardellach, F., Gomar, C., Estrach, M., Cots, J., Pujol, R., Delás, J., Gilabert, R., Gasull, X., Llobet, A., Gual, A. y Bombí, J. (2001). Habilidades y procedimientos clínicos básicos a adquirir por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, Abr-Jun. 4(2); 72-81.
- Pastor, V. Poveda, J. Rodríguez, M. Santa María, A. y López, M. (2000). Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. *Educación Médica*. Jul-Sep, 3(3); 122-131
- Pérez, J. Bosch, D., Campillo, M., Fàbregas, P., Lizcano, J., Martínez, A., Mirapeix, R., (2000). Experiencia de tutorías de alumnos con gran fracaso académico en su primer año en los estudios de Medicina. *Educación Médica*, Jul-Sep 3(3); 112-117
- Pérez, J., Vallés, A., Caseras, X. y Gual, A. (1999) Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. *Educación Médica*. Abr-Jun. 2(2); 80-89
- Rodríguez, S. y otros (2001) Procés de transició del batxillerat a la universitat: factors d'èxit. Depto. M.I.D.E. Div. V. Universitat de Barcelona
- Sender, R., Salamero, M., Díaz, L. y Vallés, A. (2001a). El Programa de Atención Psicológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, Abr-Jun, 4(2) 66-71
- Sender, R., Salamero, M., Vallés, A., y Díaz, L. (2001b) Variables psicológicas predictoras de psicopatología entre los estudiantes de medicina. *Educación Médica*. Jul-Sep. 4(3); 137.
- Smith, L. (1996) First year of practice: A year of rapid learning. *Academic Medicine*, Jun; 71(6): 580-581
- Taylor, D. (1997). Personal development. En ASME: Transition from Medical Student to Medical Practitioner, Cambridge UK. *Medical Education*, Supplement 1, 31
- UB. (2001). *Avaluació de l'Ensenyament de Medicina*. Informe del Comité Intern. Fac. de Medicina. Universitat de Barcelona. **CORREGIR**
- AQSUC. (2001). *Informe d'Avaluació Externa de l'Ensenyament de Medicina a la Universitat de Barcelona*. Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya. **CORREGIR**
- Vázquez, J. (2001). Educación basada en competencias clínicas. La experiencia de la Universidad de Monterrey. *Educación Médica*, Jul-Sep, 4(3); 100-103
- Villar, J., Aguilar, E., Belhassen, M. y Roncero, M. (2001a). Los estudiantes de medicina ante la incertidumbre del ejercicio profesional. *Educación Médica*. Ene-Mar. 4(1): 22-25
- Villar, J., Velasen, M., Aguilar, M. Roncero, M. y Aparicio, I. (2001b). Evaluación de la competencia clínica en pregraduados mediante test objetivo estructurado. *Educación Médica*, Abr-Jun, 4(2) 82-85
- WFME. (2000). WFME Task Force para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Informe del Grupo de Trabajo. Copenhague. Oct. 1999. *Educación Médica*. Oct-Dic. 3(4). 158-169. En *Medical Education*. 2000, 34;665-675.
- Williams, G. C., Saizow, R., Ross, L. & Desi, L. (1997). Motivation underlying career choice for internal medicine and surgery. *Social Science and Medicine*. Dec. 45(11): 1705-1711

CUESTIONARIO SOBRE LA TRANSICIÓN ACADÉMICA DE LOS CICLOS PRECLÍNICO A CLÍNICO (Tercer Curso de Medicina de la UB)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE JUECES EXPERTOS EN ENSEÑANZA MÉDICA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Doctoranda: Ana Gabriela Cabrera López
Tutora: Dra. Julia V. Espín López
División V Depto. M.I.D.E. UB

INFORMACIÓN PRELIMINAR:

- Los Apartados A y B, correspondientes a los datos de identificación y a las notas obtenidas en asignaturas de tercer curso, respectivamente, se han omitido.
- Participaron 12 jueces, 10 de contenido y 2 de Metodología de la Investigación.
- El juez 8* es el único experto externo a la UB, que, a la vez, respondió un cuestionario que difiere en el Apartado C. al estar relacionado con asignaturas de Cuarto Curso. Ver anexo ____.
- Los jueces 11m y 12m son los de Metodología de la Investigación.
- Los registros en color gris, se refieren a respuestas de dos jueces que no las anotaron, sino que las emitieron durante una entrevista, siguiendo el cuestionario de expertos.
- Las frases entre corchetes [] son de la autora y se han colocado para hacer más explícitas las sugerencias de los jueces.
- Las palabras que aparecen tachadas resultaron ininteligibles en los cuestionarios.
- La consulta a los jueces se realizó durante los meses de marzo y abril de 2002.
- El juez 10 no ha devuelto el cuestionarios.
- El cuestionario para expertos aparece anexo al final de este informe de resultados.

APARTADO C. TUS COMPETENCIAS PROFESIONALES Y ACADÉMICAS

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7		x	
8	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m		x	Cambiar a "En", en lugar de "bajo". Cambiar a "nivel", en lugar de "grado"

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las competencias profesionales que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		(?) Hay que conocer a fondo el programa para poder contestar. El nivel de desarrollo exigido no es el mismo en todos los aparatos o sistemas
2			Conocer síndromes (no enfermedades) Mejor seguir los objetivos generales de los programas de cada asignatura de tercer curso
3		x	Las competencias de esta etapa no son profesionales, sino propias del curso académico. Más que diagnosticar, lo que se exige es conocer los grandes síndromes y discriminar la normalidad de la patología. Eliminar <i>diagnosticar</i> .
4			No puedo opinar
5		x	Agregar principios generales de cirugía urgencias vitales
6	x		Quizás sí, pero no expresadas de esta forma. En todo caso hablaría de "Síndromes" en lugar de "Aparatos y Sistemas"
7		x	Eliminar diagnosticar. Las competencias se expresan en conocimientos, habilidades y actitudes, por sus componentes cognitivos, conductuales y actitudinales. Mejor expresar en esos términos.
8*			Valorar plan de estudios. Valorar modelo biopsicosocial. En <i>Explorar</i> : Eliminar "centrada en el paciente"; en <i>Diagnosticar</i> : agregar "identificando síntomas guía y definir e interpretar las pruebas analíticas y radiológicas necesarias". En <i>Definir terapéutica</i> agregar: "y la relación coste/beneficio"
9	x		Modificar: Diagnosticar por "Diagnóstico sindrómico"
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

3. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, los diferentes niveles de competencia e importancia percibidas?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2			
3	x		
4	x		
5	x		
6			No lo sé. Es una pregunta empírica.
7			
8*			¿No sería mejor una escala de Likert?
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		1-5 [Agregaría el valor intermedio a la escala]

4. ¿Considera adecuada la definición genérica propuesta de las competencias: *conocer, explorar y diagnosticar*?

Juez	Respuesta
1	Sí.
2	Cuando se dice conocer ¿qué quiere decir? ¿conocer qué? ¿diagnosticar qué? Diagnosticar no corresponde a 3°.
3	En cuarto curso ya se diagnostica. Sugiere eliminar el rubro <i>diagnosticar</i> .
4	La considero correcta. Dudo de que los estudiantes tengan los conceptos bien asimilados en 3°.
5	Sí.
6	Sí.
7	Sólo <i>conocer y explorar</i> .
8*	Sí. Creo que de todas formas, habría que incluir una quinta columna (casi con segundos) sobre "Valoración del entorno biopsicosocial del enfermo y la enfermedad".
9	Diagnosticar sólo es posible a nivel "sindrómico" no a nivel de "enfermedad"
10	
11m	El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m	El contenido no le compete por ser juez de metodología

Observaciones:

Juez	Sugiera
3	Contactar con profesores del tercer curso.
5	No sé si la palabra "Desarrollo" se entiende siempre como "progreso" o "Adquisición de conocimientos"

Procedimientos.

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1		x	O repetiría los recuadros y las instrucciones del apartado anterior. O pondría : "Marca con una X el número que corresponda a tu valoración".
2			
3			
4	x		
5			Dudas en la palabra "Desarrollo"
6		x	Hay que decir "Marcar" en lugar de "Anotar". Supongo que en el cuadernillo para responder desaparecen las abreviaciones y el tamaño de las letras es igual.
7			
8*			
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de los procedimientos básicos que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			Hay que conocer a fondo el programa para poder contestar
2			
3			
4		x	
5		x	[Agregar] Preparación paciente quirúrgico; Asepsia y bases de la cirugía. Inspección vitales
6			Supongo que sí.
7			Rehacer con sugerencias de profesores de 3er. Curso
8*			Entiendo que puede haber diferencias de interpretación según lo haya definido el centro, aunque en general es adecuado.
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			
2			Poco claro en ciertas cosas
3			Palpar es una competencia básica
4			Las exploraciones están por encima de su formulación. En las competencias empiezan a formarse.
5		x	[Agregar] Todo lo de radiodiagnóstico debería estar junto. "Interpretar una neuroimagen" ¿qué quiere decir?. También tendrían que interpretar niveles de fármacos en sangre.
6			No puedo opinar
7			Rehacer con sugerencias de profesores de 3er. Curso
8*	x		Como un muestreo, no están todas las competencias pertinentes. Quizá sea bueno dejar más casillas para que el estudiante pueda anotar otras competencias percibidas.
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

Competencias académicas

4. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las competencias académicas que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			Sería deseable que las desarrollara pero las actividades que se realizan no inducen a que se desarrollen todas ni con la misma importancia. No creo por ejemplo que se preocupen mucho de: Redacción técnica médica, Empatía y Búsqueda informatizada.
2			No es exclusivo de 3°
3			
4		x	
5		x	Ver anterior comentario. [Se refiere a la pregunta 3]
6		x	No de forma explícita, Ningún objetivo hace referencia a ellas.
7			Rehacer con sugerencias de profesores de 3er. Curso
8*	x		Depende del plan de estudios.
9		x	Eliminar: Investigación científica sobra. En ninguna asignatura de primer ciclo se enseña metodología de la investigación.
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

5. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			
2			
3			
4		x	Me remito a "Las competencias empiezan a formarse"
5			
6			
7			Rehacer con sugerencias de profesores de 3er. Curso
8*			
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

6. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar la valoración percibida de los procedimientos y competencias académicas, entre los estudiantes?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2			[Colocó una "?" sobre la columna <i>Importancia</i>]
3			
4	x		
5	x		
6	x		
7			
8*			
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

APARTADO D. APOYOS A TU APRENDIZAJE.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		Y me gusta mucho.
2	x		
3			
4	x		
5	x		
6	x		
7			
8*	x		Eliminar "que el proceso enseñanza-aprendizaje se apoye en"... Eliminar "por parte del profesorado"... Agregar "de cada objetivo de"...
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		Escribir "A continuación", en lugar de "Enseguida"
5	x		
6	x		
7			Escribir "Pertinencia para" en lugar de "Adecuación al", columna de contenido de la asignatura.
8*			Propondría incluir una columna "Desconozco dicha estrategia"
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		Escribir "A continuación", en lugar de "Enseguida"

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las metodologías docentes que el profesorado de tercer curso suele usar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			[Colocó “?” en Aprendizaje basado en problemas, aprendizaje basado en evidencias y aprendizaje por modelamiento, sobre la columna ‘No la he visto en clase’]
2			[Colocó “?” en Aprendizaje basado en problemas, aprendizaje basado en evidencias y aprendizaje por modelamiento; marcó “X” en todas las demás, excepto en Clase magistral, exposición de alumnos y prácticas de disección. Todo sobre la columna ‘No la he visto en clase’.]
3	x		Convertir en explicación el nombre de la metodología para facilitar la comprensión del estudiante durante la aplicación del cuestionario
4			Ignoro la respuesta
5	x		[Agregar] Modelamiento con maniqués. Vivencia clínica es un término poco técnico y no siempre lo mismo xxx .
6	x		Pero... Simulación con actores: ‘profesionales o alumnos?’. Difícil distinguir entre clase magistral y teórica.
7	x		Eliminar abreviaturas. Poner “Uso de pacientes estandarizados” en vez de “Simulación con actores”. Eliminar “Clases en pequeño grupo” y dejar “Seminario”. Fusionar “Clase magistral” y “Clase teórica”
8*	x		Excepto Prácticas de disección. Agregar “no supervisada” a Vivencia clínica. Agregar “con maniqués” a Prácticas de Laboratorio.
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

4. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar la valoración de las metodologías entre los estudiantes?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6			
7	x		
8*			
9	x		
10			
11m	x		Aunque la 2 (Casi nunca) y la 3 (Casi siempre) las veo muy alejadas. Si en la columna anterior indica que no la ha visto, en la columna de Frecuencia, quizás la pondría como: 1 casi nunca; 2. Algunas veces, 3. Muchas veces, 4. Siempre.
12m			Si en la columna anterior indica que no la ha visto, en la columna de Frecuencia, el número uno: Nunca, sobra. Para evitarlo quizás podría invertirse la secuencia de columnas, primero Adecuación y después Frecuencia.

Observaciones

Juez	Sugiera
1	Añadiría la posibilidad: "No conozco esa metodología docente" o "no sé lo que es" o algo parecido. Pues se corre el riesgo de medir algo que no existe para el alumno o de tener muchos blancos.
3	Mejor describir la metodología que poner el nombre técnico.
4	Pese a mi escaso conocimiento me parece particularmente interesante por lo que tiene de estimulante de estrategias específicas.
6	Creo preferible hablar de "Aprendizaje autónomo" en lugar de "Autoaprendizaje" que significa "Aprendizaje de sí mismo".
8*	Sistemas de autoaprendizaje poco concreto: lo es un libro... y su uso puede ser totalmente voluntario y no programado. Quizá una alternativa sería "Lecturas u otros sistemas recomendados"

Actividades de Apoyo

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7		x	Eliminar la palabra profesional para evitar "formación profesional" que en España se refiere a un nivel de estudios y no a los estudios superiores o universitarios.
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		Cambiar a "En", en lugar de "bajo".

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las actividades de apoyo al aprendizaje que la Universidad brinda al estudiante de tercer curso?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4			Creo que no en su totalidad.
5	x		
6	x		Añadiría "Cursos a distancia" o por internet y prácticas en laboratorios o en Departamentos.
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		Como siempre, aquello que no es evaluado adquiere poca importancia para el alumno y me atrevería a decir para el conjunto de profesores. Por lo que, aún siendo actividades de apoyo no se promocionan lo suficiente (Ej: Se informa poco de conferencias, jornadas, cursos...)
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

4. Las escalas valorativas propuestas ¿permiten discriminar entre los estudiantes, su apreciación respecto de las actividades mencionadas?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6			
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

Observaciones:

Juez	Sugiera
8*	Quizá sería útil introducir una valoración acerca de la eficiencia de los medios empleados en la difusión y comunicación de estas actividades (“Si se entera con facilidad y a tiempo”).

APARTADO E. LAS PERSONAS DE TU ENTORNO Y TU FORMACIÓN COMO MÉDICO(A)

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			
12m			

Tipo predominante de relación interpersonal.

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		Si la lees despacito y con ganas de hacerlo bien.
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		Cambiar a "En", en lugar de "bajo". Y "A continuación", en lugar de "Enseguida"

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de las relaciones académico-profesionales que el estudiante suele establecer?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		No creo en su totalidad
5	x		Agregar: Consejo curricular
6			
7	x		
8*			Podría añadirse una columna: "Apoyo en la toma de decisiones", y quizá otra de "Ejemplo de valores profesionales". Se podría añadir una o dos filas con "Literatura" y "Cine y televisión".
9	x		
10			
11m			
12m			

4. La escala valorativa propuesta ¿permite establecer el tipo y la estimación de las relaciones académico-profesionales, entre los estudiantes?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6			
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

Elementos que contribuyen a la formación de médico(a)

5. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1		x	Puede no quedar claro si se valora su autoconfianza, su satisfacción, su rendimiento... o la contribución de esos elementos en su formación.
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		Cambiar a "En", en lugar de "bajo".

6. El contenido que se presenta ¿corresponde a los elementos que contribuyen a convertir en Médico(a) al(a) estudiante de Medicina?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			
2	x		
3	x		
4	x		
5		x	Agregar: Conocimiento del rol de las otras profesiones sanitarias (enfermeras, farmacéuticas)
6	?		El paciente (o su enfermedad) como estímulo al aprendizaje ¿queda recogido?
7	x		
8*	x		Podría añadirse "Experiencias personales de contacto con la enfermedad y el sufrimiento"
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

7. La escala valorativa propuesta ¿permite establecer la estimación de esos elementos, entre los estudiantes?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		Debiera analizarse su ampliación.
5	x		
6			
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		Pero veo muy amplia la distancia Poco/Mucho. Creo mejor: Nada, Algo, Bastante, Totalmente.
12m	x		

APARTADO F. UN GRAN PASO: DEL PRECLÍNICO AL CLÍNICO.

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			
12m			

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

3. El contenido que se presenta ¿corresponde a sucesos con experiencia directa en el tercer curso?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		No sé si los alumnos de tercero tienen relación con familiares de pacientes.
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		Agregar: Las diferentes actitudes ante enfermedad aguda crónica y situaciones urgentes.
6	x		Difícil de entender la expresión en los ítems: La cultura del centro ambulatorio, La carga académica (trabajos escolares)
7	x		Podría agregarse: el triple rol del paciente como persona que requiere ayuda, objeto de aprendizaje y sujeto de investigación.
8*	x		El contacto con la realidad siempre supondrá un impacto positivo en la formación profesional quizá en "tu percepción del trabajo del médico"?
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

4. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar la estimación de los sucesos mencionados, entre los estudiantes.

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6			
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

APARTADO G. TU FUTURO PROFESIONAL

1. El párrafo introductorio ¿es adecuado al nivel universitario?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		Pero innecesario
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			
12m			

2. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1		x	Falta precisar si se puede marcar más de una meta (Ej. MIR y Doctorado)
2	x		Algunos estudiantes hacen el MIR y Doctorado simultáneamente.
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		Pero han de poder marcar más de una
7	x		
8*	x		Sería bueno indicar si se puede marcar una o más metas
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

3. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de la preselección de especialidad, que el estudiante de Medicina suele realizar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1		x	Médico general es una especialidad MIR. Quizás añadir Estudios o practicar alguna medicina alternativa (Acupuntura, homeopatía...)
2	x		
3	x		
4			No estoy tan segura de que los estudiantes estén tan definidos a estas altura de la carrera.
5	x		
6		x	“Trabajar como médico general” supone MIR. “Doctorado” suele hacerse con residencia.
7	x		
8*		x	Médico general no existe desde 1995. Doctorado en Ciencias Básicas o durante MIR? Opciones deferentes. Ejemplos: médicos, quirúrgicos, primaria, laboratorio
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

Prospectiva para siete años después (del presente)

4. El contenido que se presenta en el recuadro inferior ¿corresponde a los campos de trabajo disponibles para el estudiante de Medicina al terminar la Especialidad?

Juez	Sí	No	Sugiera
1			
2	x		
3	x		
4	x		Añadiría las opciones para los que quedan excluidos de la especialidad y que suelen dedicarse a medicinas alternativas. También diferenciaría entre práctica pública y privada, y medicina hospitalaria o ambulatoria (familiar)
5	x		
6	x		Creo
7	x		
8*		x	Investigación pura, sin docencia ni ejercicio, es poco probable. Docencia es compatible (incluso recomendable) con ejercicio asistencial o investigación.
9	x		
10			
11m			
12m			

5. La estructura de las opciones de respuesta ¿permite establecer el posible campo de trabajo entre los estudiantes?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		¿Se pueden marcar más de una?
2	x		
3	x		
4	x		Con las limitaciones expuestas en [la pregunta] 4
5	x		
6			
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m	x		
12m	x		

Factores determinantes en la selección de Especialidad.

1. La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6	x		
7	x		
8*	x		Agregar: "cada uno de" en la instrucción.
9			
10			
11m	x		
12m	x		

2. El contenido que se presenta ¿corresponde al tema de los procedimientos básicos que el estudiante de tercer curso ha de desarrollar?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5		x	Añadiría: Posibilidad de libre circulación en Europa. Poder trabajar en otros países.
6	x		Pero creo que es errónea la formulación de los ítems: "Nivel de institución hospitalaria donde cursarla"; "Prestigio de la institución en que se cursará" y "Distancia geográfica entre tu casa e institución". No se sabe dónde se cursará la especialidad.
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

3. El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		Tal vez 3er. Curso es algo prematuro para que su respuesta sea decisiva 3 años después. Los factores que se valoran me parecen realistas y ajustados a la realidad.
5		x	Ver comentario anterior [se refiere a la pregunta 2]
6	x		
7	x		
8*	x		
9	x		
10			
11m			El contenido no le compete por ser juez de metodología
12m			El contenido no le compete por ser juez de metodología

4. La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, su apreciación respecto de los factores mencionados?

Juez	Sí	No	Sugiera
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5	x		
6			
7	x		
8*			
9	x		
10			
11m	x		Cambiar "Muchísimo" por "Totalmente".
12m	x		

¿DESEA USTED AGREGAR ALGO MÁS?

Juez	Sugiera
1	El cuestionario resulta largo. Si se quiere contestar bien (lo cual no siempre es la intención del que contesta) hay que dedicarle mucho tiempo. Yo he estado una hora y media para leerlo detenidamente y intentar entender bien las preguntas y las posibilidades de respuesta. Dado que mi objetivo era opinar sobre el cuestionario mi motivación era alta y he mantenido durante todo el tiempo la misma conducta. Es difícil que un alumno mantenga tanto tiempo una actitud positiva. Para ello creo que hay que conseguir una buena motivación y por tanto estudiar muy bien el procedimiento de recogida de información de tal manera que seduzca al alumno y colabore al máximo a la hora de responder.
5	En este momento del curso algunos estudiantes (no pocos) manifiestan una discordancia entre las expectativas que tenían pre-ingreso y las vivencias en ese momento. Creo que hay que explorar cuantos alumnos dejarían la Medicina si pudieran. Otro tema es la formación complementaria con créditos de libre elección.
8*	No me disgustaría que nuestro centro participara en el estudio, con las consabidas reservas de confidencialidad en los resultados comparativos.
9	Han hecho un buen trabajo.

CONCLUSIONES

Dadas las características del cuestionario para alumnos (anexo___) en cuanto a la tipología de ítems y concentración de dimensiones, se diseñó el *Cuestionario para Expertos* (anexo ___) en contenido y en metodología de la investigación, de forma específica, de manera tal que recogiera la mayor cantidad de información pertinente para la validación del instrumento final. La evaluación por expertos tuvo por objetivo validar el cuestionario en tres aspectos:

Tipo de Evaluación	Preguntas del <i>Cuestionario para Expertos</i>
<i>Formulación</i>	<ul style="list-style-type: none">• La formulación de las instrucciones ¿es clara y precisa? Sí, No, Sugiera:
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">• El contenido que se presenta ¿corresponde al tema “X”..., Sí, No, Sugiera• El conjunto descrito ¿es suficiente y adecuado? Sí, No. Sugiera.• ¿Considera válida la definición genérica propuesta...?
<i>Nivel de Medición</i>	<ul style="list-style-type: none">• La escala valorativa propuesta ¿permite discriminar entre los estudiantes, diferentes niveles de...?

Al final de cada apartado, y al final del Cuestionario se ubicó un espacio para *Observaciones* adicionales.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- El cuestionario fue aceptado en cuatro de cinco apartados sujetos a evaluación experta (Apartados *D*, *E*, *F* y *G*).
- El cuestionario requiere modificar el contenido del apartado *C*..
- El cuestionario requiere la reformulación del contenido del apartado *D*.
- Los apartados *E*, *F* y *G* requieren adiciones mínimas pero pertinentes.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

- El apartado *C* se reelaborará en cuanto su contenido, tomando como base los objetivos didácticos de cada asignatura, tanto en la parte teórica como en la práctica. Esta modificación da lugar a la fusión de dos subapartados iniciales: conocimientos y procedimientos, en uno solo. Asimismo, la escala valorativa se simplifica al eliminarse las llamadas competencias profesionales: conocer (saber), explorar y diagnosticar (hacer). La modificación origina un conjunto de 25 ítems referidos a conocimientos y habilidades expresadas en procedimientos.
- En el apartado *D* se habrán de reformular las metodologías docentes, convirtiendo las tres primeras en explicaciones. Con el propósito de facilitar la respuesta de los estudiantes habrán de formarse dos subgrupos, dentro del mismo recuadro, que reúnan aquellas metodologías que compartan un medio, por ejemplo, las que requieren de un *software*.
- En el apartado *E*
- En el apartado *F*
- En el apartado *G*
- Una constante fue la sugerencia de modificar términos y palabras de mayor acepción en la comunidad científica catalano-castellana, difiriendo de la acepción castellano-americana.

INDICES DE DISCRIMINACIÓN CON U DE MANN WITHNEY. CON GRUPOS EXTREMOS AL 30%

Escala Importancia de las Asignaturas De 3º

Rangos

ASIGIMP33	N	Rango promedio	Suma de rangos
HISTIMP Alto	14	17.79	249.00
HISTIMP Bajo	16	13.50	216.00
HISTIMP Total	30		
EPIDIMP Alto	14	20.61	288.50
EPIDIMP Bajo	16	11.03	176.50
EPIDIMP Total	30		
ANATOIMP Alto	14	20.25	283.50
ANATOIMP Bajo	16	11.34	181.50
ANATOIMP Total	30		
MICROIMP Alto	14	20.14	282.00
MICROIMP Bajo	15	10.20	153.00
MICROIMP Total	29		
FARMIMP Alto	14	21.64	303.00
FARMIMP Bajo	16	10.13	162.00
FARMIMP Total	30		
GENETIMP Alto	14	20.79	291.00
GENETIMP Bajo	16	10.88	174.00
GENETIMP Total	30		
CIRUGIMP Alto	14	22.36	313.00
CIRUGIMP Bajo	16	9.50	152.00
CIRUGIMP Total	30		
RADIOIMP Alto	14	19.82	277.50
RADIOIMP Bajo	16	11.72	187.50
RADIOIMP Total	30		
SEMIOIMP Alto	14	15.50	217.00
SEMIOIMP Bajo	16	15.50	248.00
SEMIOIMP Total	30		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
HISTIMP	80.000	216.000	-1.568	.117	.193 ^a
EPIDIMP	40.500	176.500	-3.421	.001	.002 ^a
ANATOIMP	45.500	181.500	-2.974	.003	.004 ^a
MICROIMP	33.000	153.000	-3.562	.000	.001 ^a
FARMIMP	26.000	162.000	-4.046	.000	.000 ^a
GENETIMP	38.000	174.000	-3.328	.001	.001 ^a
CIRUGIMP	16.000	152.000	-4.204	.000	.000 ^a
RADIOIMP	51.500	187.500	-2.858	.004	.010 ^a
SEMIOIMP	112.000	248.000	.000	1.000	1.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: ASIGIMP33

Dos ítems no discriminan > .05.

Escala Importancia de las Asignaturas De 4º

Rangos

ASIGIMP43		N	Rango promedio	Suma de rangos
CARCIIMP	Alto	14	16.50	231.00
	Bajo	14	12.50	175.00
	Total	28		
RESPIIMP	Alto	14	16.50	231.00
	Bajo	14	12.50	175.00
	Total	28		
DIGESIMP	Alto	14	16.07	225.00
	Bajo	12	10.50	126.00
	Total	26		
NERVIIMP	Alto	14	17.50	245.00
	Bajo	12	8.83	106.00
	Total	26		
ENDOCIMP	Alto	14	18.00	252.00
	Bajo	12	8.25	99.00
	Total	26		
SANGRIMP	Alto	14	20.18	282.50
	Bajo	14	8.82	123.50
	Total	28		
REUMIMP	Alto	14	21.00	294.00
	Bajo	14	8.00	112.00
	Total	28		

Estadísticos de contraste^b

	CARCIIMP	RESPIIMP	DIGESIMP	NERVIIMP	ENDOCIMP	SANGRIMP	REUMIMP
U de Mann-Whitney	70.000	70.000	48.000	28.000	21.000	18.500	7.000
W de Wilcoxon	175.000	175.000	126.000	106.000	99.000	123.500	112.000
Z	-2.117	-2.121	-2.408	-3.544	-3.852	-4.038	-4.615
Sig. asintót. (bilateral)	.034	.034	.016	.000	.000	.000	.000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.210 ^a	.210 ^a	.067 ^a	.003 ^a	.001 ^a	.000 ^a	.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: ASIGIMP43

Tres ítems no discriminan > .05.

Escala Logro de Objetivos Didácticos de Asign. De 4º.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
CARDILOG	42	2.81	.634	1	4
RESPILOG	42	3.14	.783	1	4
DIGESLOG	41	2.83	.667	1	4
NERVILOG	43	2.49	.592	1	4
ENDOCLOG	42	2.43	.547	1	3
SANGRLOG	42	2.62	.623	1	4
REUMALOG	42	2.24	.759	1	4
LOGRd	28	1.4643	.50787	1.00	2.00

Rangos

	LOGRd	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDILOG	1.00	15	10.93	164.00
	2.00	13	18.62	242.00
	Total	28		
RESPILOG	1.00	15	11.33	170.00
	2.00	13	18.15	236.00
	Total	28		
DIGESLOG	1.00	15	10.07	151.00
	2.00	13	19.62	255.00
	Total	28		
NERVILOG	1.00	15	10.53	158.00
	2.00	13	19.08	248.00
	Total	28		
ENDOCLOG	1.00	14	9.82	137.50
	2.00	13	18.50	240.50
	Total	27		
SANGRLOG	1.00	15	9.60	144.00
	2.00	13	20.15	262.00
	Total	28		
REUMALOG	1.00	15	9.60	144.00
	2.00	13	20.15	262.00
	Total	28		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CARDILOG	44.000	164.000	-2.984	.003	.013 ^a
RESPILOG	50.000	170.000	-2.388	.017	.029 ^a
DIGESLOG	31.000	151.000	-3.299	.001	.002 ^a
NERVILOG	38.000	158.000	-3.070	.002	.005 ^a
ENDOCLOG	32.500	137.500	-3.227	.001	.003 ^a
SANGRLOG	24.000	144.000	-3.862	.000	.000 ^a
REUMALOG	24.000	144.000	-3.611	.000	.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: LOGRd

TODOS LOS ÍTEMS DISCRIMINAN, < .05

Escala Importancia de Objetivos Didácticos de 4º

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
CARDIOIM	42	3.90	.297	3	4
RESPIRIM	42	3.95	.216	3	4
DIGESTIM	43	3.81	.394	3	4
NERVIOIM	43	3.79	.514	2	4
ENDOCRIM	43	3.58	.587	2	4
SANGREIM	42	3.55	.593	2	4
REUMATIM	41	3.44	.634	2	4
LOGRim	26	1.6923	.47068	1.00	2.00

Rangos

	LOGRim	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDIOIM	1.00	7	7.86	55.00
	2.00	18	15.00	270.00
	Total	25		
RESPIRIM	1.00	7	10.43	73.00
	2.00	18	14.00	252.00
	Total	25		
DIGESTIM	1.00	8	6.75	54.00
	2.00	18	16.50	297.00
	Total	26		
NERVIOIM	1.00	8	6.75	54.00
	2.00	18	16.50	297.00
	Total	26		
ENDOCRIM	1.00	8	5.63	45.00
	2.00	18	17.00	306.00
	Total	26		
SANGREIM	1.00	7	4.00	28.00
	2.00	18	16.50	297.00
	Total	25		
REUMATIM	1.00	7	4.00	28.00
	2.00	18	16.50	297.00
	Total	25		

Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CARDIOIM	27.000	55.000	-3.429	.001	.029 ^a
RESPIRIM	45.000	73.000	-2.317	.021	.297 ^a
DIGESTIM	18.000	54.000	-4.108	.000	.002 ^a
NERVIOIM	18.000	54.000	-4.077	.000	.002 ^a
ENDOCRIM	9.000	45.000	-4.507	.000	.000 ^a
SANGREIM	.000	28.000	-4.845	.000	.000 ^a
REUMATIM	.000	28.000	-4.835	.000	.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: LOGRim

TODOS LOS ÍTEMS DISCRIMINAN, < .05

Escala Desarrollo de Competencias Profesionales –Clínicas-

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
EXANCIDE	42	3.24	.726	1	4
EXANREDE	42	3.31	.924	1	4
EXANDIDE	41	3.00	.671	2	4
EXANNEDE	43	2.91	.718	2	4
EXANENDE	43	2.47	.767	1	4
EXANSADE	43	2.67	.808	1	4
EXAREUDE	42	2.24	.821	1	4
SNDRCIDE	42	3.21	.717	1	4
SNDRREDE	42	3.17	.794	1	4
SNDRDIDE	42	3.02	.780	2	4
SNDRNEDE	43	2.74	.658	1	4
SNDRENDE	43	2.67	.715	1	4
SNDRHEDE	42	2.67	.721	1	4
SNDREUDE	42	2.38	.795	1	4
ORDICIDE	42	3.14	.647	1	4
ORDIREDE	42	3.26	.857	1	4
ORDIDIDE	42	2.93	.640	2	4
ORDINEDE	43	2.86	.675	1	4
ORDIENDE	43	2.58	.663	1	4
ORDIHEDE	42	2.83	.660	1	4
ODIREUDE	42	2.40	.798	1	4
ORTECIDE	42	2.81	.740	1	4
ORTEREDE	42	2.93	.778	1	4
ORTEDIDE	42	2.74	.701	2	4
ORTENEDE	43	2.51	.736	1	4
ORTEENDE	43	2.56	.666	1	4
ORTEHEDE	42	2.43	.801	1	4
OTEREUDE	42	2.26	.828	1	4
COMPRd	25	1.4800	.50990	1.00	2.00

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	COMPRd	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIDE	1.00	13	9.58	124.50
	2.00	11	15.95	175.50
	Total	24		
EXANREDE	1.00	13	9.85	128.00
	2.00	11	15.64	172.00
	Total	24		
EXANDIDE	1.00	13	8.88	115.50
	2.00	10	16.05	160.50
	Total	23		
EXANNEDE	1.00	13	10.08	131.00
	2.00	12	16.17	194.00
	Total	25		
EXANENDE	1.00	13	8.54	111.00
	2.00	12	17.83	214.00
	Total	25		
EXANSADE	1.00	13	9.35	121.50
	2.00	12	16.96	203.50
	Total	25		
EXAREUDE	1.00	13	9.65	125.50
	2.00	11	15.86	174.50
	Total	24		
SNDRCIDE	1.00	13	7.69	100.00
	2.00	11	18.18	200.00
	Total	24		
SNDRREDE	1.00	13	8.19	106.50
	2.00	11	17.59	193.50
	Total	24		
SNDRDIDE	1.00	13	7.69	100.00
	2.00	11	18.18	200.00
	Total	24		
SNDRNEDE	1.00	13	9.46	123.00
	2.00	12	16.83	202.00
	Total	25		
SNDRENDE	1.00	13	8.08	105.00
	2.00	12	18.33	220.00
	Total	25		
SNDRHEDE	1.00	13	8.92	116.00
	2.00	11	16.73	184.00
	Total	24		
SNDREUDE	1.00	13	8.96	116.50
	2.00	11	16.68	183.50
	Total	24		
ORDCIDE	1.00	13	8.81	114.50
	2.00	11	16.86	185.50
	Total	24		
ORDIREDE	1.00	13	9.73	126.50
	2.00	11	15.77	173.50
	Total	24		
ORDIDIDE	1.00	13	8.62	112.00
	2.00	11	17.09	188.00
	Total	24		
ORDINEDE	1.00	13	9.88	128.50
	2.00	12	16.38	196.50
	Total	25		
ORDIENDE	1.00	13	9.08	118.00
	2.00	12	17.25	207.00
	Total	25		
ORDIHEDE	1.00	13	8.85	115.00
	2.00	11	16.82	185.00
	Total	24		
ODIREUDE	1.00	13	7.62	99.00
	2.00	11	18.27	201.00
	Total	24		
ORTECIDE	1.00	13	8.38	109.00
	2.00	11	17.36	191.00
	Total	24		
ORTEREDE	1.00	13	8.65	112.50
	2.00	11	17.05	187.50
	Total	24		
ORTEDIDE	1.00	13	8.19	106.50
	2.00	11	17.59	193.50
	Total	24		
ORTENEDE	1.00	13	9.65	125.50
	2.00	12	16.63	199.50
	Total	25		
ORTEENDE	1.00	13	9.77	127.00
	2.00	12	16.50	198.00
	Total	25		
ORTEHEDE	1.00	13	8.08	105.00
	2.00	11	17.73	195.00
	Total	24		
OTEREUDE	1.00	13	8.69	113.00
	2.00	11	17.00	187.00
	Total	24		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
EXANCIDE	33.500	124.500	-2.406	.016	.026 ^a
EXANREDE	37.000	128.000	-2.203	.028	.047 ^a
EXANDIDE	24.500	115.500	-2.754	.006	.010 ^a
EXANNEDE	40.000	131.000	-2.268	.023	.040 ^a
EXANENDE	20.000	111.000	-3.388	.001	.001 ^a
EXANSADE	30.500	121.500	-2.841	.004	.008 ^a
EXAREUDE	34.500	125.500	-2.232	.026	.030 ^a
SNDRCIDE	9.000	100.000	-3.927	.000	.000 ^a
SNDRREDE	15.500	106.500	-3.557	.000	.001 ^a
SNDRDIDE	9.000	100.000	-3.845	.000	.000 ^a
SNDRNEDE	32.000	123.000	-2.690	.007	.011 ^a
SNDRENDE	14.000	105.000	-3.742	.000	.000 ^a
SNDRHEDE	25.000	116.000	-2.971	.003	.006 ^a
SNDREUDE	25.500	116.500	-2.806	.005	.006 ^a
ORDICIDE	23.500	114.500	-3.039	.002	.004 ^a
ORDIREDE	35.500	126.500	-2.279	.023	.035 ^a
ORDIDIDE	21.000	112.000	-3.235	.001	.002 ^a
ORDINEDE	37.500	128.500	-2.389	.017	.026 ^a
ORDIENDE	27.000	118.000	-3.052	.002	.005 ^a
ORDIHEDE	24.000	115.000	-3.124	.002	.005 ^a
ODIREUDE	8.000	99.000	-3.889	.000	.000 ^a
ORTECIDE	18.000	109.000	-3.269	.001	.001 ^a
ORTEREDE	21.500	112.500	-3.117	.002	.002 ^a
ORTEDIDE	15.500	106.500	-3.500	.000	.001 ^a
ORTENEDE	34.500	125.500	-2.535	.011	.016 ^a
ORTEENDE	36.000	127.000	-2.477	.013	.022 ^a
ORTEHEDE	14.000	105.000	-3.558	.000	.000 ^a
OTEREUDE	22.000	113.000	-3.019	.003	.003 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: COMPRd

TODOS LOS ÍTEMS DISCRIMINAN, < .05

Escala Importancia de Competencias Profesionales –Clínicas-

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
EXANCIIM	42	3.90	.297	3	4
EXANREIM	42	3.88	.328	3	4
EXANDIIM	42	3.76	.532	2	4
EXANNEIM	43	3.79	.466	2	4
EXANENIM	43	3.51	.631	2	4
EXANSAIM	42	3.62	.492	3	4
EXAREUIM	42	3.33	.786	1	4
SNDRCIIM	42	3.86	.354	3	4
SNDRREIM	42	3.76	.532	2	4
SNDRDIIM	42	3.67	.612	2	4
SNDRNEIM	43	3.70	.513	2	4
SNDRENIM	43	3.47	.667	1	4
SNDRHEIM	42	3.50	.595	2	4
SNDREUIM	42	3.40	.665	2	4
ORDICIIM	42	3.86	.354	3	4
ORDIREIM	42	3.90	.297	3	4
ORDIDIIM	42	3.74	.445	3	4
ORDINEIM	43	3.72	.504	2	4
ORDIENIM	43	3.51	.668	2	4
ORDIHEIM	42	3.55	.504	3	4
ODIREUIM	42	3.38	.764	1	4
ORTECIIM	42	3.88	.328	3	4
ORTEREIM	42	3.86	.354	3	4
ORTEDIIM	42	3.76	.431	3	4
ORTENEIM	43	3.74	.441	3	4
ORTEENIM	43	3.53	.592	2	4
ORTEHEIM	42	3.62	.492	3	4
OTEREUIM	42	3.33	.721	2	4
COMPri	28	1.5000	.50918	1.00	2.00

Rangos

	COMPRI	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIIM	1.00	13	11.85	154.00
	2.00	14	16.00	224.00
	Total	27		
EXANREIM	1.00	13	11.31	147.00
	2.00	14	16.50	231.00
	Total	27		
EXANDIIM	1.00	14	11.21	157.00
	2.00	13	17.00	221.00
	Total	27		
EXANNEIM	1.00	14	12.00	168.00
	2.00	14	17.00	238.00
	Total	28		
EXANENIM	1.00	14	9.00	126.00
	2.00	14	20.00	280.00
	Total	28		
EXANSAIM	1.00	13	9.69	126.00
	2.00	14	18.00	252.00
	Total	27		
EXAREUIM	1.00	13	9.15	119.00
	2.00	14	18.50	259.00
	Total	27		
SNDRCIIM	1.00	13	10.77	140.00
	2.00	14	17.00	238.00
	Total	27		
SNDRREIM	1.00	13	10.77	140.00
	2.00	14	17.00	238.00
	Total	27		
SNDRDIIM	1.00	14	9.82	137.50
	2.00	13	18.50	240.50
	Total	27		
SNDRNEIM	1.00	14	9.50	133.00
	2.00	14	19.50	273.00
	Total	28		
SNDRENIM	1.00	14	8.00	112.00
	2.00	14	21.00	294.00
	Total	28		
SNDRHEIM	1.00	13	8.62	112.00
	2.00	14	19.00	266.00
	Total	27		
SNDREUIM	1.00	13	8.08	105.00
	2.00	14	19.50	273.00
	Total	27		
ORDICIIM	1.00	13	11.31	147.00
	2.00	14	16.50	231.00
	Total	27		
ORDIREIM	1.00	13	11.85	154.00
	2.00	14	16.00	224.00
	Total	27		
ORDIDIIM	1.00	14	10.29	144.00
	2.00	13	18.00	234.00
	Total	27		
ORDINEIM	1.00	14	10.00	140.00
	2.00	14	19.00	266.00
	Total	28		
ORDIENIM	1.00	14	8.00	112.00
	2.00	14	21.00	294.00
	Total	28		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
EXANCIIM	63.000	154.000	-2.207	.027	.185 ^a
EXANREIM	56.000	147.000	-2.523	.012	.094 ^a
EXANDIIM	52.000	157.000	-2.608	.009	.061 ^a
EXANNEIM	63.000	168.000	-2.415	.016	.114 ^a
EXANENIM	21.000	126.000	-4.078	.000	.000 ^a
EXANSAIM	35.000	126.000	-3.434	.001	.006 ^a
EXAREUIM	28.000	119.000	-3.662	.000	.002 ^a
SNDRCIIM	49.000	140.000	-2.828	.005	.043 ^a
SNDRREIM	49.000	140.000	-2.816	.005	.043 ^a
SNDRDIIM	32.500	137.500	-3.425	.001	.003 ^a
SNDRNEIM	28.000	133.000	-3.839	.000	.001 ^a
SNDRENIM	7.000	112.000	-4.715	.000	.000 ^a
SNDRHEIM	21.000	112.000	-3.989	.000	.000 ^a
SNDREUIM	14.000	105.000	-4.252	.000	.000 ^a
ORDICIIM	56.000	147.000	-2.523	.012	.094 ^a
ORDIREIM	63.000	154.000	-2.207	.027	.185 ^a
ORDIDIIM	39.000	144.000	-3.188	.001	.011 ^a
ORDINEIM	35.000	140.000	-3.550	.000	.003 ^a
ORDIENIM	7.000	112.000	-4.642	.000	.000 ^a
ORDIHEIM	7.000	98.000	-4.733	.000	.000 ^a
ODIREUIM	.000	91.000	-4.840	.000	.000 ^a
ORTECIIM	56.000	147.000	-2.523	.012	.094 ^a
ORTEREIM	56.000	147.000	-2.523	.012	.094 ^a
ORTEDIIM	32.500	137.500	-3.474	.001	.003 ^a
ORTENEIM	35.000	140.000	-3.576	.000	.003 ^a
ORTEENIM	7.000	112.000	-4.715	.000	.000 ^a
ORTEHEIM	21.000	112.000	-4.058	.000	.000 ^a
OTEREUIM	.000	91.000	-4.908	.000	.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: COMPRI

TODOS LOS ÍTEMS DISCRIMINAN, < .05

Escala Desarrollo de Compet. Académicas Transversales

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
APRAUTDE	43	2.95	.653	1	4
INVESTDE	43	1.91	.648	1	3
REFLXDE	43	2.65	.686	1	4
TEOPRDE	43	3.07	.632	1	4
DISCUGDE	43	2.74	.693	1	4
TDDDE	43	2.26	.848	1	4
EXPODE	43	2.44	.796	1	4
CREADE	42	1.98	.811	1	4
REDTDE	43	2.51	.798	1	4
EMPADE	43	3.05	.722	1	4
TRAQPDE	43	3.02	.740	1	4
TRPRSNDE	43	2.44	.854	1	4
ANSIDE	43	2.77	.895	1	4
BUSQDE	43	2.07	.961	1	4
ORGTDE	43	2.84	.785	1	4
ORMATDE	43	2.86	.774	1	4
COACAd	30	1.5000	.50855	1.00	2.00

Rangos

	COACAd	N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTDE	1.00	15	11.50	172.50
	2.00	15	19.50	292.50
	Total	30		
INVESTDE	1.00	15	10.90	163.50
	2.00	15	20.10	301.50
	Total	30		
REFLXDE	1.00	15	11.10	166.50
	2.00	15	19.90	298.50
	Total	30		
TEOPRDE	1.00	15	11.67	175.00
	2.00	15	19.33	290.00
	Total	30		
DISCUGDE	1.00	15	11.13	167.00
	2.00	15	19.87	298.00
	Total	30		
TDDDE	1.00	15	9.70	145.50
	2.00	15	21.30	319.50
	Total	30		
EXPODE	1.00	15	10.30	154.50
	2.00	15	20.70	310.50
	Total	30		
CREADE	1.00	15	9.33	140.00
	2.00	15	21.67	325.00
	Total	30		
REDTDE	1.00	15	11.00	165.00
	2.00	15	20.00	300.00
	Total	30		
EMPADE	1.00	15	11.17	167.50
	2.00	15	19.83	297.50
	Total	30		
TRAQPDE	1.00	15	9.87	148.00
	2.00	15	21.13	317.00
	Total	30		
TRPRSNDE	1.00	15	10.93	164.00
	2.00	15	20.07	301.00
	Total	30		
ANSIDE	1.00	15	15.53	233.00
	2.00	15	15.47	232.00
	Total	30		
BUSQDE	1.00	15	11.37	170.50
	2.00	15	19.63	294.50
	Total	30		
ORGTDE	1.00	15	13.40	201.00
	2.00	15	17.60	264.00
	Total	30		
ORMATDE	1.00	15	13.13	197.00
	2.00	15	17.87	268.00
	Total	30		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
APRAUTDE	52.500	172.500	-2.832	.005	.011 ^a
INVESTDE	43.500	163.500	-3.156	.002	.003 ^a
REFLXDE	46.500	166.500	-3.040	.002	.005 ^a
TEOPRDE	55.000	175.000	-2.954	.003	.016 ^a
DISCUGDE	47.000	167.000	-2.971	.003	.006 ^a
TDDDE	25.500	145.500	-3.792	.000	.000 ^a
EXPODE	34.500	154.500	-3.453	.001	.001 ^a
CREADE	20.000	140.000	-4.050	.000	.000 ^a
REDTDE	45.000	165.000	-3.029	.002	.004 ^a
EMPADE	47.500	167.500	-3.019	.003	.006 ^a
TRAQPDE	28.000	148.000	-3.804	.000	.000 ^a
TRPRSNDDE	44.000	164.000	-3.015	.003	.004 ^a
ANSIDE	112.000	232.000	-.022	.982	1.000 ^a
BUSQDE	50.500	170.500	-2.699	.007	.009 ^a
ORGTDE	81.000	201.000	-1.463	.143	.202 ^a
ORMATDE	77.000	197.000	-1.584	.113	.148 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: COACAd

**TRES REACTIVOS NO DISCRIMINAN: ANSIDE, ORGTDE, ORMATDE:
> .05**

Escala Importancia de Compet. Académicas Transversales

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
APRAUTIM	43	3.70	.465	3	4
INVESTIM	43	2.86	.774	1	4
REFLXIM	43	3.65	.650	1	4
TEOPRIM	43	3.88	.324	3	4
DISCUGIM	43	3.42	.698	1	4
TDDIM	42	3.83	.490	2	4
EXPOIM	43	3.37	.691	1	4
CREAIM	42	3.07	.778	1	4
REDTIM	43	3.28	.630	2	4
EMPAIM	43	3.74	.492	2	4
TRAQPIM	43	3.70	.558	2	4
TRPRSNIM	43	3.47	.767	1	4
ANSIIM	43	3.47	.767	1	4
BUSQIM	43	2.98	.831	1	4
ORGTIM	43	3.53	.592	2	4
ORMATIM	43	3.49	.703	2	4
COACADi	30	1.5333	.50742	1.00	2.00

Rangos

COACADi	N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTIM 1.00	14	11.43	160.00
2.00	16	19.06	305.00
Total	30		
INVESTIM 1.00	14	10.21	143.00
2.00	16	20.13	322.00
Total	30		
REFLXIM 1.00	14	12.93	181.00
2.00	16	17.75	284.00
Total	30		
TEOPRIM 1.00	14	13.21	185.00
2.00	16	17.50	280.00
Total	30		
DISCUGIM 1.00	14	11.14	156.00
2.00	16	19.31	309.00
Total	30		
TDDIM 1.00	13	13.15	171.00
2.00	16	16.50	264.00
Total	29		
EXPOIM 1.00	14	9.25	129.50
2.00	16	20.97	335.50
Total	30		
CREAIM 1.00	14	9.21	129.00
2.00	16	21.00	336.00
Total	30		
REDTIM 1.00	14	10.07	141.00
2.00	16	20.25	324.00
Total	30		
EMPAIM 1.00	14	11.50	161.00
2.00	16	19.00	304.00
Total	30		
TRAQPIM 1.00	14	11.50	161.00
2.00	16	19.00	304.00
Total	30		
TRPRSNIM 1.00	14	9.43	132.00
2.00	16	20.81	333.00
Total	30		
ANSIIM 1.00	14	9.93	139.00
2.00	16	20.38	326.00
Total	30		
BUSQIM 1.00	14	9.21	129.00
2.00	16	21.00	336.00
Total	30		
ORGTIM 1.00	14	11.21	157.00
2.00	16	19.25	308.00
Total	30		
ORMATIM 1.00	14	11.64	163.00
2.00	16	18.88	302.00
Total	30		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
APRAUTIM	55.000	160.000	-2.984	.003	.017 ^a
INVESTIM	38.000	143.000	-3.327	.001	.001 ^a
REFLXIM	76.000	181.000	-1.935	.053	.142 ^a
TEOPRIM	80.000	185.000	-2.258	.024	.193 ^a
DISCUGIM	51.000	156.000	-2.973	.003	.010 ^a
TDDIM	80.000	171.000	-1.991	.046	.308 ^a
EXPOIM	24.500	129.500	-4.023	.000	.000 ^a
CREAIM	24.000	129.000	-3.950	.000	.000 ^a
REDTIM	36.000	141.000	-3.462	.001	.001 ^a
EMPAIM	56.000	161.000	-3.176	.001	.019 ^a
TRAQPIM	56.000	161.000	-3.153	.002	.019 ^a
TRPRSNIM	27.000	132.000	-3.952	.000	.000 ^a
ANSIIM	34.000	139.000	-3.646	.000	.001 ^a
BUSQIM	24.000	129.000	-3.853	.000	.000 ^a
ORGTIM	52.000	157.000	-2.941	.003	.012 ^a
ORMATIM	58.000	163.000	-2.694	.007	.025 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: COACADi

UN ÍTEM NO DISCRIMINA REFLXIM > .05

Escala Frecuencia de Uso de Metodologías Docentes

Rangos

METDOCf3		N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLFR	Alto	20	19.75	395.00
	Bajo	13	12.77	166.00
	Total	33		
BELFR	Alto	18	15.89	286.00
	Bajo	8	8.13	65.00
	Total	26		
MODFR	Alto	20	20.42	408.50
	Bajo	13	11.73	152.50
	Total	33		
ACTORFR	Alto	19	18.00	342.00
	Bajo	12	12.83	154.00
	Total	31		
MANQFR	Alto	20	17.20	344.00
	Bajo	12	15.33	184.00
	Total	32		
SEMIFR	Alto	20	20.25	405.00
	Bajo	13	12.00	156.00
	Total	33		
CLASMFR	Alto	18	16.08	289.50
	Bajo	10	11.65	116.50
	Total	28		
EXPALFR	Alto	20	17.30	346.00
	Bajo	13	16.54	215.00
	Total	33		
DISCUFR	Alto	20	18.90	378.00
	Bajo	13	14.08	183.00
	Total	33		
PLABFR	Alto	20	20.20	404.00
	Bajo	13	12.08	157.00
	Total	33		
PDISEFR	Alto	20	18.98	379.50
	Bajo	13	13.96	181.50
	Total	33		
SUPVFR	Alto	18	16.11	290.00
	Bajo	9	9.78	88.00
	Total	27		
TUTOAFR	Alto	13	9.38	122.00
	Bajo	3	4.67	14.00
	Total	16		
SAPRFR	Alto	18	14.56	262.00
	Bajo	7	9.00	63.00
	Total	25		
SIMULFR	Alto	19	14.45	274.50
	Bajo	7	10.93	76.50
	Total	26		
AUDVFR	Alto	18	13.06	235.00
	Bajo	6	10.83	65.00
	Total	24		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLFR	75.000	166.000	-2.276	.023	.043 ^a
BELFR	29.000	65.000	-2.765	.006	.016 ^a
MODFR	61.500	152.500	-2.835	.005	.010 ^a
ACTORFR	76.000	154.000	-2.653	.008	.130 ^a
MANQFR	106.000	184.000	-1.079	.281	.604 ^a
SEMIFR	65.000	156.000	-2.966	.003	.016 ^a
CLASMFR	61.500	116.500	-1.465	.143	.175 ^a
EXPALFR	124.000	215.000	-.443	.658	.842 ^a
DISCUFR	92.000	183.000	-1.617	.106	.169 ^a
PLABFR	66.000	157.000	-2.687	.007	.018 ^a
PDISEFR	90.500	181.500	-1.760	.078	.147 ^a
SUPVFR	43.000	88.000	-2.183	.029	.053 ^a
TUTOAFR	8.000	14.000	-1.722	.085	.146 ^a
SAPRFR	35.000	63.000	-2.057	.040	.097 ^a
SIMULFR	48.500	76.500	-1.659	.097	.306 ^a
AUDVFR	44.000	65.000	-.750	.453	.537 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: METDOCf3

8 ítems no discriminan, > .05

Escala Satisfacción con Metodologías Docentes

Rangos

	METDOCst3	N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLSAT	Alto	15	18.27	274.00
	Bajo	14	11.50	161.00
	Total	29		
BELSAT	Alto	14	13.54	189.50
	Bajo	8	7.94	63.50
	Total	22		
MODSAT	Alto	15	18.17	272.50
	Bajo	13	10.27	133.50
	Total	28		
ACTORSAT	Alto	12	12.79	153.50
	Bajo	10	9.95	99.50
	Total	22		
MANQSAT	Alto	14	14.96	209.50
	Bajo	12	11.79	141.50
	Total	26		
SEMISAT	Alto	15	18.33	275.00
	Bajo	15	12.67	190.00
	Total	30		
CLASMSAT	Alto	14	14.93	209.00
	Bajo	12	11.83	142.00
	Total	26		
EXPALSAT	Alto	15	17.27	259.00
	Bajo	14	12.57	176.00
	Total	29		
DISCUSAT	Alto	15	17.90	268.50
	Bajo	15	13.10	196.50
	Total	30		
PLABSAT	Alto	15	19.07	286.00
	Bajo	14	10.64	149.00
	Total	29		
PDISESAT	Alto	15	17.27	259.00
	Bajo	14	12.57	176.00
	Total	29		
SUPVSAT	Alto	15	14.80	222.00
	Bajo	10	10.30	103.00
	Total	25		
TUTOASAT	Alto	10	6.20	62.00
	Bajo	1	4.00	4.00
	Total	11		
SAPRSAT	Alto	13	12.42	161.50
	Bajo	8	8.69	69.50
	Total	21		
SIMULSAT	Alto	13	12.15	158.00
	Bajo	7	7.43	52.00
	Total	20		
AUDVSAT	Alto	12	11.08	133.00
	Bajo	5	4.00	20.00
	Total	17		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLSAT	56.000	161.000	-2.433	.015	.033 ^a
BELSAT	27.500	63.500	-2.156	.031	.050 ^a
MODSAT	42.500	133.500	-2.808	.005	.010 ^a
ACTORSAT	44.500	99.500	-1.090	.276	.314 ^a
MANQSAT	63.500	141.500	-1.165	.244	.297 ^a
SEMISAT	70.000	190.000	-1.940	.052	.081 ^a
CLASMSAT	64.000	142.000	-1.083	.279	.322 ^a
EXPALSAT	71.000	176.000	-1.979	.048	.146 ^a
DISCUSAT	76.500	196.500	-1.672	.094	.137 ^a
PLABSAT	44.000	149.000	-2.896	.004	.007 ^a
PDISESAT	71.000	176.000	-1.651	.099	.146 ^a
SUPVSAT	48.000	103.000	-1.662	.097	.144 ^a
TUTOASAT	3.000	4.000	-.672	.502	.727 ^a
SAPRSAT	33.500	69.500	-1.423	.155	.185 ^a
SIMULSAT	24.000	52.000	-1.885	.059	.097 ^a
AUDVSAT	5.000	20.000	-2.764	.006	.006 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: METDOCst3

10 ítems no discriminan, > .05

Escala Oferta de Actv. De Apoyo de la Universidad

Rangos

APOAPRU3		N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFUNI	Alto	13	17.54	228.00
	Bajo	15	11.87	178.00
	Total	28		
CONGUNI	Alto	13	17.77	231.00
	Bajo	15	11.67	175.00
	Total	28		
VERAUNI	Alto	13	19.88	258.50
	Bajo	15	9.83	147.50
	Total	28		
CMONUNI	Alto	13	16.27	211.50
	Bajo	13	10.73	139.50
	Total	26		
DISTUNI	Alto	12	19.21	230.50
	Bajo	15	9.83	147.50
	Total	27		
PLABUNI	Alto	13	20.54	267.00
	Bajo	15	9.27	139.00
	Total	28		
SCLIUNI	Alto	13	19.27	250.50
	Bajo	14	9.11	127.50
	Total	27		
TUTPUNI	Alto	13	18.27	237.50
	Bajo	15	11.23	168.50
	Total	28		
TUTRUNI	Alto	13	18.73	243.50
	Bajo	15	10.83	162.50
	Total	28		
TUTAUNI	Alto	13	18.73	243.50
	Bajo	15	10.83	162.50
	Total	28		
SAPUNI	Alto	13	20.62	268.00
	Bajo	15	9.20	138.00
	Total	28		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFUNI	58.000	178.000	-1.946	.052	.072 ^a
CONGUNI	55.000	175.000	-2.150	.032	.052 ^a
VERAUNI	27.500	147.500	-3.455	.001	.001 ^a
CMONUNI	48.500	139.500	-2.009	.045	.064 ^a
DISTUNI	27.500	147.500	-3.193	.001	.001 ^a
PLABUNI	19.000	139.000	-3.795	.000	.000 ^a
SCLIUNI	22.500	127.500	-3.560	.000	.000 ^a
TUTPUNI	48.500	168.500	-2.380	.017	.022 ^a
TUTRUNI	42.500	162.500	-2.813	.005	.010 ^a
TUTAUNI	42.500	162.500	-2.744	.006	.010 ^a
SAPUNI	18.000	138.000	-3.837	.000	.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: APOAPRU3

Un ítem no discrimina, >.05

Escala Frecuencia de uso de Activs. De Apoyo

Rangos

	APOAPRf3	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFFR	Alto	14	13.21	185.00
	Bajo	8	8.50	68.00
	Total	22		
CONGFR	Alto	13	11.50	149.50
	Bajo	9	11.50	103.50
	Total	22		
VERAFR	Alto	17	18.06	307.00
	Bajo	15	14.73	221.00
	Total	32		
CMONFR	Alto	14	10.71	150.00
	Bajo	6	10.00	60.00
	Total	20		
DISTFR	Alto	15	13.70	205.50
	Bajo	9	10.50	94.50
	Total	24		
PLABFRE	Alto	17	17.26	293.50
	Bajo	11	10.23	112.50
	Total	28		
SCLIFR	Alto	17	18.76	319.00
	Bajo	16	15.13	242.00
	Total	33		
TUTPFR	Alto	13	12.77	166.00
	Bajo	8	8.13	65.00
	Total	21		
TUTRFR	Alto	10	7.70	77.00
	Bajo	3	4.67	14.00
	Total	13		
TUTAFR	Alto	11	11.14	122.50
	Bajo	6	5.08	30.50
	Total	17		
SAPFRE	Alto	16	12.75	204.00
	Bajo	8	12.00	96.00
	Total	24		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFFR	32.000	68.000	-2.106	.035	.110 ^a
CONGFR	58.500	103.500	.000	1.000	1.000 ^a
VERAFR	101.000	221.000	-1.068	.286	.331 ^a
CMONFR	39.000	60.000	-.655	.513	.841 ^a
DISTFR	49.500	94.500	-1.190	.234	.290 ^a
PLABFRE	46.500	112.500	-2.383	.017	.025 ^a
SCLIFR	106.000	242.000	-1.207	.228	.292 ^a
TUTPFR	29.000	65.000	-1.923	.054	.104 ^a
TUTRFR	8.000	14.000	-1.243	.214	.287 ^a
TUTAFR	9.500	30.500	-2.523	.012	.015 ^a
SAPFRE	60.000	96.000	-.707	.480	.834 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: APOAPRf3

8 ítems no discriminan, > .05

Escala Satisfacción con Activds. De Apoyo

Rangos

APOAPRst3	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFSAT Alto	9	6.22	56.00
Bajo	3	7.33	22.00
Total	12		
CONGSAT Alto	7	4.00	28.00
Bajo	0 ^a	.00	.00
Total	7		
VERASAT Alto	10	7.15	71.50
Bajo	3	6.50	19.50
Total	13		
CMONSAT Alto	7	4.00	28.00
Bajo	0 ^a	.00	.00
Total	7		
DISTSAT Alto	8	6.13	49.00
Bajo	3	5.67	17.00
Total	11		
PLABOSAT Alto	10	7.65	76.50
Bajo	4	7.13	28.50
Total	14		
SCLISAT Alto	12	10.50	126.00
Bajo	9	11.67	105.00
Total	21		
TUTPSAT Alto	11	6.00	66.00
Bajo	0 ^a	.00	.00
Total	11		
TUTRSAT Alto	11	6.32	69.50
Bajo	1	8.50	8.50
Total	12		
TUTASAT Alto	12	6.50	78.00
Bajo	0 ^a	.00	.00
Total	12		
SAPSAT Alto	8	4.50	36.00
Bajo	1	9.00	9.00
Total	9		

a. No es posible realizar la prueba de Mann-Whitney en grupos vacíos.

Estadísticos de contraste^b

	CONFSAT	VERASAT	DISTSAT	PLABOSAT	SCLISAT	TUTRSAT	SAPSAT
U de Mann-Whitney	11.000	13.500	11.000	18.500	48.000	3.500	.000
W de Wilcoxon	56.000	19.500	17.000	28.500	126.000	69.500	36.000
Z	-.521	-.282	-.239	-.227	-.536	-.603	-2.828
Sig. asintót. (bilateral)	.602	.778	.811	.821	.592	.546	.005
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.727 ^a	.811 ^a	.921 ^a	.839 ^a	.702 ^a	.667 ^a	.222 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: APOAPRst3

11 ítems no discriminan, > .05

Escala Elementos Profesionalizantes con influencia en la formación

Rangos

	ELEMPROF	N	Rango promedio	Suma de rangos
AUTOCONF	1.00	17	11.44	194.50
	2.00	16	22.91	366.50
	Total	33		
SATILOGR	1.00	17	12.29	209.00
	2.00	16	22.00	352.00
	Total	33		
RENDIM	1.00	17	11.32	192.50
	2.00	16	23.03	368.50
	Total	33		
ESTIMPRO	1.00	17	12.29	209.00
	2.00	16	22.00	352.00
	Total	33		
EXPERCLI	1.00	17	12.88	219.00
	2.00	16	21.38	342.00
	Total	33		
BATA	1.00	17	14.59	248.00
	2.00	16	19.56	313.00
	Total	33		
RELCOMP	1.00	17	13.85	235.50
	2.00	16	20.34	325.50
	Total	33		
IMAGEN	1.00	17	11.41	194.00
	2.00	16	22.94	367.00
	Total	33		
VINCULOS	1.00	17	13.91	236.50
	2.00	16	20.28	324.50
	Total	33		
COMPRO	1.00	17	15.47	263.00
	2.00	16	18.63	298.00
	Total	33		
PAMEDAP	1.00	17	11.56	196.50
	2.00	16	22.78	364.50
	Total	33		
INFORMAC	1.00	17	11.88	202.00
	2.00	16	22.44	359.00
	Total	33		
ROLOTROS	1.00	17	12.12	206.00
	2.00	16	22.19	355.00
	Total	33		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
AUTOCONF	41.500	194.500	-3.579	.000	.000 ^a
SATILOGR	56.000	209.000	-3.179	.001	.003 ^a
RENDIM	39.500	192.500	-3.805	.000	.000 ^a
ESTIMPRO	56.000	209.000	-3.060	.002	.003 ^a
EXPERCLI	66.000	219.000	-2.717	.007	.011 ^a
BATA	95.000	248.000	-1.617	.106	.146 ^a
RELCOMP	82.500	235.500	-2.320	.020	.053 ^a
IMAGEN	41.000	194.000	-3.759	.000	.000 ^a
VINCULOS	83.500	236.500	-2.528	.011	.058 ^a
COMPRO	110.000	263.000	-1.030	.303	.363 ^a
PAMEDAP	43.500	196.500	-3.593	.000	.000 ^a
INFORMAC	49.000	202.000	-3.431	.001	.001 ^a
ROLOTROS	53.000	206.000	-3.164	.002	.002 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: ELEMPROF

2 ítems no discriminan, > .05

Escala Relaciones con Personas que contribuyen a la formación

Rangos

PERSON3	N	Rango promedio	Suma de rangos
PROFRS Alto	15	19.90	298.50
Bajo	13	8.27	107.50
Total	28		
TUTORS Alto	12	14.50	174.00
Bajo	11	9.27	102.00
Total	23		
RESIDEN Alto	15	16.70	250.50
Bajo	12	10.63	127.50
Total	27		
COMPAS Alto	15	18.77	281.50
Bajo	13	9.58	124.50
Total	28		
MEDICS Alto	12	14.08	169.00
Bajo	10	8.40	84.00
Total	22		
OTRPROF Alto	14	14.89	208.50
Bajo	9	7.50	67.50
Total	23		
FAMIL Alto	15	18.70	280.50
Bajo	14	11.04	154.50
Total	29		

Estadísticos de contraste^b

	PROFRS	TUTORS	RESIDEN	COMPAS	MEDICS	OTRPROF	FAMIL
U de Mann-Whitney	16.500	36.000	49.500	33.500	29.000	22.500	49.500
W de Wilcoxon	107.500	102.000	127.500	124.500	84.000	67.500	154.500
Z	-3.992	-1.998	-2.151	-3.127	-2.162	-2.920	-2.601
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.046	.031	.002	.031	.003	.009
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.000 ^a	.069 ^a	.047 ^a	.002 ^a	.043 ^a	.009 ^a	.014 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: PERSON3

Un ítem no discrimina, > .05

Escala Sucesos del Clín. Con impacto en la formación

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
CONOENF	43	3.58	.587	2	4
RELPAC	43	3.47	.631	2	4
CREENCPA	43	2.49	.910	1	4
FAMIPA	43	2.72	.666	1	4
AMBCULT	43	2.84	.785	1	4
TRABMED	43	2.93	.737	2	4
SUPVPROF	43	2.65	.720	1	4
RELACRES	43	3.23	.649	2	4
ROTACI	43	3.35	.686	1	4
ENFCRON	43	2.79	.773	1	4
URGEVIT	43	3.16	.843	1	4
DOLOFIS	43	2.81	.906	1	4
DOLOEMO	43	2.70	.887	1	4
MORTPA	42	2.55	.993	1	4
INCERTID	43	2.19	.958	1	4
INSEGPRO	43	2.07	.936	1	4
INTERVOP	42	3.29	.673	2	4
SANAR	43	3.58	.545	2	4
ESTUDPRO	43	2.72	.826	1	4
PACTRES	43	3.07	.961	1	4
SUCESOS	28	1.4643	.50787	1.00	2.00

Rangos

SUCESOS		N	Rango promedio	Suma de rangos
CONOENF	1.00	15	11.47	172.00
	2.00	13	18.00	234.00
	Total	28		
RELPAC	1.00	15	10.60	159.00
	2.00	13	19.00	247.00
	Total	28		
CREENCPA	1.00	15	10.87	163.00
	2.00	13	18.69	243.00
	Total	28		
FAMIPA	1.00	15	10.70	160.50
	2.00	13	18.88	245.50
	Total	28		
AMBCULT	1.00	15	12.43	186.50
	2.00	13	16.88	219.50
	Total	28		
TRABMED	1.00	15	11.43	171.50
	2.00	13	18.04	234.50
	Total	28		
SUPVPROF	1.00	15	10.00	150.00
	2.00	13	19.69	256.00
	Total	28		
RELACRES	1.00	15	11.07	166.00
	2.00	13	18.46	240.00
	Total	28		
ROTACI	1.00	15	10.10	151.50
	2.00	13	19.58	254.50
	Total	28		
ENFCRON	1.00	15	8.70	130.50
	2.00	13	21.19	275.50
	Total	28		
URGEVIT	1.00	15	9.47	142.00
	2.00	13	20.31	264.00
	Total	28		
DOLOFIS	1.00	15	9.20	138.00
	2.00	13	20.62	268.00
	Total	28		
DOLOEMO	1.00	15	8.50	127.50
	2.00	13	21.42	278.50
	Total	28		
MORTPA	1.00	15	8.70	130.50
	2.00	13	21.19	275.50
	Total	28		
INCERTID	1.00	15	10.30	154.50
	2.00	13	19.35	251.50
	Total	28		
INSEGPRO	1.00	15	11.90	178.50
	2.00	13	17.50	227.50
	Total	28		
INTERVOP	1.00	14	10.68	149.50
	2.00	13	17.58	228.50
	Total	27		
SANAR	1.00	15	12.43	186.50
	2.00	13	16.88	219.50
	Total	28		
ESTUDPRO	1.00	15	10.20	153.00
	2.00	13	19.46	253.00
	Total	28		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONOENF	52.000	172.000	-2.431	.015	.037 ^a
RELPAC	39.000	159.000	-3.039	.002	.006 ^a
CREENCPA	43.000	163.000	-2.634	.008	.011 ^a
FAMIPA	40.500	160.500	-2.883	.004	.007 ^a
AMBCULT	66.500	186.500	-1.520	.129	.156 ^a
TRABMED	51.500	171.500	-2.276	.023	.033 ^a
SUPVPROF	30.000	150.000	-3.432	.001	.001 ^a
RELACRES	46.000	166.000	-2.686	.007	.017 ^a
ROTACI	31.500	151.500	-3.368	.001	.002 ^a
ENFCRON	10.500	130.500	-4.260	.000	.000 ^a
URGEVIT	22.000	142.000	-3.741	.000	.000 ^a
DOLOFIS	18.000	138.000	-3.822	.000	.000 ^a
DOLOEMO	7.500	127.500	-4.322	.000	.000 ^a
MORTPA	10.500	130.500	-4.141	.000	.000 ^a
INCERTID	34.500	154.500	-3.033	.002	.003 ^a
INSEGPRO	58.500	178.500	-1.887	.059	.072 ^a
INTERVOP	44.500	149.500	-2.458	.014	.022 ^a
SANAR	66.500	186.500	-1.670	.095	.156 ^a
ESTUDPRO	33.000	153.000	-3.204	.001	.002 ^a
PACTRES	35.500	155.500	-3.026	.002	.003 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: SUCESOS

3 ÍTEMS NO DISCRIMINAN: > .05

Escala Factores que influyen en la elección de especialidad

Rangos

	FACTESP	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONDO	Alto	12	14.00	168.00
	Bajo	12	11.00	132.00
	Total	24		
AVANCS	Alto	12	16.88	202.50
	Bajo	13	9.42	122.50
	Total	25		
DURAC	Alto	12	17.00	204.00
	Bajo	13	9.31	121.00
	Total	25		
PLAZAS	Alto	12	17.33	208.00
	Bajo	13	9.00	117.00
	Total	25		
FACILD	Alto	12	16.21	194.50
	Bajo	13	10.04	130.50
	Total	25		
TRABUE	Alto	12	16.75	201.00
	Bajo	13	9.54	124.00
	Total	25		
INTERSS	Alto	12	12.83	154.00
	Bajo	13	13.15	171.00
	Total	25		
IMAGSOC	Alto	12	17.88	214.50
	Bajo	13	8.50	110.50
	Total	25		
CAPACPRO	Alto	12	15.29	183.50
	Bajo	13	10.88	141.50
	Total	25		
SATPRO	Alto	12	15.75	189.00
	Bajo	13	10.46	136.00
	Total	25		
NOTAMIR	Alto	12	17.38	208.50
	Bajo	13	8.96	116.50
	Total	25		
NIVELNST	Alto	12	16.38	196.50
	Bajo	13	9.88	128.50
	Total	25		
PRESTINS	Alto	12	17.00	204.00
	Bajo	13	9.31	121.00
	Total	25		
DISTGEO	Alto	12	16.79	201.50
	Bajo	13	9.50	123.50
	Total	25		
PUETTTRA	Alto	12	17.67	212.00
	Bajo	13	8.69	113.00
	Total	25		
INGRESS	Alto	12	17.38	208.50
	Bajo	13	8.96	116.50
	Total	25		
PROFRESP	Alto	12	17.67	212.00
	Bajo	13	8.69	113.00
	Total	25		
OPINFAM	Alto	12	17.04	204.50
	Bajo	13	9.27	120.50
	Total	25		
FAMESP	Alto	12	13.00	156.00
	Bajo	13	13.00	169.00
	Total	25		
OTRESP	Alto	12	16.63	199.50
	Bajo	13	9.65	125.50
	Total	25		
BIENSOC	Alto	12	14.67	176.00
	Bajo	13	11.46	149.00
	Total	25		
INTPAFA	Alto	12	14.42	173.00
	Bajo	13	11.69	152.00
	Total	25		
COLABMED	Alto	12	16.33	196.00
	Bajo	13	9.92	129.00
	Total	25		
PRIMCUR	Alto	12	14.83	178.00
	Bajo	11	8.91	98.00
	Total	23		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONTCO	54.000	132.000	-1.238	.216	.319 ^a
AVANCS	31.500	122.500	-2.800	.005	.010 ^a
DURAC	30.000	121.000	-2.762	.006	.008 ^a
PLAZAS	26.000	117.000	-3.027	.002	.004 ^a
FACILD	39.500	130.500	-2.306	.021	.035 ^a
TRABUE	33.000	124.000	-2.597	.009	.014 ^a
INTERSS	76.000	154.000	-.171	.864	.936 ^a
IMAGSOC	19.500	110.500	-3.759	.000	.001 ^a
CAPACPRO	50.500	141.500	-1.647	.100	.137 ^a
SATPRO	45.000	136.000	-2.018	.044	.077 ^a
NOTAMIR	25.500	116.500	-2.971	.003	.003 ^a
NIVELNST	37.500	128.500	-2.337	.019	.026 ^a
PRESTINS	30.000	121.000	-2.774	.006	.008 ^a
DISTGEO	32.500	123.500	-2.605	.009	.011 ^a
PUESTTRA	22.000	113.000	-3.222	.001	.002 ^a
INGRESS	25.500	116.500	-3.017	.003	.003 ^a
PROFRESP	22.000	113.000	-3.221	.001	.002 ^a
OPINFAM	29.500	120.500	-2.990	.003	.007 ^a
FAMESP	78.000	169.000	.000	1.000	1.000 ^a
OTRESP	34.500	125.500	-2.681	.007	.016 ^a
BIENSOC	58.000	149.000	-1.166	.244	.295 ^a
INTPAFA	61.000	152.000	-.974	.330	.376 ^a
COLABMED	38.000	129.000	-2.379	.017	.030 ^a
PRIMCUR	32.000	98.000	-2.213	.027	.037 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: FACTESP

5 ÍTEMS NO DISCRIMINAN: > .05

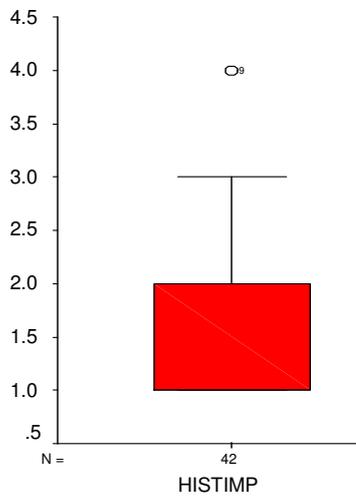
INDICES DE DISCRIMINACIÓN DE NUEVE ITEMS, CON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA T DE STUDENT A LA APLICACIÓN PILOTO, EN 2002.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
EXAN NEDE	Se han asumido varianzas iguales	.020	.890	3.037	23	.006	.80	.26	.26	.135
	No se han asumido varianzas iguales			3.033	22.720	.006	.80	.26	.25	.135
ANSIDE	Se han asumido varianzas iguales	.211	.650	2.903	23	.008	1.10	.38	.32	1.89
	No se han asumido varianzas iguales			2.809	18.333	.011	1.10	.38	.28	1.93
ORMAT DE	Se han asumido varianzas iguales	1.759	.198	2.521	23	.019	.65	.26	.12	1.18
	No se han asumido varianzas iguales			2.633	22.727	.015	.65	.25	.14	1.16
REFLEXIM	Se han asumido varianzas iguales	20.234	.000	3.438	19	.003	.82	.24	.32	1.32
	No se han asumido varianzas iguales			3.614	10.000	.005	.82	.23	.31	1.32
BATA	Se han asumido varianzas iguales	9.234	.006	3.808	22	.001	1.05	.28	.48	1.62
	No se han asumido varianzas iguales			4.019	17.959	.001	1.05	.26	.50	1.60
COMPRO	Se han asumido varianzas iguales	2.264	.147	2.488	22	.021	.73	.30	.12	1.35
	No se han asumido varianzas iguales			2.381	15.352	.031	.73	.31	7.83E-02	1.39
AMB CULT	Se han asumido varianzas iguales	3.007	.097	2.473	22	.022	.66	.27	.11	1.21
	No se han asumido varianzas iguales			2.386	16.552	.029	.66	.28	7.48E-02	1.24
SANAR	Se han asumido varianzas iguales	.221	.643	2.882	22	.009	.78	.27	.22	1.35

	No se han asumido varianzas iguales			2.759	15.425	.014	.78	.28	.18	1.39
CAPAC PROP	Se han asumido varianzas iguales	4.779	.039	3.088	23	.005	.79	.26	.26	1.32
	No se han asumido varianzas iguales			3.131	19.563	.005	.79	.25	.26	1.32

Estos resultados posibilitaron mantener los nueve ítems anteriores dentro del Cuestionario de 4º, para el alumnado

DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS A ÍTEMS NO DISCRIMINATIVOS Y PRUEBAS DE NORMALIDAD.

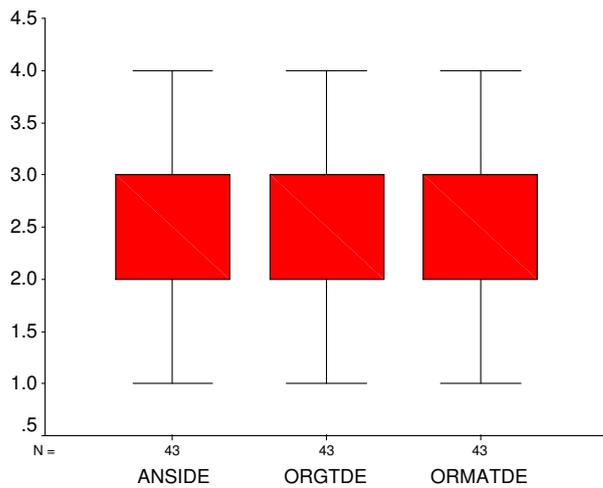


Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		HISTIMP
N		43
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1.44
	Desviación típica	.666
Diferencias más extremas	Absoluta	.375
	Positiva	.375
	Negativa	-.253
Z de Kolmogorov-Smirnov		2.456
Sig. asintót. (bilateral)		.000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

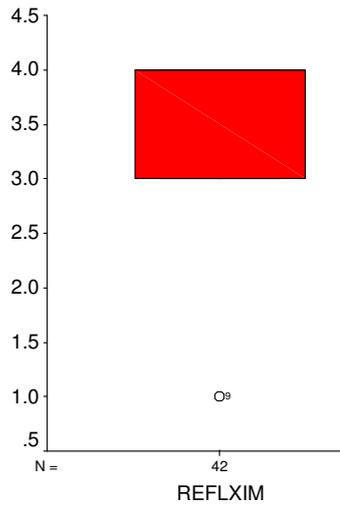


Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	ANSIDE	ORGTDE	ORMATDE	
N	43	43	43	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2.77	2.84	2.86
	Desviación típica	.895	.785	.774
Diferencias más extremas	Absoluta	.254	.280	.246
	Positiva	.188	.232	.219
	Negativa	-.254	-.280	-.246
Z de Kolmogorov-Smirnov	1.663	1.835	1.613	
Sig. asintót. (bilateral)	.008	.002	.011	

a. La distribución de contraste es la Normal.

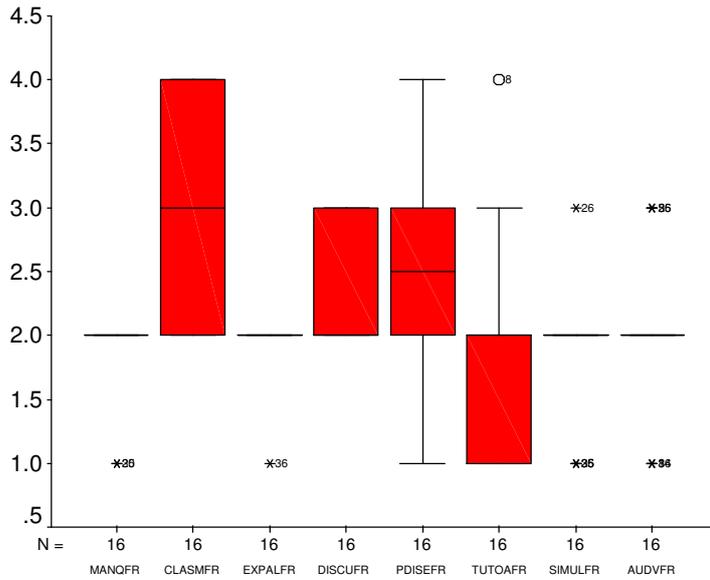
b. Se han calculado a partir de los datos.



Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		REFLXIM
N		43
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3.65
	Desviación típica	.650
Diferencias más extremas	Absoluta	.425
	Positiva	.296
	Negativa	-.425
Z de Kolmogorov-Smirnov		2.787
Sig. asintót. (bilateral)		.000

- a. La distribución de contraste es la Normal.
- b. Se han calculado a partir de los datos.

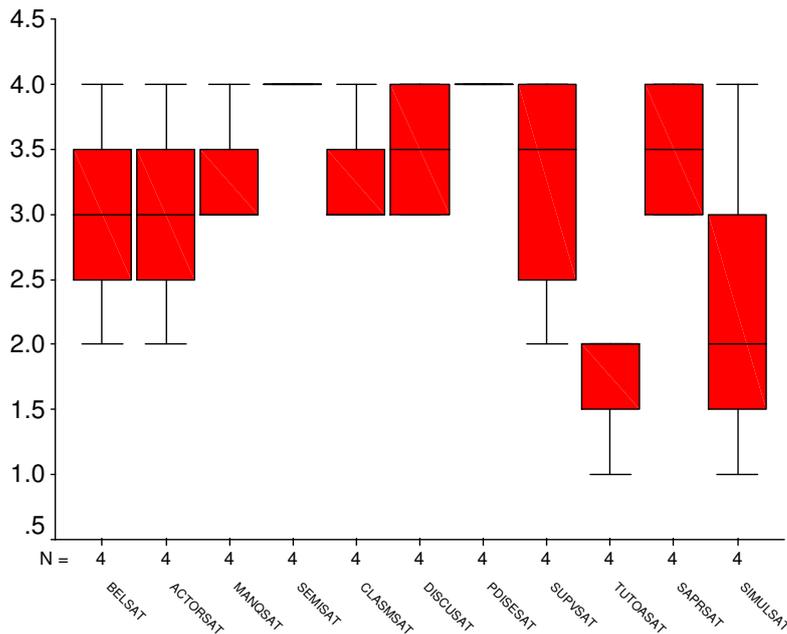


Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
MANQFR	41	1.90	.300	.530	.373	-.530	3.392	.000
CLASMFR	37	3.22	.787	.273	.176	-.273	1.660	.008
EXPALFR	43	2.02	.266	.488	.488	-.442	3.202	.000
DISCUFR	43	2.44	.502	.369	.369	-.309	2.417	.000
PDISEFR	43	2.63	.578	.368	.237	-.368	2.413	.000
TUTOAFR	25	1.72	.792	.258	.258	-.198	1.292	.071
SIMULFR	35	1.91	.373	.476	.381	-.476	2.819	.000
AUDVFR	32	2.03	.740	.298	.298	-.264	1.686	.007

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

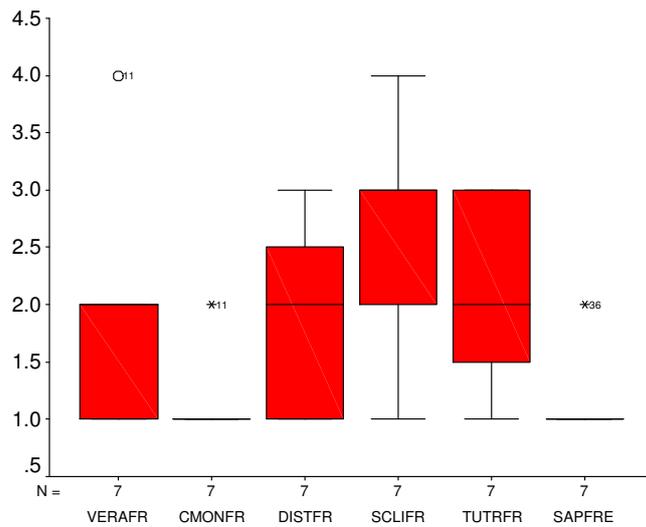


Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
BELSAT	32	3.25	.672	.301	.301	-.292	1.704	.006
ACTORSAT	35	2.51	.818	.250	.250	-.209	1.476	.026
MANQSAT	37	2.84	.688	.269	.245	-.269	1.636	.009
SEMISAT	43	3.19	.699	.279	.279	-.279	1.832	.002
CLASMSAT	37	2.68	.884	.265	.195	-.265	1.611	.011
DISCUSAT	43	3.44	.590	.316	.285	-.316	2.075	.000
PDISESAT	42	3.31	.869	.287	.213	-.287	1.857	.002
SUPVSAT	36	3.25	.604	.327	.327	-.256	1.964	.001
TUTOASAT	15	2.47	.990	.281	.281	-.185	1.089	.186
SAPRSAT	33	2.82	.727	.296	.250	-.296	1.699	.006
SIMULSAT	32	2.00	.672	.344	.344	-.313	1.945	.001

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

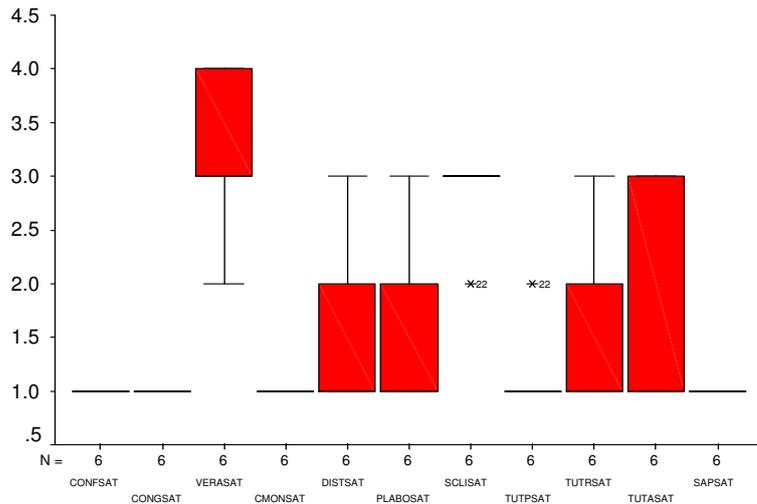


Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	VERAFR	CMONFR	DISTFR	SCLIFR	TUTRFR	SAPFRE
N	40	24	31	41	16	31
Parámetros normales ^{a,b}						
Media	1.92	1.08	1.87	2.61	2.00	1.03
Desviación típica	1.023	.282	.718	.703	.966	.180
Diferencias más extremas						
Absoluta	.246	.533	.249	.271	.225	.539
Positiva	.246	.533	.235	.271	.225	.539
Negativa	-.183	-.384	-.249	-.247	-.162	-.429
Z de Kolmogorov-Smirnov	1.554	2.610	1.385	1.733	.899	3.001
Sig. asintót. (bilateral)	.016	.000	.043	.005	.394	.000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.



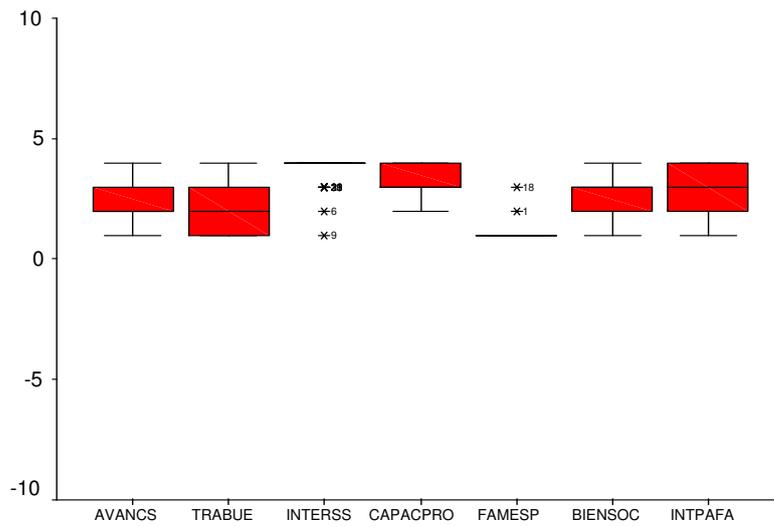
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
CONFSAT	22	1.55	.800	.389	.389	-.248	1.823	.003
CONGSAT	12	1.00	.000 ^c					
VERASAT	26	3.23	.992	.281	.219	-.281	1.432	.033
CMONSAT	11	1.18	.603	.528	.528	-.382	1.750	.004
DISTSAT	26	1.69	.788	.310	.310	-.190	1.581	.013
PLABOSAT	26	2.19	1.021	.190	.190	-.170	.969	.304
SCLISAT	38	2.84	.638	.361	.297	-.361	2.225	.000
TUTPSAT	16	1.75	1.000	.336	.336	-.227	1.343	.054
TUTRSAT	13	2.38	1.121	.247	.199	-.247	.890	.406
TUTASAT	17	2.53	1.179	.243	.197	-.243	1.003	.266
SAPSAT	16	1.19	.750	.536	.536	-.401	2.145	.000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

c. La distribución no tiene varianza para esta variable. No es posible realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.



Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
AVANCS	42	2.19	.804	.308	.308	-.240	1.996	.001
TRABUE	42	2.45	3.217	.361	.361	-.326	2.340	.000
INTERSS	42	3.76	.617	.483	.350	-.483	3.133	.000
CAPACPRO	42	3.24	.726	.258	.224	-.258	1.670	.008
FAMESP	42	1.07	.342	.535	.535	-.417	3.468	.000
BIENSOC	42	2.71	.864	.272	.204	-.272	1.766	.004
INTPAFA	42	2.93	.838	.248	.204	-.248	1.609	.011

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

HU: Medicina Profesores

File: [D:\TESISACTUAL\Atlas\Medicina Profesores]

Codes-Primary-Documents-Table

CODES	PRIMARY DOCS																															Tot	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1. Abandono	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
2. Actitudes y reaccion	3	3	3	1	3	4	3	1	1	4	3	2	4	2	1	2	0	5	1	2	3	0	1	4	4	3	7	5	6	1	4	86	
3. Apoyo familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	
4. Apoyos Aprendizaje	2	1	0	1	2	0	1	0	1	3	0	1	1	0	0	2	0	3	0	2	0	1	0	3	2	0	0	1	1	1	1	30	
5. Cambios en el alumna	1	1	1	1	0	0	3	0	0	1	3	0	3	2	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3	2	1	0	0	2	29	
6. Caract. Alumnado	3	2	6	2	7	1	0	1	1	1	0	0	1	4	2	1	0	3	2	0	3	2	1	1	4	1	1	2	2	0	1	55	
7. Caract. Id. Prof.	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	
8. Caract. Profesorado	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	9	
9. Clínico Transición	2	3	3	2	0	3	4	0	2	2	0	4	1	1	0	1	0	0	3	2	3	0	2	1	2	0	5	2	4	3	2	57	
10. Competencias Académi	4	2	7	1	5	2	1	1	4	5	3	1	1	1	2	2	0	8	2	2	4	1	4	2	2	1	3	2	3	2	3	81	
11. Competencias Clínica	2	1	2	1	0	1	1	0	4	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0	5	1	0	2	1	1	0	6	2	2	2	7	46	
12. Contenido específico	3	1	1	1	1	1	2	1	0	0	1	2	1	1	4	4	0	1	1	1	1	5	0	3	0	1	0	0	0	2	1	40	
13. Contenido PreClínico	1	0	2	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	1	3	0	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	20	
14. Contenidos del Clíni	1	1	2	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	19	
15. Contenidos Ponderaci	2	0	0	3	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	18	
16. Currículo actual Car	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
17. Desconexión intracur	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
18. Diferencias Origen S	1	0	1	2	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	5	1	1	1	2	1	0	1	1	1	2	31	
19. Diferencias por Géne	0	3	2	1	2	2	1	2	1	2	0	1	2	1	3	0	0	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	41	
20. Diferencias por Rend	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	2	1	0	1	2	3	0	1	27	
21. Dificultades con la	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
22. Dificultades para al	0	4	0	2	1	2	2	1	2	0	3	2	1	2	3	4	0	2	3	0	0	3	4	2	2	5	4	1	1	6	3	65	
23. Elementos de apoyo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	
24. Enseñanza Previa Bac	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	
25. Especialistas con pu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
26. Estrategia de apoyo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
27. Estrateg de Apoyo T	1	2	1	0	2	1	1	2	1	6	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0	1	2	3	1	1	1	0	2	3	0	1	2	39
28. Estructura del Clíni	2	0	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	4	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18
29. Estructura del PreCl	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
30. Evaluación Calidad I	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
31. Evaluación Problemát	4	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	0	0	0	3	0	0	2	0	0	2	21	
32. Evaluación Rendimien	3	1	5	2	1	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	1	2	0	1	2	2	2	1	2	1	2	0	2	1	2	0	44	
33. Expectativas de futu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
34. Ética Médica Id.Pr.	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
35. Formación médica en	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
36. Formas de gobierno y	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
37. Investigación	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
38. M.I.R.	3	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	6	1	0	0	3	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	28	
39. Matricula composició	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	16
40. Mejoras al currículo	3	1	1	0	3	0	2	1	1	6	0	5	0	1	8	4	0	4	3	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	56	
41. Mejoras para la tran	1	4	2	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	5	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	27	
42. Metodología Docente	6	0	1	0	6	1	0	3	4	2	3	3	0	5	4	1	0	3	3	6	2	0	5	1	4	2	0	2	0	4	3	74	
43. Metodología docente	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11		
44. Metodología docente	2	1	4	0	2	0	1	0	2	2	3	1	1	1	2	0	2	0	0	1	1	1	0	0	3	1	4	0	0	0	35		
45. Momento de dificulta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	2	11	
46. Motivación Profesor	1	0	6	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4	0	0	4	0	0	1	0	2	1	3	0	0	1	1	1	1	31	
47. Motivación Alumnado	0	1	1	4	3	1	0	0	3	1	0	0	3	0	0	0	0	1	2	3	2	4	0	2	4	0	0	3	3	0	3	44	

48. Organización Clínico	2	1	1	0	0	0	4	0	3	3	0	2	3	0	0	1	0	1	0	3	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	29
49. Organización PreClín	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	7	
50. Personas relevantes	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	
51. Práctica prof. Id.Pr	2	1	3	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	2	21	
52. PreClínico Transició	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	1	2	2	0	1	1	2	0	3	1	0	0	3	27	
53. Problemática Profeso	1	0	0	3	0	0	2	1	0	6	1	2	0	0	2	0	0	2	0	5	1	1	2	0	2	0	1	1	0	0	2	35
54. Profesor-profesor	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5	
55. Relaciones Alumno-al	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	7	
56. Relaciones Médico-pa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
57. Relación alumno-paci	1	0	0	0	1	1	4	0	2	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	18	
58. Relación alumnos-res	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1	2	1	0	14	
59. Relacs. Estudiante-P	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
60. Relacs. Profesor-est	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	3	2	2	0	1	3	1	2	2	1	4	3	4	1	3	1	3	1	62
61. Residentes rol	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	11	
62. Revisión curricular	1	0	1	1	1	0	0	6	1	0	1	1	1	1	1	2	0	2	5	5	0	0	4	0	0	2	0	0	1	1	3	41
63. Rezago Rendimiento	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	15	
64. SemiolfundCirugiaAna	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	9
65. Sistema sanitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
66. Sucesos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	
67. Trabajo asalariado a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
68. Transición intracurr	1	2	3	1	4	3	0	0	0	3	3	1	2	3	4	0	0	0	0	0	1	5	0	2	2	3	4	0	0	1	48	
69. Valoración instituci	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	11
Totals	77	47	81	38	63	37	46	32	49	82	42	40	55	48	72	36	10	58	46	72	56	34	57	40	65	32	59	46	40	47	65	1572

ENTREVISTAS AL PROFESORADO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TERCER Y CUARTO CURSOS DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA UB – BELLVITGE

Gabriela Cabrera

Barcelona, 2003

INDICE

Datos generales de la población	3
Gráficos totales del análisis	4
Alumnado	7
Profesorado	19
Currículo actual	25
Mejoras al Currículo	31
Evaluación del Rendimiento	43
Metodología Docente	53
Apoyos al aprendizaje	67
Competencias clínicas	77
Competencias académicas	82
Calidad Institucional	92
Profesión médica	97
Personas y elementos para la formación	106
Sucesos de la transición PC-CI	112
Transición intracurricular PC-CI	122

DATOS GENERALES

TOTAL DE PROFESORES ENTREVISTADOS **31**
 HOMBRES 30
 MUJERES 01

PROFESORES CATEDRÁTICOS 02
 PROFESORES TITULARES 09
 PROFESORES ASOCIADOS 20

ANTIGÜEDAD DOCENTE 5 – 38 AÑOS
 Media 18.3 años
 Mediana 20 años
 Moda 10 años

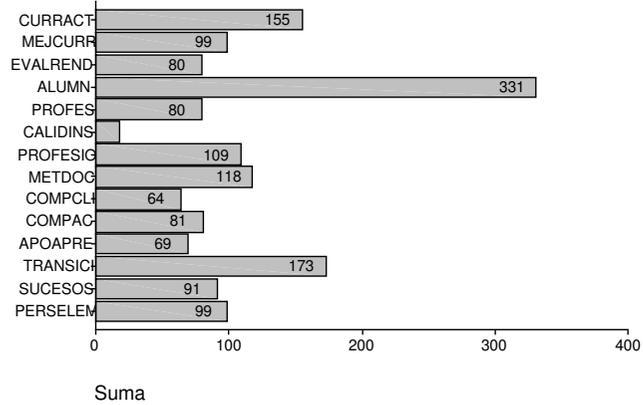
TERCER CURSO 01
 TERCER + CUARTO CURSO 06
 CUARTO + TERCER CURSO 07
 CUARTO CURSO 17

TERCER CURSO*		CUARTO CURSO*	
Semiología Gral. Proped. Clínica*	2	Ap. Circulatorio	4
Fundamentos de Cirugía	2	Ap. Respiratorio*	4
Anatomía Patológica	2	Ap. Digestivo*	3
Radiología y Medicina Física	5	Sist. Nervioso*	2
Farmacología	2	Sist. Endocrino*	2
		Sist. Sanguíneo*	2
		Enferm. Reumatológicas*	1
Total	13	Total	18

GRÁFICOS TOTALES DEL ANÁLISIS

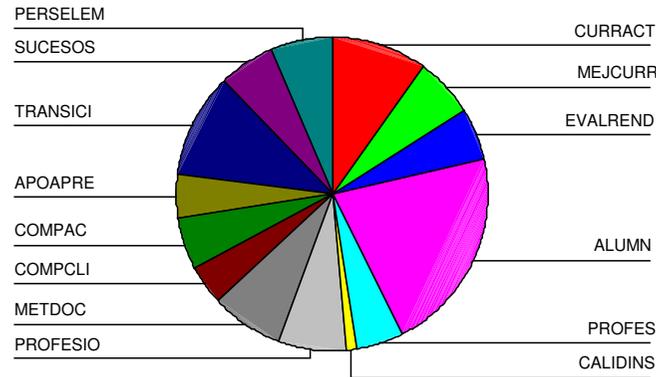
Estudios de Medicina 3º a 4º

Opiniones del profesorado



Estudios de Medicina 3º a 4º

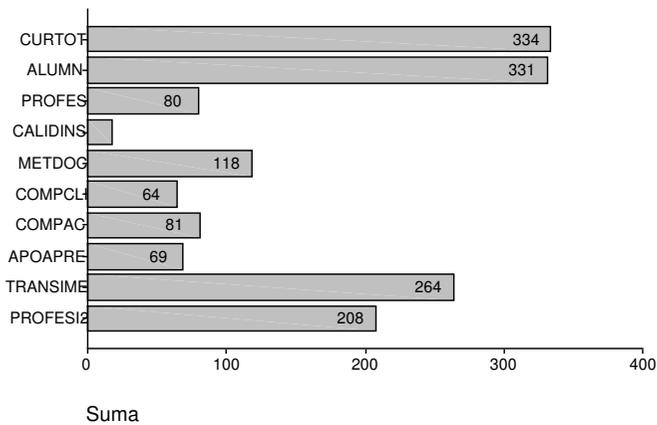
Opiniones del Profesorado



Con categorías reducidas

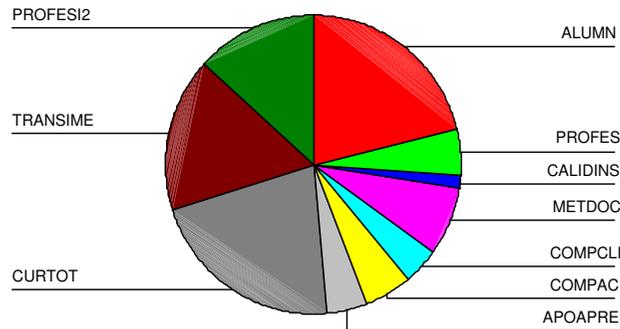
Estudios de Medicina 3º a 4º

Opiniones del profesorado

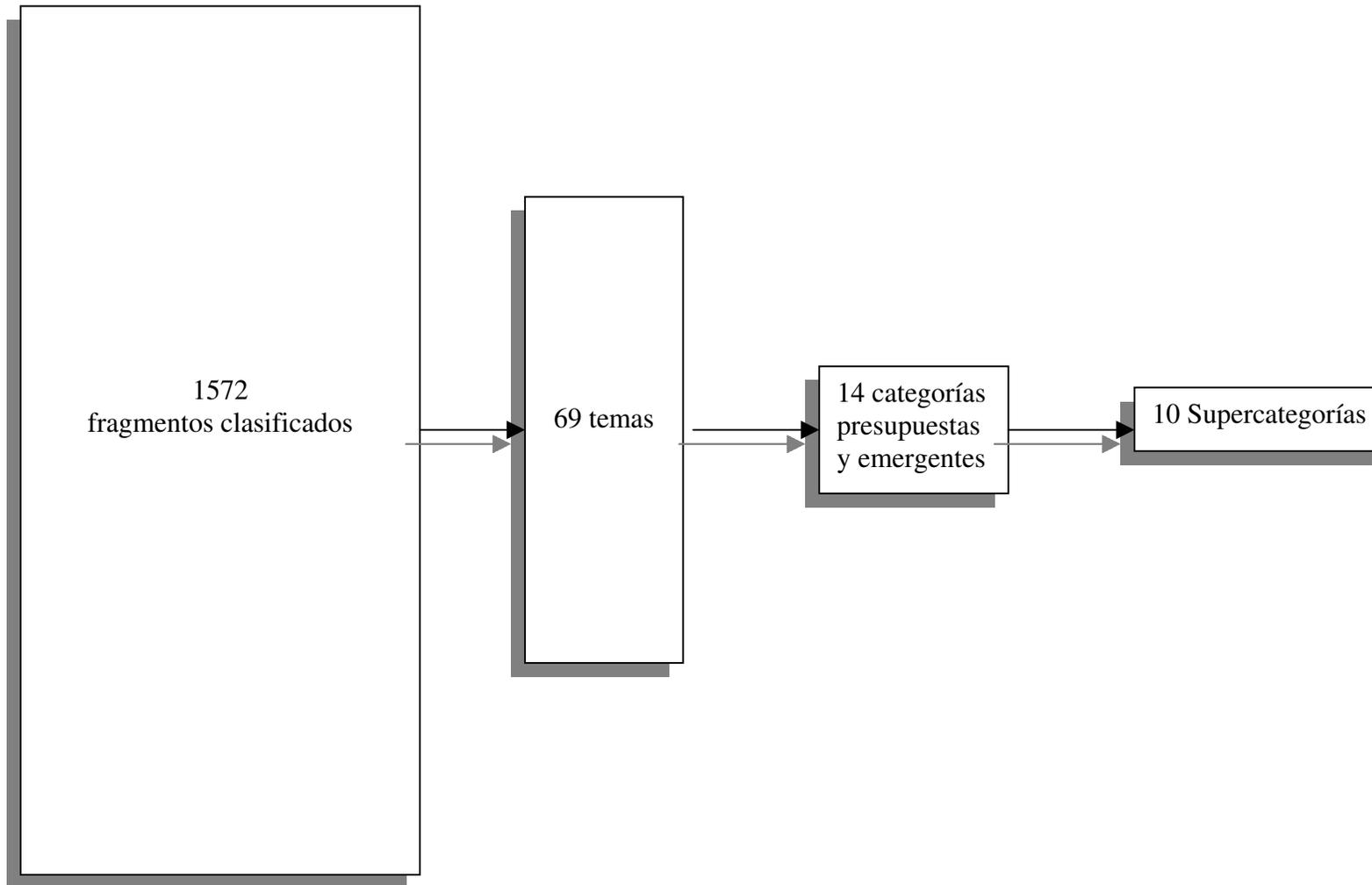


Estudios de Medicina 3º a 4º

Opiniones del profesorado

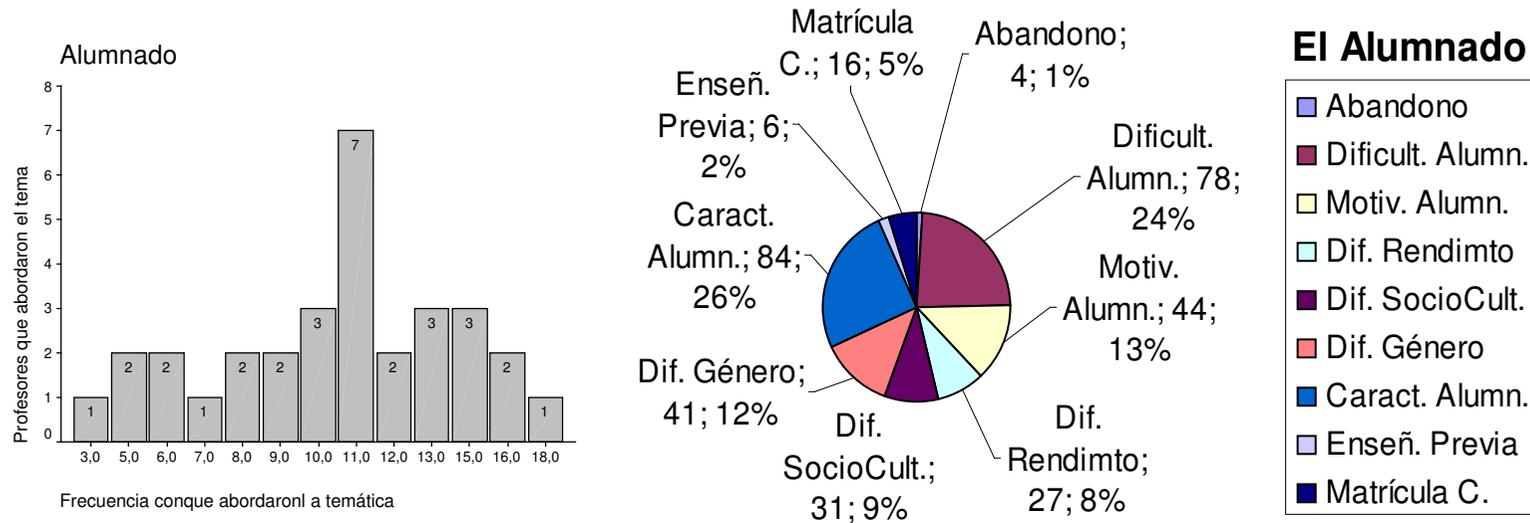


31 entrevistas con una media de 35 minutos de duración, transcritas en 225 folios a partir de siete cintas de 60 minutos.



ALUMNADO

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Alumnado” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (18) que se aludió a la temática correspondió a un solo profesor, mientras que uno de ellos la abordó por lo menos tres veces. En total, sumaron 331 las referencias de los 31 profesores.

La Gráfica muestra que el 26% de las 331 alusiones correspondió a la subcategoría de “Características del Alumnado”, mientras que la de “Abandono” fue menos mencionada, representando el 1%, (4 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Cate- goría	Profe- sores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Matrícula		16	<p>P14: 000.txt - 14:31 (367:370)</p> <p>"En un principio, muchos años atrás, había más hombres que mujeres haciendo medicina y también otras carreras. Después, el número de mujeres fue aumentando y ahora prácticamente hay más mujeres que hombres."</p>	<p>Desde hace casi dos décadas se ha venido incrementando la presencia de mujeres en la educación universitaria. La carrera de Medicina es una de las que ha presentado este aumento hasta modificar su perfil de alumnado, de ser mayoritariamente masculino a ser predominantemente femenino, en especial en los países más desarrollados.</p> <p>En la facultad de Medicina de la UB, la población de esta carrera ha llegado a ser en algunas cohortes, hasta del 70%, así lo destaca el profesorado de la misma.</p>
Enseñanza previa Bach- Univer		6	<p>P14: 000.txt - 14:10 (72:82)</p> <p>"A medida que se han introducido los nuevos planes de estudio, a mí entender, la formación de las personas a nivel global ha sido peor. Cuesta más que entiendan determinados aspectos de... simplemente, no de memorización sino de comprensión de algunas cosas, y esto falla porque tienen defectos en bioquímica básica, bioquímica muy temprana, en matemáticas, en física. Creo que, en este sentido, no parecen tan bien preparados como podían parecer en planes antiguos... El tener una idea general de arte, de pintura, de literatura. Qué es nuestra historia. Veo que no solamente falla el aspecto de la bioquímica, la física, etc. sino una cultura general que no acaba de funcionar..."</p>	<p>Un sector del profesorado sostiene que si bien las nuevas generaciones de alumnado tienen más ventajas tecnológicas que las anteriores, también es cierto que presentan serios déficit en cuanto a ciencias básicas y cultura general, lo que repercute en una baja preparación para afrontar estas áreas a nivel universitario.</p> <p>En particular se pone en duda la eficacia de las últimas reformas a la educación secundaria.</p>
Características		84	<p>P 3: 000.txt - 3:21 (182:189)</p> <p>"...los alumnos vienen con una gran candidez, diría, que su proceso madurativo está como retardado. Los alumnos vienen como muy niños. De manera que uno pensaría que a los 20 años uno ya es un adulto -yo recuerdo cómo quizás éramos nosotros cuando teníamos 20 años-, y yo creo que ahora ellos maduran mucho en el curso evolutivo desde tercero a sexto, yo les noto un gran cambio. "</p> <p>P13: 000.txt - 13:47 (297:302)</p> <p>"...en mis épocas ya dentro de la propia Facultad de Medicina tenías tu trayectoria, tu querías ser cirujano, podía cambiar un poco, pero tu ya tenías marcada una trayectoria, ahora no, ahora dependerá del número MIR que saques..."</p>	<p>El profesorado percibe al alumnado actual como más inmaduro que generaciones atrás.</p> <p>En las anteriores había mucho más definición vocacional hacia una especialidad en concreto, mientras que hoy esta decisión depende en gran medida del examen MIR, condición que, a decir del profesorado también influye en la actitud frente al estudio del alumnado.</p> <p>Su preparación universitaria también ha cambiado a mejor. Hoy, un licenciado en medicina ha tratado con pacientes, cosa que no siempre ocurría así hace veinte años.</p>

Características		<p>P14: 000.txt - 14:8 (43:55)</p> <p>“...La persona que hace medicina tiene un interés en principio, práctico, lo que le interesa es conocer las enfermedades, diagnosticarlas y tratarlas o operarlas, en el caso de que su decisión sea hacer cirugía o ciencias semejantes a cirugía...”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:23 (193:201)</p> <p>“... En tercero son como niños, yo creo, bastante ingenuos, por lo tanto, tienen la ilusión, la mayoría de ellos, es decir, es raro que no tengan esa ilusión de lo nuevo que les llega y de los enfermos, por lo tanto, suelen responder bien en un 99% de los casos.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:7 (38:42)</p> <p>“...son como un poco autómatas, saltando los créditos que se les van pidiendo. Se acostumbran a hacer eso.”</p> <p>P29: 000.txt - 29:5 (27:29)</p> <p>“...Ellos están más habituados a memorizar y aprender conceptos teóricos, explicaciones, fisiopatología y datos, más que aprender actitudes y habilidades.</p> <p>P2: 000.txt – 2:20 (104-110)</p> <p>“..Yo creo que deberían tener mucho más contacto con el hospital, les falta soltura. A mí me da la sensación de que vienen de tercero a cuarto, todavía un poco con conductas de colegio... demasiado con conductas de colegio, demasiado pegados al profesor. Sin intentar buscar, fuera del profesor, el conocimiento, la explicación y luego utilizarlo a él como un diccionario, como un libro de texto...”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:1 (9:15)</p> <p>“... La maduración del alumno en un año es bastante, se nota bastante y el interés por la clínica también. Claro, en tercero, al hacer el segundo cuatrimestre, ahí ya saben algo de Semiología, ya los ves más interesados. Si no, estarían muy perdidos...”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:28 (207:209)</p> <p>“Los alumnos no están acostumbrados a trabajar en equipo, son individualistas, no están acostumbrados a hablar...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:41 (410:413)</p> <p>“... el alumno se siente más individualizado, se siente más en un bloque que es él mismo, que ha de de sacarse las castañas del fuego, que ha de elaborarse su futuro...”</p>	<p>Personales (rasgos y actitudes)</p> <p>El alumnado de Medicina posee una personalidad vocacional orientada al servicio a los demás. Con respecto al aprendizaje y sus hábitos como estudiantes, se detecta variabilidad. A decir de un sector del profesorado suele presentar en mayor o menor medida rasgos como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente y sensibles en los primeros años • Habitado a un aprendizaje memorístico y repetitivo • Puede ser activo y promotor de su aprendizaje • Suele estudiar mucho y obtener notas altas • Más interesado en sus notas que en el aprendizaje • Aparentemente indiferente • Individualista y competitivo <p>El paso por la formación modifica y modela estos rasgos, a la vez que promueve nuevas actitudes y valores. En particular, si bien madura y asume cada vez más los rasgos distintivos de la profesión, también adopta actitudes y valores individualistas - salvo excepciones-, basándose en la necesidad de obtener las mayores notas posibles para llegar en mejores condiciones al examen MIR.</p> <p>Durante su tránsito por la formación se adhiere a pequeños subgrupos de acuerdo con sus intereses y hábitos de estudio. Los más metódicos tienden a integrarse entre ellos, lo mismo que los menos metódicos. Sin embargo, casi el 98% de cada grupo está decidido a lograr sus objetivos académicos, por lo que el abandono es mínimo, además de que cada curso es un nuevo filtro, por lo que, quienes arriban al ciclo clínico, concluirán en tiempo o más tarde, pero lo harán.</p> <p>Su actitud hacia el estudio y sus hábitos son potentes, tienden a sacrificar otras actividades sociales y de esparcimiento a favor del logro de sus objetivos académicos.</p>
-----------------	--	--	--

Características		<p>P 5: 000.txt - 5:14 (87:96)</p> <p>“... Otra cosa es que percibamos que hay una falta de... o se está perdiendo bastante, esto es un sentir general, de colaboración en equipo. Hay mucha rivalidad entre ellos. Porque hay un MIR y hay unas plazas, entonces hay mucha rivalidad en las notas y hay mucha rivalidad en los conocimientos. No interesa que el amigo o el compañero sepa más que tú, tiene que saber menos, porque esto te va a condicionar posteriormente....”</p> <p>P21: 000.txt - 21:4 (27:30)</p> <p>“...Ellos agradecen, no una conferencia magistral, sino un resumen que tendrían que hacer ellos, por tanto, su imaginación disminuye, por tanto, su capacidad de explicarse en público también disminuye...”</p> <p>P24: 000.txt - 24:19 (118:120)</p> <p>“...la actitud de los alumnos también cambia, pero, a veces, esto cambia un poco con la edad del profesor.”</p> <p>P22: 000.txt - 22:26 (177:188)</p> <p>“... hay un grupito de gente muy lista, que captan las cosas a la primera, que son superinteligentes, que aquí hay un chico o una chica, dos, tres personas, chicos y chicas, acostumbra aquí a haber algún chico. Luego, hay un grupo de chicas, muy trabajadoras, aquí casi no hay nunca ningún chico, aunque son chicas muy estudiosas, ojeras, delgaditas, que viven para el estudio, aquí hay pocos chicos, hay muchas chicas, todas con tejanos. Y luego queda el resto de chicos y chicas de, que son menos trabajadores, que sí se preocupan. Creo que existen tres grupos bien diferenciados. Quizá el primer grupo sea el que más interés tiene en preguntar y en hacer cosas.”</p>	<p>El paso del ciclo preclínico al clínico también requiere una adaptación, pues el profesorado de cuarto los recibe con hábitos de estudio más orientados a la memorización que a la asunción de actitudes y desarrollo de habilidades, aún dependientes de la relación profesor-alumno, emisor-receptor.</p>
-----------------	--	---	--

Diferencias por Género		41	<p>P15: 000.txt - 15:51 (387:395)</p> <p>“Sí que se ve una feminización de la carrera porque cuando yo estudiaba -yo tengo mi familia que son médicos desde hace tres generaciones-, mi madre era médico y cuando ella estudiaba aquí en Barcelona había tres médicas en toda la facultad y eran vistas como bichos muy raros y les costaba mucho superar todos los problemas que habían porque se reconocía muy poco que una mujer pudiese hacer una profesión que se consideraba exclusiva para los hombres.”</p> <p>P 2: 000.txt - 2:38 (218:222)</p> <p>“...Es su forma de ser. Yo diría que las alumnas, en general, son menos frías y eso hace que se acerquen de una manera con mayor contacto, aunque la enfermedad sea de alejamiento, ellas se acercan más.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:32 (244:248)</p> <p>“...a los chicos, los veo bastante afectivos. Sí, y bastante delicados a la hora de tratar al paciente. Va de carácter, va más con la personalidad que con el sexo.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:33 (211:218)</p> <p>“...la mujer pregunta más y quiere más, como si tuviera libertad absoluta para exponer lo que quiera, se siente mucho más cómoda que el estudiante. Preguntando y pidiendo hacer cosas. Creo que hay un cambio muy importante de hombre y mujer, pero muy importante en esta generación.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:27 (168:171)</p> <p>“...Me he encontrado que, en este sentido, las chicas son mucho más decididas a la hora de tratar un problema de tipo práctico. En cambio, los chicos son más reservados y les cuesta más.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:31 (243:249)</p> <p>“... posiblemente, la mujer suele mostrar una tendencia a ser más estructurada, mucho más disciplinada en sus estudios que no el hombre, pero son experiencias personales, no puedo sacar nada. Más o menos, las chicas habitualmente se esmeran más en el estudio, son como más puntuales en las cosas, emprenden más, rinden más que los chicos.”</p>	<p>Con la feminización progresiva de la carrera, que hoy conforma el 70% de la misma, es difícil para el profesorado valorar diferencias importantes entre hombres y mujeres. Aun así, su experiencia cotidiana les permitió avanzar algunas consideraciones que, siempre con reservas, dan cuenta de rasgos puntuales del alumnado de Medicina.</p> <p>Con respecto al género, las diferencias que menciona el profesorado se ubica más en cuanto a personalidad y no en rendimiento académico. De acuerdo con lo aseverado, -por su papel de cuidadoras- se adaptan mejor a lo que se espera del médico.</p> <p>De manera general, la mayoría del profesorado consideró que las mujeres son más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sensibles pero más resistentes • metódicas • disciplinadas • responsables en el estudio • autoconfiadas • empáticas con los pacientes • decididas • ansiosas • mejores estudiantes <p>que los estudiantes hombres. Sin embargo, un sector menor considera que no se tienen bases fundamentadas para afirmar lo anterior y que, particularmente en el rendimiento académico, los hombres son tan buenos estudiantes como ellas; lo mismo puede afirmarse de la capacidad empática.</p>
------------------------	--	----	---	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Diferencias por Rendimiento</p>		<p>27</p> <p>P24: 000.txt - 24:8 (47:53)</p> <p>“...Creo que las diferencias importantes están en las notas, entre alumnos que tienen más interés y se esfuerzan más y quizás tengan una preparación de base mejor, y entonces lo pueden integrar mejor. Y hay alumnos que les cuesta más, quizás tengan una base peor y sumado a que van con atrasos crónicos, entonces les cuesta mucho integrar la asignatura...”</p> <p>P25: 000.txt - 25:43 (313:317)</p> <p>“...Los de mayor avance y más conocimientos teóricos, tienen más seguridad en su proceso de aprendizaje, y también les es más fácil preguntar e integrar esto. Creo que la preparación teórica, la seguridad que tengan -cuanta más preparación más seguridad-...”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:32 (259:272)</p> <p>“... son personas que tienen gran capacidad para acercarse al enfermo, porque tienen una seguridad que se la da el haber estudiado mucho. Puede haber tenido o no buenas notas, pero sí es una persona que se preocupa y domina el tema de la patología, se enfrenta con el paciente con una cierta seguridad.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:35 (254:263)</p> <p>“Sería difícil responder esto de que si los que más saben son los que son más hábiles y están más con el paciente... no, no tendría elementos para poder decirlo. Creo que hay gente que es muy brillante académicamente pero que, luego, tienen cierta dificultad para desarrollar la práctica, y otros que son menos brillantes académicamente y sin embargo son muy prácticos, tienen mucho sentido común y compensan bastante. Quizás, te das cuenta de que estos que no son tan brillantes son más útiles en la práctica diaria.”</p>	<p>Como hemos comentado, las diferencias por rendimiento no se establecen en cuanto a género, pero el profesorado se inclina más por otros criterios que pueden ser situacionales o de personalidad.</p> <p>Quizá las diferencias pueden establecerse en que los estudiantes que muestran más interés y estudian más, generalmente tienen una base anterior también adecuada, por lo que los nuevos aprendizajes les cuestan menos que a aquellos que están menos motivados o que traen rezago académico. Incluso, los primeros logran integrar mejor el conocimiento práctico con la base teórica.</p> <p>Los buenos estudiantes generalmente son buenos en todas las asignaturas. El que ha estudiado suele tener mayor capacidad para acercarse al enfermo, por conocer más sobre la enfermedad.</p> <p>También se da una relación inversa, no siempre los estudiantes de mejores notas son quienes mejor se desarrollan en la práctica.</p> <p>Aún no se tiene conocimiento de que existan diferencias significativas en cuanto al rendimiento académico, entre quienes inician las prácticas sin haber pasado por las horas teóricas, y quienes lo hacen a la inversa.</p> <p>Los que están en planta en contacto con los pacientes, pueden llegar a obtener mejores notas y a desarrollar más implicación en su formación.</p>
--	--	---	--

Diferencias socioculturales		31	<p>P 6: 000.txt - 6:27 (175:179)</p> <p>“... son bastante homogéneos los estudiantes. La mayoría de ellos proceden de Barcelona, o de las áreas de aquí, de Hospitalet, y creo que son una procedencia bastante homogénea, en esto no creo que haya diferencias.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:34 (224:229)</p> <p>“...Aún no ha aumentado mucho este número, entonces, hablar de diferencias es difícil. Aquí tenemos dos de Guinea, debemos tener algún árabe. A los de países árabes les cuesta, ¿o a nosotros nos cuesta? esto es lo que no sé discernir bien, si es a ellos, o es a nosotros...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:62 (619:625)</p> <p>“No, no he tenido yo problemas en este sentido. Indudablemente que hay, a veces notas diferencias claras en cuanto al medio, pero no he observado que tengan una repercusión exagerada. Y por motivos religiosos o por creencias de otro tipo no he tenido problemas nunca o que te respondan: pues yo no puedo hacer tal cosa o no puedo hacer tal otra, o tal práctica no sería recomendable.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:34 (409:433)</p> <p>“Nosotros, y me refiero en general a la Universidad de Barcelona y concretamente al Campus de Bellvitge, por lo que se refiere a medicina, la mayor parte de estudiantes son de raza blanca, son españoles, la mayoría de ellos son catalanes y lo que sí es cierto, es que no hay diferencias en el explicar una clase en catalán o castellano, quiero decir, en este sentido hay una normalización lingüística total, de manera que a veces estás dando la clase en catalán y, a veces, si hay alguna pregunta en castellano se contesta en castellano, los exámenes se pueden hacer en castellano o en catalán, no hay ningún tipo de problema en este sentido...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:41 (289:296)</p> <p>“...Hablo de mayor información general, a mayor formación general mejor rendimiento académico. Es decir, la persona leída, por decirlo de alguna manera, y la persona pues que tiene aficiones musicales, que tiene más amplitud de conocimientos y de información, tiene mejor rendimiento académico. Le es más simple, le es más sencillo.”</p>	<p>Las diferencias en cuanto al origen sociocultural del alumnado son mínimas, ya que se trata de una población bastante homogénea, proveniente mayoritariamente de Barcelona, L'Hospitalet, Cornellà y Sant Boi; Valencia y Mallorca en menor medida.</p> <p>Casi no hay estudiantes extranjeros, (en el curso de 4to. han estado dos estudiantes <i>Erasmus</i> italianas). La mayoría es catalana y de padres originarios de otras comunidades españolas.</p> <p>La participación de estudiantes latinoamericanos, árabes o de otras nacionalidades es muy limitada, en grupos académicos y en cohortes, por lo que las diferencias culturales con el idioma destacan, pero todas han sido superadas.</p> <p>Un sector del profesorado considera que quizá las diferencias culturales se ubiquen más en cuanto a educación y cultura general, vinculando esto a la educación familiar.</p>
-----------------------------	--	----	--	---

Motivación del alumnado		<p>44</p> <p>P 4: 000.txt - 4:14 (76:79)</p> <p>"... pero les falta eso, incentiviación, que es un poco la traducción técnica de pasotas. Lo que pasa que no se han estimulado con prácticamente nada, excepto el pasar el examen MIR. Es mi impresión."</p> <p>P22: 000.txt - 22:21 (137:142)</p> <p>"Hay cursos en que parece que te miran con una indiferencia total y que van apuntándose cosas pero no preguntan y hay otros cursos, y dentro de estos, algunos grupos, en que hay interés en preguntar."</p> <p>P 4: 000.txt - 4:25 (134:136)</p> <p>"A los que están allí y se les ve interesados, después, en los exámenes se nota."</p> <p>P 5: 000.txt - 5:46 (325:326)</p> <p>"...lo que más les estimula es ver la aplicación práctica..."</p> <p>P 6: 000.txt - 6:34 (233:236)</p> <p>No, yo creo que incluso lo están deseando de alguna manera, pasar a ver enfermos y tal, esto es lo que están desando ya. No sé si les gustaría hasta acortar la etapa preclínica a ellos, no lo sé. Seguramente.</p> <p>P25: 000.txt - 25:20 (114:117)</p> <p>"... por eso pienso que esta bien que tenga un cierto cariz de dificultad, para que pongan más interés y para estimular más la dedicación de los estudiantes."</p> <p>P28: 000.txt - 28:21 (146:148)</p> <p>"... de tanto en tanto, cambiamos un poquito y subimos un poquito el nivel para dar una nota de aviso, porque si no, no hay manera de motivarlos..."</p> <p>P19: 000.txt - 19:5 (25:29)</p> <p>"Creo que ellos están más motivados por la parte teórica aunque es el contenido más denso. Diría que [con] la parte práctica ellos están menos motivados porque de alguna manera les parece que se les examina menos..."</p> <p>P20: 000.txt - 20:37 (211:213)</p> <p>"...Difícil, pero al mismo tiempo reconfortante, porque el estudiante hace muchas cosas, está bien tratado, aprende mucho y se le exige mucho...el estudiante nota que el profesorado tiene interés y que le exige mucho y por eso estudia mucho."</p>	<p>La motivación es un elemento básico en el Aprendizaje. Por ellos es tan importante que los alumnos estén motivados para aprender, como que el profesor, aparte de motivarlos, esté motivado él mismo.</p> <p>En el caso de Medicina, hay aspectos puntuales que estimulan al alumnado:</p> <p>En el ciclo preclínico, el profesorado ha de esforzarse más para motivarlos por el contenido de las asignaturas básicas, y otras que no perciben directamente vinculadas a la profesión médica. A los alumnos les motiva su propia vocación, por eso ansían llegar al ciclo Clínico.</p> <p>Una vez en el Clínico (4to. curso) se les ve muy entusiastas En este ciclo se motivan más por la parte práctica que por la teórica, aunque hay quien disiente, porque al no ser valoradas adecuadamente, los alumnos tienden a no poner interés en ellas. En los grupos suele haber subgrupos más o menos motivados, incluso algunos que muestran total indiferencia.</p> <p>En la fase clínica les motivan las prácticas, su propio aprendizaje. Un cierto grado de dificultad propicia el interés del alumnado en la asignatura. El alumnado no tiende a quejarse del trabajo en la práctica, porque sabe que así aprende más. Si está motivado preguntará más.</p> <p>El realizar las pruebas o prácticas por ellos mismos, como punciones, o participar de las tareas de médico, les genera gran satisfacción y motivación.</p> <p>Un área que les interesa más es la de autoprotección, ya sea de enfermedades infectocontagiosas o de terapéuticas como radioterapia. La cirugía también es muy atractiva pero sólo para aquellos que se identifican con esta área de la Medicina.</p>
-------------------------	--	--	---

Motivación del alumnado			<p>P 9: 000.txt - 9:14 (127:132)</p> <p>"...lo noto en que los alumnos de cuarto que vienen, desean estar más horas en quirófano con nosotros. Las intervenciones son largas y ellos se tienen que marchar porque a la una y media tienen la clase. Y entonces queda truncada ahí una necesidad vital que él tenía."</p> <p>P13: 000.txt - 13:21 (118:124)</p> <p>"...el alumno o la alumna que vibra más por la cirugía, demuestra más interés por los detalles quirúrgicos. El que ve a la cirugía como una cosa que no le llena, quizás no profundiza tanto en las preguntas, o en los comentarios.</p> <p>P22: 000.txt - 22:22 (143:150)</p> <p>"...los alumnos tienen mucho interés y mucha curiosidad es por la parte de la xxx, cómo afecta a sus vidas, la protección de los médicos, de la población en general, es algo que cuando empiezas a hablar de esto se les estimula enseguida la curiosidad y las ganas de preguntar sobre estas cosas."</p>	
-------------------------	--	--	---	--

Dificultades para el alumnado		<p>78</p> <p>P 8: 000.txt - 8:34 (11:18)</p> <p>“Los conocimientos que se les dificultan más a los alumnos de tercer curso son los teóricos.”</p> <p>P11: 000.txt - 11:37 (345:347)</p> <p>“Por muy bien que lo expliques, que estés convencido que lo has explicado muy bien pues resulta hay alumnos que no te entienden...”</p> <p>P14: 000.txt - 14:7 (39:42)</p> <p>“... las cuestiones relacionadas con mecanismos básicos sobretodo y especialmente en bioquímica, en algunos aspectos complejos de fisiología, esto quizás les cuesta un poco más.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:26 (197:201)</p> <p>“Esta es la dificultad que nos encontramos y, a veces, como uno la entiende tampoco puede forzar. La dificultad no es que el alumno sea malo, ni que a lo mejor no tenga interés, es que le estás pidiendo algo que no puede hacer”</p> <p>P14: 000.txt - 14:4 (24:26)</p> <p>“... esto depende un poco de los cursos y en general de la enseñanza previa que hayan tenido los estudiantes.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:4 (29:31)</p> <p>“...creo que la dificultad de ellos es en conseguir todo el conocimiento teórico que necesitan.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:21 (122:123)</p> <p>“Yo creo que los teóricos, porque los procedimentales les son muy atractivos...”</p> <p>P27: 000.txt - 27:9 (46:49)</p> <p>“Yo diría que el teórico es como más fácil todo, hay una serie de cosas que hay saber, es cuestión de leerlas, estudiarlas y aprenderlas y no hay mucho más.</p> <p>P23: 000.txt - 23:5 (28:31)</p> <p>“Cuando tienen que hacer el diagnóstico diferencial, tener que decidirse hacia un diagnóstico firme de patología benigna o maligna, es aquí donde más les cuesta.”</p>	<p>Las dificultades para el aprendizaje del alumnado, son un factor decisivo en la calidad de su formación. Las dificultades que los estudiantes vivencian a través de su tránsito por una carrera universitaria, logran caracterizar incluso a la imagen de la profesión y más allá, en su ejercicio profesional; son también factor a considerar en el proceso de toma de decisión para elegir carrera de los estudiantes de bachillerato. De ahí la relevancia que este factor reviste.</p> <p>La imagen social de los estudios de Medicina remite a la de estudiantes esforzados, empeñosos, enclaustrados tanto en casa como en bibliotecas durante cinco o seis largos años y, después, jóvenes internos en hospitales que pasan duras jornadas de guardias, antes o durante sus estudios de especialidad. ¿Qué ocurre en estos años? ¿tienen dificultades? ¿cómo las sortean y superan? A decir del profesorado de tercer y cuarto curso de Bellvitge. Las dificultades se centran en los siguientes puntos:</p> <p>Cada ciclo tiene sus propios puntos de inflexión pedagógica. En el PreClínico, con las asignaturas básicas lo más difícil es aprender los conocimientos teóricos y abstractos, además de las asignaturas más extensas y densas como las anatomías. Por el contrario, durante el Ciclo Clínico, la parte teórica suele ser más fácil, en tanto los conocimientos técnicos y procedimentales son los más difíciles para el alumnado. Se pone de manifiesto que las dificultades en ambos ciclos se deben, en parte, a que necesitan otros conocimientos previos para hacer anclajes cognitivos y no a la falta de motivación o de hábitos de estudio.</p> <p>Mención especial requiere el razonamiento clínico indispensable para establecer sus primeros diagnósticos, habilidad fundamental para interpretar informes gráficos o imágenes, también difíciles para el estudiante.</p> <p>Otra área son las habilidades de comunicación, como las de expresión oral.</p> <p>Una dificultad real para el alumno es disponer de poco tiempo para el estudio, por ello, el trabajo asalariado, por horas o contrato representa un <i>handicap</i> en su formación.</p>
-------------------------------	--	--	--

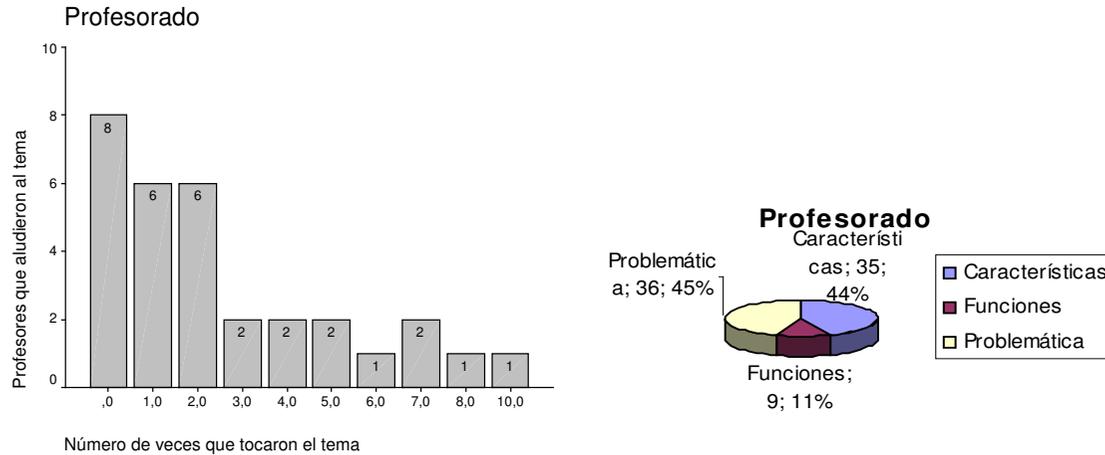
<p>Dificultades para el alumnado</p>		<p>P28: 000.txt - 28:4 (24:30)</p> <p>"... cuando el alumno está delante de un electroxxx le cuesta saberlo interpretar con corrección. Esto es lo que más le cuesta y lo que más les gusta también a la vez, porque para ellos es un reto, el aprender esta técnica. De hecho, creo que es lo que les resulta más dificultoso..."</p> <p>P19: 000.txt - 19:34 (163:164)</p> <p>"Les cuesta un poco, yo creo que no están habituados a esta situación de coloquio y de exponer..."</p> <p>P27: 000.txt - 27:8 (46:46)</p> <p>"[Las dificultades] Depende del estudiante."</p> <p>P26: 000.txt - 26:3 (30:32)</p> <p>"Yo creo que apenas si entienden. Les cuesta mucho. En la primera parte de la asignatura."</p> <p>P15: 000.txt - 15:23 (167:169)</p> <p>"Yo creo que al principio de la asignatura, en los primeros meses, porque es la parte general que es muy árida."</p> <p>P21: 000.txt - 21:46 (339:343)</p> <p>"... que tiene dificultad con el catalán, si puede decir la clase en castellano."</p> <p>P25: 000.txt - 25:47 (342:347)</p> <p>"Cuando se acercan los exámenes. Es cuando más distantes están, más encerrados en sus apuntes, si no les vigilas no hacen las prácticas y, en la clase, bajan en la asistencia a clase porque están estudiando. Esta es una de las épocas de dificultad. Y luego, al inicio de todo, en el primer mes, un poco de despiste. Pondría estas épocas: el primer mes del curso, sobretodo en cuarto, y luego en exámenes, cerca de exámenes, en enero y en mayo."</p> <p>P19: 000.txt - 19:6 (35:39)</p> <p>"Cuando se acercan los exámenes, porque intentan adelantar las clases, intentar venir menos a las prácticas para tener más horas para estudiar. Y yo creo que siempre, de cara a exámenes, cerca de los exámenes siempre hay más problemas."</p>	<p>En menor medida, se considera que las dificultades dependen de la persona, más que de elementos de apoyo o contextuales.</p> <p>Los momentos clave en la formación, y de dificultad manifiesta se ubican al inicio y durante los dos primeros años de la carrera, y al inicio del tránsito al ciclo clínico, es decir, durante las primeras semanas y, por supuesto, antes de los exámenes.</p> <p>Al principio del ciclo PreClínico por dos razones, una la propia transición bachillerato-universidad que atraviesan con todos los elementos psicosociales implicados. Y dos, el contenido y metodologías docentes de las asignaturas básicas. Ejemplos de ello, son: la amplitud de contenidos, el aprendizaje memorístico, las clases tradicionales para temáticas áridas.</p>
--------------------------------------	--	--	---

Abandono		4	<p>P 9: 000.txt - 9:33 (277:281)</p> <p>"...creo que la mortalidad estudiantil se manifiesta más en los cursos preclínicos, ahí es donde se produce el gran cribaje y aquel que ve que aquello no va con él, se va, o lo deja o lo que sea. Es más difícil que esto pase en los cursos clínicos, mucho más difícil."</p> <p>P11: 000.txt - 11:3 (12:17)</p> <p>"...es posible que, en fin, que se den cuenta que en esto de la medicina no liga con el enfermo, con otras personas, pero bueno, para esto están en este periodo de paso, que generalmente se soluciona realmente, o cambia de carrera o se va a una especialidad no clínica."</p> <p>P14: 000.txt - 14:41 (585:614)</p> <p>"Sí, a lo largo del año se ha detectado algún caso, no muchos, dos o tres, dos concretamente que realmente eran problemas de que no daban para más. Entonces cuando es una situación de este tipo, lo que se les aconsejó en estas ocasiones fue que dejaran medicina y buscaran [otra opción]. Pero no solamente que dejaran medicina, sino ver qué otras cosas podrían ser interesantes que pudieran hacer, dentro del campo que ellos habían elegido... yo creo que es función también del profesor detectar más o menos cuáles son estas circunstancias. Porque es mejor, además, poder captar estas situaciones ahora en tercero que no esperar mucho más adelante. ¿Por qué? Porque la autoestima se va por los suelos, hay una frustración total..."</p>	<p>El abandono escolar de Medicina es el menor de la UB. Casi siempre se trata de cambios de carrera, y en menor medida, dejar los estudios totalmente por problemas personales o familiares.</p> <p>El profesorado entrevistado menciona el cambio de carrera en los dos primeros cursos de la formación. Asume como adecuado el que el estudiante que tome una decisión así, lo haga en función de sus intereses, rendimiento académico y busque una alternativa profesional satisfactoria.</p> <p>También se menciona el hecho –bastante frecuente- de aquellos estudiantes que, habiendo elegido medicina no se identifican con el área de la relación asistencial y, en virtud de ello, al elegir especialidad, seleccionan aquellas más relacionadas con investigación o tecnología médica, en las que el contacto con los pacientes suele ser escaso o nulo.</p>
----------	--	---	--	---

PROFESORADO

La categoría “Profesorado” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Tabla

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (10) que se aludió a la temática correspondió a un profesor, mientras que 6 de ellos las tocaron por lo menos una vez. 8 profesores no se refirieron a ellas. En total, sumaron 80 las referencias de los 23 profesores.

Gráfica

La Gráfica muestra que el 45% de las 80 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que la de “Funciones” fue la menos mencionada, representando el 11%, (9 veces).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Profesorado

Cate- goría	Profe- sores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Características	16	35	<p>P 5: 000.txt - 5:43 (317:319)</p> <p>“...somos personas bastante accesibles y, sin embargo, ves que ellos no se acercan tanto como podrían...”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:29 (165:169)</p> <p>“...Yo creo que nos ven como distantes... una persona mayor que no tiene ninguna afabilidad, independientemente de su carácter...”</p> <p>P24: 000.txt - 24:18 (116:118)</p> <p>“La relación que se mantiene, yo creo que depende más de la actitud del profesor que de los alumnos, generalmente...cambia un poco con la edad del profesor. En el año 86, en general, tenía una actitud y un trato más directo que ahora que hay más [edad, se es más] mayor y más distante.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:24 (202:208)</p> <p>“...En lo que es la pura ciencia, [les hago ver] lo emocionante que puede ser la fisiopatología de las enfermedades, la vivencia fisiopatológica de las cosas. Como lo que es luego la propia acción de la medicina en lo que son los enfermos, la vivencia humana, lo que esto representa. La emoción que puede ser el hacerse clínico... Ese arte, entre ciencia y arte-oficio, ¿eh? que cuesta mucho de aprender.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:19 (160:173)</p> <p>“El problema [de la transición PC-CL] es el grado de inflexión que se produce y la satisfacción que uno puede tener por... o la insatisfacción por considerar que eso es pequeño. Yo con los estudiantes vuelvo a hablar a final de curso, generalmente, [y observo que] el proceso que se ha hecho es bueno, es positivo, ellos suelen estar contentos y les gusta la asignatura, les gusta la materia, han cobrado nuevamente ilusión con ello. Yo vuelvo a hablar con ellos al final de la carrera, normalmente, [y estos estudiantes] valoran aquel proceso de Semiología en tercero aún más positivamente cuando ven todo el transcurso de la carrera, y se dan cuenta de lo que significó aquello, de la orientación que tenía y que, en aquel momento, se les escapaba un poco de delante...”</p> <p>P15: 000.txt - 15:35 (277:288)</p> <p>“...Sobretudo, [es necesario] tener gente formada con vocación de enseñar todas estas cosas que son muy aburridas. Cuando uno explica una práctica de estas... pues si no crees que estés ofreciendo algo que puede ser útil, para el que lo hace por dosmillonésima vez, se necesita mucho convencimiento para trasladarle el entusiasmo y el frescor... [al alumnado].”</p>	<p>Esta subcategoría incluye los rasgos que caracterizan al profesorado, actitudes, motivación y satisfacción con su trabajo docente.</p> <p>Un sector del profesorado se autopercebe como accesible pero, señalan, que el alumnado puede percibirlos distantes por la edad.</p> <p>La motivación del profesorado está directamente relacionada con su vocación médica, con su profesión y, en consecuencia, con su vocación docente. El profesor que disfruta su ejercicio profesional intenta transmitirlo al alumnado.</p> <p>Este disfrute se basa en el convencimiento de que la propia labor tiene una utilidad. Hecho que se corrobora al contrastar los efectos de las actividades docentes después de tiempo transcurrido.</p>

<p>Características</p>		<p>P25: 000.txt - 25:32 (184:193)</p> <p>“Cuanto más joven es el profesor esta barrera de edad desaparece, pero también es por parte del profesor que a veces no les anima lo suficiente. Hacerles hablar y hacerles preguntar, porque cuando les animas, empiezan a preguntar cosas. ‘Y este vendaje por qué es así y por qué no es así’, por ejemplo en Cirugía, ‘y esta herida por qué la han hecho así y tal’ y esto es responsabilidad del profesor, quien tiene que hacer un esfuerzo que a veces no hacemos. A veces pensamos, ‘ya preguntarán, que pregunten, que pongan interés’.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:41 (306:318)</p> <p>“... Quizá lo que habría que buscar es que la motivación por cada materia, no por la mía, por cualquiera, fuese una motivación auténtica, porque si no, lo que estamos es sirviendo... para rellenar un crédito, para cumplir un trámite administrativo... Cuando realmente aciertas, que pasa a veces, en encontrar que ofreces algo que a la gente le interese, entonces todo el mundo disfruta realmente, el profesor enseñando y el alumno aprendiendo... esto se nota enseguida que hay una buena sintonía y que es muy provechoso y que hay mucho contacto y mucha cosa...”</p> <p>P25: 000.txt - 25:53 (371:374)</p> <p>“...es lo que siempre pienso, cuanto más contacto con el alumno, mejor enseñanza y mejor aprendizaje, porque yo también estoy más satisfecho y ellos aprenden más, y les puedo motivar más.”</p>	<p>La motivación del profesorado también se expresa en su quehacer docente. Insta, estimula y promueve la participación del alumnado en el escenario clínico, dando lugar al nuevo enfoque de aprendizaje <i>in situ</i>, característico de la enseñanza clínica.</p> <p>Cabe destacar que una característica de la enseñanza clínica es la cercanía física, el contacto personal, el aprendizaje en pequeño grupo.</p>
------------------------	--	--	---

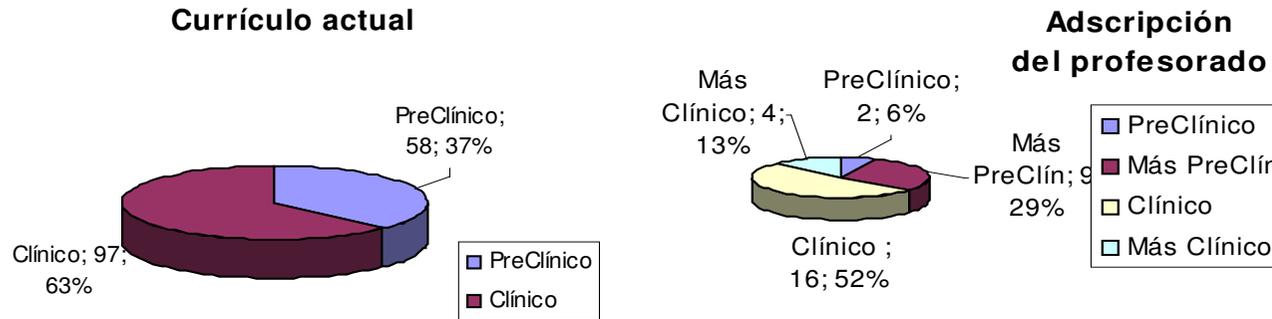
Funciones	6	9	<p>P10: 000.txt - 10:60 (546:550)</p> <p>“Como profesor, mi contacto con la Universidad consiste en impartir unas clases, unos seminarios que, en total, deben tener siete horas multiplicado por dos, porque son dos grupos por año y debo atender a los estudiantes durante [su estancia en] la planta...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:52 (358:359)</p> <p>“... la enseñanza que nosotros damos tiene mucho de profesor <i>actor</i> y de estudiante <i>público</i>.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:44 (313:318)</p> <p>“... [El profesor actualmente] da su clase magistral, examen al final de cuatrimestre, resultado de este examen y revisión de examen...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:10 (72:76)</p> <p>“...Yo estoy todavía trabajando en un proyecto que tengo la esperanza de que algún día tenga medios suficientes como para terminar de desarrollarlo, para que vean que en sí es un problema de formación [basada en] por problemas.”</p>	<p>El profesorado asume la actividad docente como impartir clases de una asignatura que puede realizarse en aula o en salas de hospital. La clase puede ser más expositiva o interactiva, pero siempre incluye una evaluación final y una revisión de la misma.</p> <p>Otra de las actividades docentes es la de desarrollar estrategias educativas encaminadas a mejorar la enseñanza de la Medicina y, por ende, la formación médica del alumnado. Es el caso del enfoque de Educación basada en Solución de Problemas, Clase Virtual, Desarrollo de Habilidades Clínicas o Evaluación objetiva estructurada, proyectos en los que se hayan involucrados algunos profesores.</p> <p>REVISAR LA JORNADA SOBRE DOCENCIA MÉDICA 2003.</p>
-----------	---	---	--	--

Problemática	15	36	<p>P 7: 000.txt - 7:43 (221:225)</p> <p>"...muchas veces es una materia que hay que desarrollar uno mismo y posiblemente requiera tiempo, requiera disponer de personal colaborador y éste es un problema, una falta que hay.</p> <p>P 8: 000.txt - 8:28 (130:136)</p> <p>"... porque nos falta gente, nos falta profesorado. No podemos hacernos cargo de 80 alumnos cada curso rodando por aquí todo el día. Hace falta profesorado..."</p> <p>P 1: 000.txt - 1:15 (166:173)</p> <p>"... A veces hay dificultades porque hay pocas personas integradas en la Universidad con nombramiento y a veces, normalmente, tenemos que echar mano para la ayuda en esas prácticas, de personas que no están directamente vinculadas, o sea, de médicos especialistas que no tienen categoría docente porque hay pocas plazas, o médicos residentes que tampoco tienen ninguna categoría y que lo hacen."</p> <p>P10: 000.txt - 10:39 (413:417)</p> <p>"... Aquí pretender hacer una enseñanza muy práctica a cargo de un pobre médico que está en la planta y que tiene que ver a los pacientes, dar altas, bajar a la consulta, hacer las interconsultas, hacer las guardias, salir de guardia, lo tiene muy difícil."</p> <p>P20: 000.txt - 20:11 (50:57)</p> <p>"... aquí los médicos que dan clases, visitan enfermos y hacen investigación, todo al mismo tiempo... aquí hay que hacer un poco de todo y esto va en detrimento de la docencia, en detrimento de la investigación, en detrimento de la práctica."</p> <p>P10: 000.txt - 10:64</p> <p>"...yo le puedo decir que en el Hospital Clínico con el mismo volumen de estudiantes o un poquito más, la misma asignatura tendrá más del doble de profesores... Aquí... en las asignaturas clínicas aún se depende excesivamente de la voluntariedad de los clínicos que tienen función docente...Yo creo que aquí con la presión asistencial, compaginar la docencia a un buen nivel y encima tener una actividad de investigación, es un trabajo, en fin, digno de titanes. Es muy difícil conseguirlo, llevarlo a la práctica. Y el grado de compensación que da esto, realmente es poquísimo, por decirlo así, el sueldo que te puede llegar por ser profesor, evidentemente no compensa.</p> <p>P 4: 000.txt - 4:17 (92:98)</p> <p>"... como profesor tengo unas mañanas absolutamente llenas completamente y porque no se me permite dedicarle más tiempo [a la docencia], porque lo que te están pagando y lo que te están exigiendo no tiene ninguna relación. Es un sueldo... es una cantidad de dinero absolutamente simbólica. No sé si esto pasa con los catedráticos y los profesores adjuntos, ahí no lo sé..."</p>	<p>La problemática referida por el profesorado sobre su trabajo se ubica en las condiciones laborales bajo las que éste se realiza.</p> <p>El trabajo del profesor de la Facultad de Medicina UB, Campus Bellvitge, se caracteriza por tener dos áreas, como docente y como médico, además de la investigación como una actividad opcional. Esto hace que la carga de trabajo se incremente y genere conflictos en el profesorado, a nivel personal y con su entorno, sea este de alumnado o de colegas.</p> <p>Es normal, por ejemplo, que parte de la docencia clínica se apoye en médicos sin vinculación laboral docente con la Universidad, es decir, en profesionales que, no obstante su disposición y voluntad, no siempre realizan esta labor con la calidad requerida.</p> <p>Incluso, la carga docente asignada al profesor-médico es percibida como más alta en comparación con los de otras universidades o, más cerca aún, el otro campus de la UB; por ello, el profesorado considera que hay necesidad de más profesores y/o de reestructurar la organización del trabajo docente.</p> <p>Este exceso de carga laboral les lleva a considerar como insuficiente el sueldo, pues no compensa el tiempo y la dedicación que otorgan al proceso formativo del alumnado.</p>
--------------	----	----	--	--

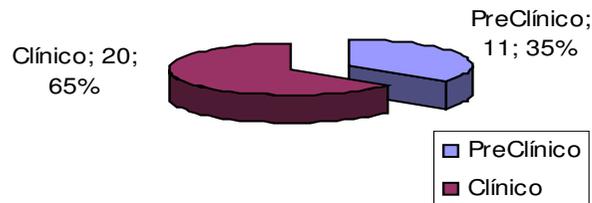
<p>Problemática</p>		<p>P22: 000.txt - 22:32 (222:224)</p> <p>“...Yo no soy un experto en educación, ni mucho menos. Es decir, que no sabría qué decirte, para que pudieran mejorar [los estudiantes].”</p> <p>P10: 000.txt - 10:30 (341:345)</p> <p>“... sí que el origen [cultural] de los pacientes te obliga a contactar con ellos de una manera algo distinta, para lo cual nosotros estamos muy mal preparados, porque de esto nadie nos ha contado nada... Tenemos que ir aprendiendo a base de tropezar en la práctica.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:35 (238:257)</p> <p>“... creo que otro de los elementos que a los profesores nos falta es un buen postgrado en técnicas de enseñanza. Se da por supuesto que yo soy un especialista de más de 25 años de ejercicio, que he hecho todas las tesis doctorales habidas y por haber, que he hecho no sé cuantos trabajos y he publicado no sé qué, pero nadie me ha preguntado a mí mis capacidades y habilidades para la docencia, y esto que me pasa a mí, imagino que le pasa a mucha gente... los catedráticos aprueban una serie de cosas que se les piden, pero sus capacidades docentes no son evaluadas ni reevaluadas, porque uno puede tener una ilusión cuando le nombran o es profesor, pero con el tiempo se pierde y, entonces, mantener ese nivel de excelencia en la docencia, es [imposible]... por lo tanto, al profesor se le tiene, primero, que incentivar, segundo, formar, y tercero, pagarle.</p> <p>P18: 000.txt - 18:34 (228:233)</p> <p>“... [el apoyo al alumnado para afrontar el hecho clínico] no es estructural tampoco ni para los médicos, ni para las enfermeras. No hay un apoyo, no hay una distribución de tiempo, de relax, no hay unas compensaciones de otro tipo, más que la investigación, quien la quiera hacer... y pare usted de contar.”</p>	<p>A mayor abundamiento, el profesorado reclama la falta de atención sobre su desempeño docente por parte de la propia institución. Refieren percibir carencias en su capacidad para transmitir conocimiento o en otras áreas como la competencia intercultural, si bien no afrontan un alumnado diverso, sí tienen un amplio espectro de orígenes socioculturales entre los pacientes, cuestión que puede ser objeto de una situación de aprendizaje del alumnado en una sesión clínica.</p> <p>En términos de condiciones laborales, la ausencia de mecanismos institucionales de evaluación de la calidad, se pone de manifiesto en el reclamo del profesorado por recibir una mínima retroalimentación acerca de cuán efectivo es su trabajo docente. Asimismo, consideran ausente la implementación de estrategias de apoyo socioafectivo para el afrontamiento de su trabajo clínico.</p>
---------------------	--	---	---

EL CURRÍCULO ACTUAL DE MEDICINA UB-BELLVITGE

Los tópicos referidos a la categoría “currículo actual” se distribuyeron como sigue:



Adscripción del profesorado entrevistado de 3º y 4º cursos



Gráfica

En total, sumaron 155 las referencias de los 31 profesores. La Grafica muestra cómo el 63% (97 referencias) de las citas se refirió al ciclo Clínico, considerando que es el ciclo de la mayoría del profesorado entrevistado, del que opinaron 24 de los 31 profesores; mientras que el 37% (58 referencias) correspondió al ciclo PreClínico, en este caso, participaron 15 de los 31 profesores, en particular, aquellos que, perteneciendo al ciclo básico por su ubicación docente, imparten seminarios en el ciclo Clínico.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
PreClínico Contenido y estructura	15	31	<p>P20: 000.txt - 20:2 (13:15)</p> <p>“El período preclínico es mucho más teórico, porque son ciencias básicas, biología, anatomía...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:6 (11:19)</p> <p>“... en las enseñanzas básicas... se trata de impartir unos conocimientos que como su nombre indica son básicos y que sitúan al alumno en unas estructuras anatómicas, en unos funcionamientos, en unas bases histológicas y bioquímicas... Los alumnos en las asignaturas básicas aprenden la situación y el funcionamiento normal de estas estructuras.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:1 (10:12)</p> <p>“La fase preclínica marca los fundamentos fisiológicos, moleculares, anatómicos, etc. para hacer el aprendizaje del clínico.”</p> <p>P24: 000.txt - 24:39 (299:314)</p> <p>“... esa es la parte que se puede presentar como más bonita, la de muchas imágenes y rapidez de hacer diagnósticos y todo eso, pero, hay la parte más dura, de ver toda la información que puede dar o no, las exploraciones y el estudio un poco más analítico y más descriptivo de las imágenes. Es decir, que una cosa es la cuestión impactante y de ver que se pueden conseguir, en momentos determinados, diagnósticos brillantes, pero eso, a veces son o pueden ser excepciones, no se pueden presentar sólo las excepciones sino un poco todo. Aparte de que la xxx tiene la dificultad de que quizás es la que más ha progresado, porque debido al incremento tecnológico, han aumentado las exploraciones de una forma exponencial, entonces, cambia mucho el objetivo de toda la xxx, de cómo se hacía la xxx convencional a lo que se puede enseñar ahora.”</p>	<p>El contenido del preclínico corresponde a ciencias básicas y su enfoque es preponderantemente teórico y genérico. Su objetivo principal es que el alumnado aprenda cómo funcionan los diferentes órganos a nivel normal y qué puede causar su alteración.</p> <p>El ciclo PreClínico marca los fundamentos indispensables para abordar el contenido del ciclo Clínico.</p> <p>Las asignaturas tienden a ser extensas y densas, con algunas partes áridas o monótonas, lo que puede dificultar su asimilación por parte del alumnado.</p> <p>Algunos contenidos se adecuan a determinadas estrategias didácticas, quizá más expositivas o más procedimentales, en tanto que otros requieren más elaboración por parte del profesorado, a fin de que la información pueda ser comprendida por el alumnado.</p> <p>La estructura del PreClínico se expresa en una gran parte de contenido teórico y otra, menor, de contenido práctico. La primera se realiza generalmente en aula mediante clase expositiva, y la segunda en laboratorios.</p> <p>Por su contenido y estructura tres asignaturas se vinculan más con la etapa Clínica: Semiología general y propedéutica clínica, fundamentalmente, y en menor medida: Fundamentos de Cirugía y Anatomía Patológica.</p> <p>La primera es la asignatura con mayor carga de toda la carrera. Funge, asimismo, como la asignatura “puente” por excelencia entre los dos ciclos. Sus 22 créditos implican un cúmulo de información que llega a apreciarse excesivo e intenso aun cuando se disponga del cuatrimestre completo.</p> <p>La estructura didáctica del ciclo PreClínico puede coincidir más con los requerimientos del examen MIR.</p>

PreClínico Organización		<p>P 3: 000.txt - 3:15 (118:140)</p> <p>“... las prácticas en los hospitales son difíciles de compatibilizar desde el punto de vista logístico y entonces, el periodo de cuatro meses se subdivide a su vez en dos periodos de ocho semanas en los cuales las prácticas quedan circunscritas a ese tiempo, es decir, que aunque el alumno tenga cuatro meses de asignatura, sus prácticas sólo duran ocho semanas. Las prácticas de semiología, que son 16 créditos, se hacen en ocho semanas. Hay dos grupos y uno empieza las primeras ocho semanas y el siguiente empieza después. Claro, el que empieza las prácticas de entrada tiene enseguida ese punto de inflexión reforzado, diríamos, porque ya contacta directamente con los pacientes pero también tiene el inconveniente de que está a cero y ese profesor, pues va a... requiere un cierto tiempo, unas semanas y por lo tanto se le van las prácticas de delante casi antes de que se haya dado cuenta. El segundo grupo que vendrá ocho semanas después, hace un tránsito un poco más solapado porque, a pesar de que ya se le está mentalizando y ya está con contacto con la asignatura desde el principio, no hará las prácticas hasta después, por lo tanto, seguramente habrá un segundo punto de inflexión cuando realmente empiece las prácticas...”</p>	<p>La organización de las prácticas en el ciclo PreClínico es difícil, en primer lugar por la mayor cantidad de contenidos teóricos; en segundo, por la limitación de tiempo para las asignaturas; en tercero por la limitación de espacios; y en cuarto lugar, por la falta de profesorado y de recursos materiales.</p> <p>Los puntos de inflexión del ciclo preclínico pueden ubicarse en los primeros encuentros con la parte clínica.</p> <p>Sólo las prácticas de Semiología, involucran a un número alto de profesores impartiendo un solo seminario a lo largo de ocho semanas.</p> <p>El grupo de Semiología de Tercer curso se divide en dos. Uno de los cuales cursa la parte teórica de la asignatura mientras el otro entra directo a la práctica clínica. Esto ha sido motivo de reflexión entre el profesorado, se preguntan si este procedimiento tendrá alguna incidencia en el aprendizaje del alumnado.</p> <p>Si el grupo que llega a la práctica padece la falta de teoría con la que vincular lo que ve, su ventaja sobre el grupo que cursa la teoría, reside en la retroalimentación que obtiene al contacto con los pacientes y comenzar a “hacer de médico”.</p> <p>Este ajuste necesario también es experimentado por el profesorado que afronta el reto de lograr que el estudiante comprenda contenidos y procedimientos cuya fundamentación teórica aún no ha cursado.</p> <p>La mayor ventaja de las prácticas reside en que los grupos se subdividen y se asignan grupos de 4-5 alumnos a un profesor, con lo que la atención al alumnado es más personalizada.</p> <p>A seis años del cambio curricular, en el profesorado aún se manifiesta dificultad con la adaptación de contenidos que se impartían durante todo un año y hoy han de hacerlo en un cuatrimestre.</p>
-------------------------	--	--	--

Clínico - Contenido	24	66	<p>P19: 000.txt - 19:2 (12:15)</p> <p>“.. fundamentalmente la enseñanza clínica es en la que los alumnos entran en primer contacto directamente con los pacientes y con las enfermedades.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:3 (15:18)</p> <p>“...la parte clínica es la parte humana, es una clase mucho más vivencial, mucho más en relación directa con la profesión de médico...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:10 (70:81)</p> <p>“...la asignatura tiene la [parte] de patología del xxx que corresponde a cuarto curso, o sea, la descripción de las enfermedades del xxx. Esta tiene unas clases estrictamente teóricas en las cuales se explican las enfermedades tal como son, con sus fases fisiopatológicas, con su anatomía patológica, con su clínica, con los procedimientos diagnósticos y el tratamiento, eso es más o menos estándar para todas las enfermedades. Este esquema es básico. Luego hay otras lecciones en las que se hace una síntesis entre lo que serían procedimientos puramente prácticos y otros teóricos...”</p> <p>P10: 000.txt - 10:5 (42:49)</p> <p>“Yo creo que el problema es un desajuste entre la rotación práctica y los conocimientos teóricos. El curso está organizado en dos semestres, pero la asignatura se imparte a lo largo del cuatrimestre. Hay personas que llegan al servicio y están un mes con nosotros con un bagaje teórico relativamente bueno, pero también los hay que están por aquí viendo enfermos cuya patología aún no ha sido contemplada en las clases teóricas.”</p> <p>P31: 000.txt - 31:31 (154:161)</p> <p>“Porque va mezclada la parte que nosotros llamamos médica con la parte quirúrgica. O sea, comprende la medicina y la cirugía del aparato xxx y hay mucha patología que aprender, estudiar y asimilar, que no basta sólo con aprender y estudiar, hay que asimilar. Y no sé hasta qué punto se debe asimilar tan aprisa tanta materia.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El ciclo clínico se caracteriza por el contacto del alumnado con los pacientes y la patología, en el que se expresa la profesión de médico. • El contenido se integra por aparatos y sistemas orgánicos, en temas concretos. • Los contenidos son: sólo teóricos, teóricos prácticos y otros sólo prácticos. • El alumnado advierte la congruencia entre lo que estudia y la realidad del hospital. • Un ajuste necesario en cuarto curso –el primero del ciclo clínico-, se presenta porque el grupo de cuarto también es dividido en dos subgrupos que inician prácticas o teoría en forma alternada, con lo que los de prácticas ignoran la fundamentación teórica de las patologías que están viendo. • Es posible que el enfoque práctico de la enseñanza clínica esté en contradicción con lo que se requiere en el examen MIR.
---------------------	----	----	---	--

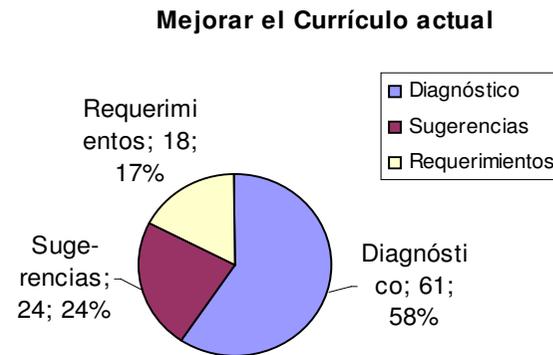
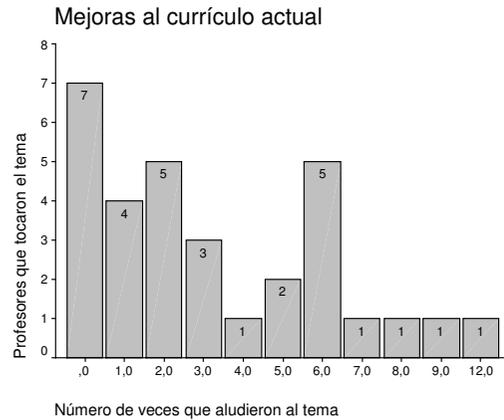
<p>Clinico Estructura</p>		<p>P 1: 000.txt - 1:10 (70:81)</p> <p>“...la asignatura tiene la [parte] de patología del xxx que corresponde a cuarto curso, o sea, la descripción de las enfermedades del xxx. Esta tiene unas clases estrictamente teóricas en las cuales se explican las enfermedades tal como son, con sus fases fisiopatológicas, con su anatomía patológica, con su clínica, con los procedimientos diagnósticos y el tratamiento, eso es más o menos estándar para todas las enfermedades. Este esquema es básico. Luego hay otras lecciones en las que se hace una síntesis entre lo que serían procedimientos puramente prácticos y otros teóricos...”</p> <p>P13: 000.txt - 13:14 (75:81)</p> <p>“...En las prácticas nuestras, precisamente para que el alumno entre un poco dentro de la temática, necesita, primero documentarse de la enfermedad, ver lo que se le va a hacer, puede preguntar qué se le va a hacer a este enfermo que vamos a operar, ver la operación y ver el postoperatorio inmediato...”</p> <p>P20: 000.txt - 20:38 (214:218)</p> <p>“... es una asignatura en la que nosotros invertimos mucho tiempo, hacemos unas prácticas muy competentes y el estudiante aquí hace muchas cosas en el mes que está con nosotros. Se hacen valoraciones semanales de su estancia por acá...”</p>	<p>La estructura de los contenidos en la enseñanza clínica es similar en todas las asignaturas de cuarto:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Una parte teórica de las enfermedades: fases fisiopatológicas, anatomía patológica, clínica –atención al enfermo-, procedimientos diagnósticos y tratamiento. b) Otra parte corresponde a lecciones de procedimientos prácticos o teóricos (v.g. cirugía). c) La evaluación está dividida en teórica y práctica, quien no aprueba una, no aprueba la otra. En algunos servicios se realizan valoraciones semanales del alumnado. <p>En las prácticas de cirugía, es pertinente que el alumnado posea una introducción a la patología que observará, esto no siempre es posible por la organización de la enseñanza, el hecho de que pasen primero por el cuatrimestre teórico apoya el proceso de comprensión.</p> <p>En las prácticas de cirugía, observan cirugía, no hacen cirugía. En la evaluación de las observaciones de cirugía, (prácticas) no se incluyen detalles de técnica quirúrgica, sólo de patología quirúrgica.</p>
---------------------------	--	--	--

Clínico Organización		<p>P 1: 000.txt - 1:12 (112:130)</p> <p>“Los alumnos asisten cuatro días a la semana, de lunes a jueves... a las prácticas de las asignaturas correspondientes, de las que están haciendo en aquel cuatrimestre. En la asignatura de patología del xxx los alumnos pasan cuatro semanas, que se reparten generalmente en dos bloques, un bloque más xxx quirúrgico, un bloque más de xxx clínica, más médico. En esas dos semanas están integrados en un equipo, pasan visita diariamente a los enfermos de la sala, asisten algunos días a las consultas externas y participan en las sesiones del servicio, sobretodo en las sesiones de tipo radiológico que se hacen...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:11 (78:88)</p> <p>“... organizo aproximadamente unas 30 lecciones, entre lecciones magistrales y seminarios que se dan al conjunto del grupo, que son 40 estudiantes y como 30 horas más o menos, no más de un mes, un mes de cuatro horas, tres por cuatro por doce, unas ochenta horas de vivencia clínica, en grupos de ocho. Todas las semanas hay dos o tres seminarios y cada uno de los médicos que están en el servicio, sean o no docentes, tienen un grupo de dos estudiantes para visitar a los pacientes.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:61 (345:349)</p> <p>“...aquí, más o menos, el estudiante está rotando a razón de nueve al mes, nosotros tenemos equipos de tres médicos, están dos o tres estudiantes por médico, por equipo. Equipo es: médico de xxx, residente de xxx y residente de otra especialidad.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:50 (274:281)</p> <p>“... yo siempre digo que prefiero que no tengan tiempo, y no que les sobre tiempo... Porque pasar visita es una actitud bastante pasiva para el estudiante: mira, observa, escucha; pero nosotros los ponemos a hacer cosas como ir a ver una analítica, ir a ver una radiografía..., aquí el estudiante hace muchas cosas.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:10 (50:55)</p> <p>“... que el comportamiento de los grupos de alumnos que tengo en segundo cuatrimestre es mucho más decidido, mucho más eficaz, mucho más decisivo a la hora de tomar decisiones en resolver problemas, que los que había tenido en el primer cuatrimestre, al principio de curso, y son del mismo curso...”</p> <p>P13: 000.txt - 13:9 (50:55)</p> <p>“...la práctica solamente es seguir procedimientos prácticos de los médicos del staff, en verlos, en empezar a tener contacto con el quirófano. Todos ellos pasan por el quirófano y todos tienen opción de ver intervenciones quirúrgicas torácicas.”</p>	<p>La organización de la enseñanza clínica en el campus Bellvitge se da de la manera siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alumnado asiste al hospital, sea a plantas o a consulta externa durante cuatro días a la semana. De lunes a jueves, de 8 a 13 horas. Luego asiste a dos horas de clase en el Aulari. • El viernes está reservado para las asignaturas optativas. • Los alumnos rotan por todos los servicios [de las asignaturas] a razón de un mes en cada uno, en grupos de no más de 10 personas. • Generalmente se forman grupos pequeños, los cuales a su vez, se reparten entre el profesorado del servicio y, si se requiere, se apoya con el personal médico residente o de contrato; cada profesor o médico tiene a su cargo de 2 a 5 alumnos. • Durante su estancia en el hospital asisten a la visita diaria de enfermos, de planta o de consulta externa. • El equipo que suele acoger al alumnado en el hospital está conformado por el profesor titular, uno o dos profesores asociados, un residente de la especialidad y otro residente de otra especialidad. <p>En días diferentes asisten a: Sesiones clínicas, seminarios, visita a pacientes en planta o consulta externa, recuperación de analíticas, quirófano. En algunos servicios hay una sesión de introducción a los mismos.</p> <p>Las prácticas aun cuando se hayan organizadas de manera similar, conllevan diferencias entre los servicios, dando lugar a espacios donde el alumnado puede aprovechar de mejor manera su estancia práctica.</p> <p>Un sector del profesorado advierte diferencias en la asimilación de nuevos contenidos, entre los grupos que pasan primero por la teoría y los que inician el curso por la práctica.</p>
----------------------	--	---	---

MEJORAR EL CURRÍCULO ACTUAL

La categoría “Mejorar el currículo actual” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (12) que se aludió a la temática correspondió a un solo profesor, mientras que cuatro de ellos las tocaron por lo menos una vez. 7 profesores no se refirieron a ellas. En total, sumaron 103 las referencias de los 24 profesores.

La Gráfica muestra que el 61% de las 103 alusiones correspondió a la subcategoría de “Diagnóstico”, mientras que la de “Requerimientos” fue menos mencionada, representando el 17%, (18 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Diagnóstico		57	<p>P20: 000.txt - 20:40 (224:231) Historia</p> <p>“Hace cinco años que se cambió el plan y se redujeron mucho las horas teóricas en pro de las prácticas y esto obligó a los médicos profesores, a invertir muchas más horas en docencia...lo más importante son... los módulos prácticos que tienen los alumnos, en los que el 70% del horario es práctico y el resto teórico. Han disminuido mucho las clases teóricas, en beneficio de la estancia de los estudiantes con pacientes en las plantas hospitalarias.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:66 (704:715) Qué se hace ahora</p> <p>“En este momento estamos inmersos en un plan [curricular] que es muy práctico, que da muchísima importancia a la práctica y sin embargo, a la hora de valorar la práctica creo que somos muy cautos. La valoramos muy discretamente. ¿Por qué? Porque creo que la enseñanza práctica todavía no se está impartiendo de una manera adecuada, a pesar de que este centro en concreto, en la unidad docente de Bellvitge, pienso que no se hace mal en líneas generales, sobretodo si lo comparamos con otras universidades, no digo con la Universidad de Barcelona, sino con otras universidades en España...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:22 (245:256) Qué se hace ahora</p> <p>“...se está en una fase de integración de programas de las asignaturas básicas, de las asignaturas que podrían estar en el borde [con la clínica], como pueden ser la de semiología en tercer curso, o de la neuropatología, o de la anatomía patológica...volver a la anatomía patológica y cómo eso luego se integra con todo el sustrato de la enfermedad y con los tratamientos....”</p> <p>P13: 000.txt - 13:1 (9:14)</p> <p>“Las clases o asignaturas de cirugía y de medicina y dentro de las quirúrgicas, una de ellas era xxx. Pero hace tres o cuatro años se hicieron las asignaturas troncales, entonces van por aparatos. Ya no van cirugía por un lado y medicina por otro, ahora estamos dentro de una asignatura que es xxx.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:23 (256:258) Enfoque didáctico</p> <p>“A nivel de clínicas, estamos muy interesados en que la enseñanza sea cada vez más práctica.”</p> <p>P 7: 000.txt - 7:15 (71:72)</p> <p>creo que la enseñanza práctica ahora es muy superior a la que era antes.</p>	<p>Desde la puesta en marcha del actual plan de estudios se han venido presentando situaciones diversas que sugerirían una evaluación puntual del funcionamiento del mismo.</p> <p>El profesorado en general, y los coordinadores de curso o asignatura en particular, han advertido puntos específicos que ameritan una revisión y un reencauzamiento de las directrices establecidas en la declaratoria de objetivos de la formación médica de la UB.</p> <p>En primer lugar, se asume explícitamente la pertinencia de un mayor énfasis en el enfoque didáctico hacia la enseñanza práctica, cuestión que ya se realiza y que, salvo excepciones con mayor o menor argumentación, es reconocida como mejor que el enfoque anterior. Así, el abordaje pedagógico de algunas asignaturas se ha convertido en más práctico.</p> <p>Cabe señalar que es el sector de “clínicas” del currículo, quienes más aprecian e impulsan este enfoque por considerarlo <i>ad hoc</i> a los contenidos y objetivos de aprendizaje de sus asignaturas, además de corresponderse con la directrices europeas.</p> <p>La enseñanza práctica –profesionalizante-, orientada hacia el <i>saber hacer</i>, en boga actual, incluye también, en el caso de Medicina, la adopción de estrategias didácticas basadas en la solución de problemas (PBL, <i>Problem Solving Learning</i>) que, sin embargo, pocas universidades en el mundo han logrado instrumentar en la totalidad de sus currícula.</p> <p>Respecto del contenido, este se ha venido haciendo más extenso y denso, a la vez que se advierte un esfuerzo por la integración.</p>

Diagnóstico		<p>P18: 000.txt - 18:22 (147:149) Enfoque didáctico</p> <p>“Por eso le digo que la enseñanza debería hacerse por problemas desde el primer día...Es más importante saber cuál es el problema que genera una hipercalcemia que cuál es la cifra normal de calcio.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:2 (39:42) Enfoque didáctico</p> <p>“Es decir, que la resolución de los problemas, según la metodología de la enseñanza en nuestro país, tiene que ser más centrada en los cursos clínicos que no en los preclínicos.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:24 (113:118) MIR</p> <p>“El examen MIR hace que [los estudiantes] no valoren mucho la enseñanza práctica, de alguna manera van un poco con la mentalidad de que lo importante cuando acaben la carrera es aprobar el MIR, y que las prácticas ya las harán cuando sean residentes.”</p> <p>P29: 000.txt - 29:36 (209:217) MIR</p> <p>“Realmente es muy difícil porque los alumnos de medicina, en el fondo, deberían formarse para ser médicos, pero ellos tienen dos evaluaciones, dos objetivos muy concretos antes de llegar a este extremo y que les hace olvidar a ellos y al sistema que se están formando para ser médicos. Uno es la evaluación del examen que tienen de la asignatura, el que hay que aprobar, y la otra es la evaluación que tendrán luego, cuando acaben la carrera, para el examen MIR.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:72 (555:561)</p> <p>“...la enseñanza práctica del periodo clínico se ve dificultada porque en ella no en todas las asignaturas le hacen valer las notas en la misma intensidad y al estudiante le renta más el sacar buena nota, aunque sea obviando la práctica u obviando el aprendizaje, en las asignaturas en que pueda hacerlo. Y él encamina todo hacia la nota del MIR... hay una cierta contradicción entre el sistema docente del plan nuevo y aparentemente lo que evalúa el MIR.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:6 (34:38) Insatisfacción curricular</p> <p>“[Los que diseñan los planes] tienen un sistema de enseñanza, no sé como se tendría que cambiar, pero que aunque pueda ser mejor que otros que ha habido previos, no es satisfactorio, creo yo. O al menos es complicado de desarrollar.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:41 (195:200) Insatisfacción curricular</p> <p>“...soy más partidario de que se hicieran seminarios de temas comunes, de discusión de casos, porque a lo mejor, a un alumno no le hace falta que vaya por todas las clases de xxx, de xxx, podría ir más tiempo por una e integrarse más en el hospital.”</p>	<p>El análisis de las consideraciones del profesorado sobre su asignatura podría sugerir una atención casuística curricular, que no siempre es posible. V.g. Hay aparatos o sistemas cuya anatomía y fisiología son más complejos que las de otros, por lo tanto, el contenido también se complica.</p> <p>También suele contar la edad en la que se presentan las enfermedades, así, el contenido puede incluir características propias de la etapa de desarrollo en que se hallan los enfermos, con lo que el contenido de la asignatura también se amplía.</p> <p>Existe un elemento que, a decir del profesorado, sin formar parte del currículo de enseñanza médica, la matiza totalmente, es el examen MIR para cursar una especialidad en el Estado español.</p> <p>De acuerdo con el profesorado, lo ineludible del citado examen aunado a la normativa de asignación de plazas de especialidad, hace que el alumnado preste escasa atención a la parte práctica de su formación, tan valorada por los primeros.</p> <p>En la enseñanza clínica no existen criterios uniformes entre el profesorado para evaluar las prácticas, lo cual hace que el alumnado no valore adecuadamente su participación en ellas, debido en parte al interés por obtener buenas notas de cara al examen MIR.</p> <p>Respecto de cuestiones puntuales enunciadas por el profesorado, destaca un cierto grado de insatisfacción con el currículo actual debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos no cumplidos. • Carencia de un enfoque más integrador de los contenidos. • Falta de atención de un sector (“clínicas” o “básicas”) hacia el otro. O, preeminencia de un sector (básicas) en la conducción curricular.
-------------	--	---	---

Diagnóstico		<p>P26: 000.txt - 26:29 (172:176) Insatisfacción curricular</p> <p>“En el hospital hay muchas horas lectivas, precisamente, en el hospital las horas de seminarios que eran más que lectivas, horas prácticas, no nos las han vuelto a dar, ya hace siete u ocho años no he visto ningún cambio en esta área.”</p> <p>P 8: 000.txt - 8:32 (156:166) Asig medio desapareciendo</p> <p>“Y se ha creado una asignatura medio desapareciendo, diluida entre los cursos clínicos, alguna clase de vez en cuando... Creo que varios profesores que conozco en xxx no están contentos con esto... Es una básica, pero imagino que con la tendencia a reducir clases teóricas y con toda la reforma que ha habido en la enseñanza, hemos perdido peso y probablemente no hemos tenido la capacidad de influencia frente a los clínicos que han ido cogiendo horas y horas para teóricas, para prácticas, seminarios, enseñanza integrada, etc. pero se han olvidado bastante de las básicas, xxx entre ellas, seguro.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:14 (156:166) Dif con la organización docente</p> <p>“...una de las dificultades mayores que tenemos -afortunadamente en xxx, tenemos bastante buena colaboración pero quizá en otros lados no es tan fácil- es, a veces, integrar a los alumnos en un equipo donde se sientan debidamente atendidos, que esas cinco horas diarias de práctica las puedan pasar con un equipo donde puedan preguntar, compartir, donde se les explique algo sobre la actividad que se está haciendo con un enfermo, los exámenes, los diagnósticos a los que se llega, etc...”</p> <p>P16: 000.txt - 16:8 (89:99) Dific organ docte</p> <p>“... las clases teóricas intentan cubrir todo lo que es el contenido... Lo que es el programa teórico es bastante comprensivo y está por encima del nivel de otras universidades españolas. Pero mi queja está en que cuando nos vienen con la bata blanca aquí al servicio, realmente no tienen horas suficientes para involucrarse en la diversidad de programas que se dan aquí.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:46 (364:380)</p> <p>“El problema de las prácticas de cuarto curso es que están relativamente poco tiempo en cada lugar. Hacen prácticas de todo. Este es un sistema que no acaba de estar claro cómo se debe hacer y entonces las prácticas, si no están muy bien diseñadas y haya gente que se dedique mucho a su control, pues se pierde un poco el tiempo. Yo tengo mi opinión sobre el conjunto de la nueva situación, por esto no valoraría, desde mi punto de vista, igual a todas las asignaturas. La dedicación a eso exige mucho esfuerzo, hay asignaturas que tienen poca dotación de profesorado, hay especialidades quirúrgicas [en las] que a lo mejor el profesor está mucho en el quirófano, por lo tanto, no es fácil realmente cumplir con los requisitos de los créditos prácticos, y los estudiantes necesitan estar con una cosa muy bien programada, sobretodo cuando tienen muy poco tiempo.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de pérdida de espacios en determinadas asignaturas del ciclo preclínico o básico, en favor de las asignaturas clínicas. • Organización docente actual, en algunos servicios (plantas/especialidades) no siempre favorecedora de la integración del alumnado, necesaria para un aprendizaje significativo. • Tiempo insuficiente destinado a la parte práctica de la asignatura. • Falta de recursos que apoyen el cambio en el enfoque de la enseñanza, destacando la falta de profesorado y la necesidad de redistribuir los recursos con otros criterios diferentes a los actuales. • Fragmentación del contenido, a pesar del esfuerzo integrador en el ciclo clínico. • Cada asignatura y su profesorado deciden cómo solventar la impartición de la clase, pero se evalúa si hubo mejora. • Tiempo reducido para las prácticas en cada servicio, durante la rotación. <p>Algunas asignaturas han sido reubicadas en otro curso debido a la necesidad de que el alumnado posea conocimientos previos antes de abordar la patología en cuestión y mayor madurez psicológica para afrontar el sufrimiento humano.</p> <p>P 2: 000.txt - 2:11 (57:62) Que se hace ahora</p> <p>“La dimensión social [de la medicina], evidentemente, se puede clasificar en dos grandes grupos, la primaria y la hospitalaria, pero la hospitalaria, que habitualmente se enseña, ocupa la gran mayoría de la enseñanza del alumno de medicina y se tiene que hacer en el hospital lógicamente.”</p>
-------------	--	---	---

<p>Diagnóstico</p>		<p>P 7: 000.txt - 7:21 (92:93)</p> <p>“... Lo que pasa es que el problema de las prácticas es que sólo duran ocho días... hay un problema de horarios, que muchas veces si la operación se prolonga ellos ya tienen clases...”</p> <p>P23: 000.txt - 23:16 (82:89) Control político</p> <p>“... estamos ahora jugando con un tema que probablemente no es de nuestra competencia, a mí se me escapa. Probablemente los que están induciéndolo, los que están conduciendo la carrera de medicina, los básicos, los que se dedican a dar xxx, o xxx, tienen ya su peso específico, al menos es importante, como para que nos dejen a nosotros [clínicos] poder introducir estos elementos que estamos dando.</p> <p>P 1: 000.txt - 1:69 (742:750) Carencia Recursos</p> <p>“...la práctica es muy importante, luego yo creo que no se implementa de una manera adecuada porque el número de alumnos en este momento no está adecuado a las necesidades que tendría, o a las posibilidades del hospital y, sobretodo, no está adecuado al número de profesores que se necesitarían para impartir, para preocuparse de los alumnos. A nuestro entender hay pocos profesores y hay poca gente que se sienta vinculada a la docencia y que la ejercite.</p> <p>P10: 000.txt - 10:68 (630:638) Caren recursos</p> <p>“... creo que para tener una calidad estándar a nivel de estudiante recién licenciado, tendríamos que poner más cosas que no se están poniendo, quizá tendríamos que tener menos estudiantes y formarlos un poco mejor. De hecho, desde hace muchos años sobra aquí mucha gente, quizá los recursos se pudieran concentrar. Si tuviéramos la mitad de estudiantes quizá hiciéramos un poco mejor, no lo sé...”</p> <p>P12: 000.txt - 12:36 (214:216) caren recursos</p> <p>“...estamos adaptándonos de la universidad napoleónica a la universidad moderna, y además, lo estamos haciendo sin dinero y sin profesores...”</p> <p>P15: 000.txt - 15:5 (35:37)</p> <p>Se dan fragmentos, se integra un poco en cuarto y en quinto, se integran un poquito sobre el papel más que sobre la realidad.</p>	
--------------------	--	---	--

<p>Diagnóstico</p>		<p>P 8: 000.txt - 8:31 (149:153)</p> <p>Unos hemos optado este trimestre por hacer sólo lo que hacíamos antes de parte general y, otros, han optado por intentar condensar dentro toda la materia de todo el año, o la mayor parte de ella. Y tanto una solución como la otra no son buenas.</p> <p>P18: 000.txt - 18:2 (20:32)</p> <p>“...La realidad actual es la misma que teníamos, el mismo programa que podíamos tener en tiempos de Napoleón. Un enciclopedismo. Se empieza por, estudie usted anatomía, no importa si la anatomía que usted estudie es una anatomía que le va a ser útil o no. Lo importante es saber que el nervio radial se relaciona con la arteria radial y que..., mientras que lo propio es estudiar la anatomía en base a los medios diagnósticos que tenemos. La anatomía tiene que estudiarse por imágenes, por diagnóstico por imagen, por estructuras, no por disección. La disección es buena para el cirujano, la disección es buena para la práctica, pero el hecho de diseccionar un cuerpo o ver un dibujo, enseña poco.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:54 (405:409)</p> <p>Es probable, pero yo creo que hemos reducido mucho los contenidos. Creo que se han ido reduciendo los contenidos y no se pueden reducir mucho más. La medicina es compleja y uno prepara médicos generales, no prepara especialistas.</p> <p>P31: 000.txt - 31:32 (158:162)</p> <p>“... hay mucha patología que aprender, estudiar y asimilar, que no basta sólo con aprender y estudiar, hay que asimilar. Y no sé hasta qué punto se debe asimilar tan aprisa tanta materia, pero, es más por la extensión que por la dificultad.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:74 (789:794)</p> <p>Hablamos mucho en teoría de que [los alumnos] vienen cinco horas pero luego aprovechan tres y a veces ninguna, y si tienen un mal tutor pues aprovechan un rato y se marchan antes de tiempo porque no... y a veces tienen razón de que no están aprovechando...</p> <p>P 1: 000.txt - 1:71 (757:774)</p> <p>por un lado estamos haciendo una disociación: que es que queremos una asignatura que tenga unos fundamentos básicos claros, que tenga unos fundamentos teóricos adaptados a lo que es la patología con mucha enseñanza práctica, pero esto luego no se traduce en unas horas de práctica acertada, con una debida tutelación. Entonces yo creo que aquí es donde se debería dotar de más medios, de más disponibilidad y argumentar mejor estas horas de enseñanza práctica</p>	
--------------------	--	---	--

<p>Diagnóstico</p>		<p>P 3: 000.txt - 3:12 (80:91)</p> <p>"Es un periodo que es demasiado intensivo, porque esta mentalidad de los créditos creo que también afecta a los organizadores de la docencia y el resultado es que los alumnos tienen una indigestión, es decir, es difícil que se pueda producir este proceso que yo estoy solicitando y de adquisición de tantos conocimientos y, además, cambiar toda la mentalidad, el enfoque de cómo tienes que estudiar y para qué sirve lo que estudias, al conectar con algunos de los pacientes. De manera que hace muy difícil que los alumnos en este periodo tan corto, se impregnen profundamente de esto..."</p>	<p>El amplio y variado contenido del ciclo PreClínico podría estar asociado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de técnicas memorísticas • Desmotivación del alumnado • No aprobación de asignaturas • Difícil superación a la transición bach-univ
--------------------	--	---	--

<p>Diagnóstico</p>		<p>P 1: 000.txt - 1:52 (514:518) (518:531)</p> <p>“... sobre temas que realmente tengan una repercusión más importante de cara a ellos, de cara a la incidencia social de esas enfermedades. Y, de cara a la trascendencia que tenga también desde el punto de vista terapéutico... una enfermedad degenerativa del xxx pues no va tener excesivos problemas para un especialista y en cambio para el alumnado puede ser una cosa muy compleja.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:33 (208:218)</p> <p>“... ellos van a ir al ambulatorio y por cada xxx que verán, van a ver cien xxx. Yo digo, hay que darles una lección del xxx, por supuesto. Pero hay que darles mucho más sobre las xxx, porque al final, la repercusión social en un sistema nacional de salud afectará a más personas. Por eso, no porque sea más importante. Simplemente porque tiene una prevalencia superior a otras asignaturas que tienen un peso académico yo diría superior a su relevancia social.”</p> <p>P22: 000.txt - 22:4 (29:47)</p> <p>“... En nuestra asignatura... lo que a mí me interesa que aprendan los alumnos es que sepan qué es la xxx, qué cosas puede producir la xxx, cómo se diseña un tratamiento... nos interesa que aprendan a leer un informe, qué quiere decir una dosis, cómo se explican qué problemas o de los que tienen los pacientes [cuáles] hay que atribuir a la xxx y cuáles a otros procesos y no pensar que es la xxx... No tengo interés en que sepan hacer la xxx, esto es algo que aprenderán cuando sean especialistas...”</p>	<p>La ponderación de contenidos es una preocupación acuciante, de cara al cúmulo de información que tienden a contener las asignaturas. Por ello, el profesorado se inclina por reestructurar algunas de ellas a fin de modificar sus contenidos de acuerdo con siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevancia social • Tasa de prevalencia en la población • Conceptos básicos sobre las patologías o terapéuticas que permitirán la comprensión de futuras actualizaciones • Entorno del enfermo • Exclusión de temáticas que podrán profundizarse en los cursos de especialidad de postgrado. <p>Todo lo anterior SIN dejar de incluir los temas de patologías o terapéuticas actuales, sólo que con menor cantidad de contenidos y tiempo destinado a ellos.</p>
--------------------	--	---	--

<p>Sugerencias específicas</p>		<p>24</p> <p>P16: 000.txt - 16:13 (143:154)</p> <p>“Creo que la enseñanza de Medicina [debería ser] básicamente muy tutelada, muy de pequeños grupos, cada uno con su bata blanca. Es decir, el nuestro es un sistema que todavía está a caballo entre el tradicional de la universidad francesa y las tendencias más modernas de reducir las horas lectivas, las horas teóricas y pasar a un contacto directo con la práctica. Y todavía no hemos llegado a asumir esta realidad. Y realmente se tendrían que hacer muchas más prácticas, involucrar mucho a los estudiantes en lo que es el día a día del trabajo, y en esto, el nivel que yo veo es muy pobre.”</p> <p>P 8: 000.txt - 8:27 (128:130) de básicas recordarlo</p> <p>“...más horas de presencia de los estudiantes en el laboratorio, de prácticas, igual tendría que ir por aquí el asunto...”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:51 (369:424)</p> <p>“...una vez que ellos han adquirido estos conocimientos, el afianzarlos es mucho más fácil con técnicas prácticas, con casos prácticos... Pero esto quizá, poco a poco. Sí que deberíamos ir dando más énfasis a lo que pueden adquirir por ellos mismos y, entonces, dedicar más tiempo a esta segunda parte de estimulación con casos prácticos, que es lo que realmente más les impacta a los estudiantes.”</p> <p>P22: 000.txt - 22:33 (224:233)</p> <p>“En mi parte..., no creo que tengan mucho interés, ni dar muchas más clases. Estas son poquitas, son cinco o seis horas que tienen de clase más una de práctica, más las tres básicas de xxx. Yo dedicaría más tiempo en todo caso a la parte de xxx que esto es lo que siempre me parece fundamental, la parte del xxx, de hacer xxx, de interpretar, de hacer prácticas de este tipo.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:68 (515:523)</p> <p>“...si pudiéramos tener la asignatura en un año eso sería un progreso. Ahora, en el plan de estudios esto debería perseguirse, porque si tuviéramos más tiempo para hacerlo, ese proceso [la transición PC-CI] se viviría con menos tensión, de una manera más fisiológica, por lo tanto, desde esta perspectiva de la oferta que se les hace [al alumnado], eso sería una mejora. El cambio va a existir, pero no se te pide que cambies tan deprisa y te dan más tiempo para ir haciendo el cambio.”</p>	<p>En lo general, aunque el enfoque práctico de la enseñanza avanza en el currículo actual, se reconoce insuficiente; esto se manifiesta no sólo en las asignaturas del ciclo clínico, sino en el preclínico, en donde también se escuchan argumentos a favor de hacer más práctica la enseñanza del ciclo llamado básico.</p> <p>Se apoyan las estrategias prácticas por su capacidad potenciadora en el aprendizaje procedimental.</p> <p>Existe asimismo, por parte del profesorado, la percepción de insuficiencia de tiempo y contenidos en asignaturas consideradas “puente” entre los dos ciclos de la formación, o “transversales”, a la misma. Estos últimos avanzan propuestas didácticas argumentando su validez y factibilidad.</p> <p>Otras sugerencias recogidas sostienen la pertinencia de reubicar asignaturas en cursos diferentes al actual, en razón de la mayor complejidad de sus contenidos y, por tanto, del mayor cúmulo de conocimientos previos necesarios en el alumnado.</p>
--------------------------------	--	---	---

<p>Sugerencias específicas</p>		<p>P 4: 000.txt - 4:30 (172:180)</p> <p>“Podríamos dedicar más tiempo a la asignatura. Una asignatura que viene como una cuña metida dentro del gran volumen de xxx, donde xxx predomina de una manera espectacular, a pesar de que la incidencia de la xxx es más frecuente en nuestro contexto, es decir, la patología xxx es intrínsecamente superior a otras patologías y sigue siendo considerada, desde el punto de vista de la enseñanza, como baja en cuanto a tiempo.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:11 (95:97) (509:522) fármaco</p> <p>“Se pueden plantear experiencias relativamente sencillas para un plan pedagógico formativo con pocos meses, cosa que en otras materias es imposible... Insistir quizá en... las posibilidades translacionales de esta asignatura para el trasvase o el puente entre lo que son las materias básicas y la aplicación... luego el considerar que a pesar de que hay una renovación muy rápida de xxx, la asignatura en sí, hoy en día, se puede considerar de las clásicas en la carrera, o sea que no es una asignatura que se pueda hacer depender mucho de las modas. Tiene un cuerpo de doctrina establecido y en este sentido debiera valorarse su capacidad de formación en general, algo que puede ayudar a estructurar la mentalidad de un médico.”</p> <p>P30: 000.txt - 30:20 (100:105)</p> <p>“Pienso que es una asignatura que se debería dar no en quinto, sino en sexto, cuando la gente tuviese unos conocimientos firmes de otras especialidades y, quizá, el trasladar esta asignatura a cuarto ha dificultado un poco el aprendizaje por parte de los alumnos.”</p>	
--------------------------------	--	--	--

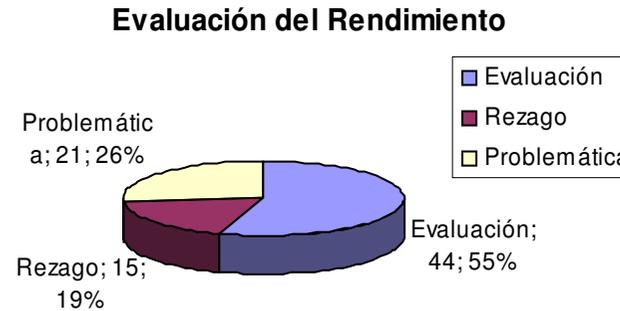
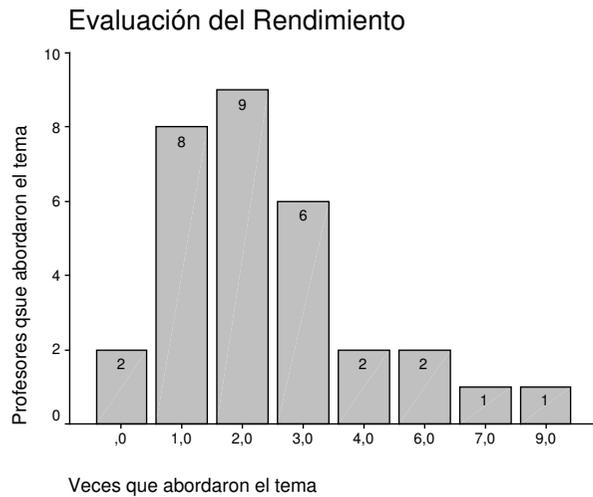
Requerimientos para la mejora		18	<p>P12: 000.txt - 12:33 (194:206)</p> <p>“Probablemente lo que habría que hacer es mejorar y hacer de forma más estandarizada los planes de enseñanza práctica, de vivencia clínica. Que con los pacientes estuviera la cosa arreglada. Pero claro, eso requiere planes, tiempo, reuniones, que se estandarizara a nivel de las distintas facultades, que fuera una cosa homogénea, que la evaluación de los conocimientos y de las habilidades aprendidas fuera también de una manera mejor, que no un examen test, por ejemplo, que... en fin, siempre tiene su..., o que fuera una evaluación de la competencia clínica más real, más parecida a lo que es el acto médico...”</p> <p>P12: 000.txt - 12:34 (206:224)</p> <p>“... creo que el problema es que cuesta mucho dinero, cuesta mucho dinero porque son muchas horas, son muchos profesores, es mucho, también laboratorios de habilidades, laboratorios de..., en fin, yo creo que es una cosa que, hoy por hoy, es un poco utópica. Pero, ya hay experiencias de hacer una progresión curricular de la asignatura a partir de problemas y de resolver problemas y tal. Yo creo que estamos adaptándonos de la universidad napoleónica a la universidad moderna, y esto además, lo estamos haciendo sin dinero y sin profesores; entonces, el pobre alumno, no sé qué puede hacer el pobre alumno... las que tendrían que hacer son la sociedad y la universidad y creo que pasaría por hacer realmente unos planes estandarizados de vivencia clínica, que llevaran su libreta con las habilidades que han de aprender, las cosas que han de hacer, una serie de requisitos que han de cumplir, para luego poder pasar adelante...”</p> <p>P16: 000.txt - 16:35 (340:341)</p> <p>“... para decir una cosa sencilla, diría: más horas y más prácticas.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:43 (201:207)</p> <p>“... he sido un defensor del año rotatorio que tuvimos hace años. Mi opinión sería concentrar la enseñanza de cuarto, quinto y sexto, en cuarto y quinto la parte teórica, por seminarios y, entonces, el último año que estuvieran todo el año en el hospital, de prácticas. De hecho, en Alemania esto existe, es el año práctico, aquí existió hace muchos años.”</p> <p>P30: 000.txt - 30:38 (232:238)</p> <p>“...creo que estaría bien poder tener enfermos que tuviesen, por ejemplo, xxx, que tuvieran xxx y les pudieras decir, “mira, aquí en la Facultad te ofrecen tanto por hora” o sea, unos cuantos euros por hora. A ti te interesaría venir a las clases prácticas y hacer grupos, por ejemplo, de cinco alumnos y visitar uno de los enfermos...”</p>	<p>Para mejorar el currículo se han propuesto los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentar un sistema funcional y eficaz de tutorías docentes • Contar con recursos humanos para la tutoría, y didácticos como guías de práctica • Reestructurar la enseñanza práctica y/o modificar la secuencia curricular • Optimizar creativamente los recursos disponibles, como la inclusión de asignaturas optativas específicas para el desarrollo de habilidades clínicas y profesionales. • Instrumentar programas de participación subvencionada de pacientes en las prácticas
-------------------------------	--	----	---	--

Requisitos para la mejora		<p>P10: 000.txt - 10:42 (424:431)</p> <p>“...creo que esto debiera ser una cosa bastante más continuada [la tutoría], yo diría que tendría que haber alguien que estuviera cada mañana en esta asignatura, tres cuatro horas, una persona que no tuviera nada más qué hacer que ir detrás o delante de los estudiantes... procurando que aprovecharan al máximo el tiempo aquí.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:71 (397:407)</p> <p>“...Y yo creo que los cambios que se pueden hacer aquí, han de ser cambios que se puedan realizar.... hay que hacer cosas que se puedan hacer. El cambio que ha habido dada esta situación [de escasez de recursos] es el que se ha podido hacer. Hagamos las cosas progresivamente y promoviendo, por ejemplo, el estudio de habilidades técnicas o el estudio de procedimientos. Poco a poco, hay que luchar para poder cambiar. No cambios radicales porque esto se debe hacer por experimentación y el problema de la experimentación es que si es exitosa, luego tienes que tener dinero para seguir haciéndolo bien. Entonces, hay que hacer cosas teniendo en cuenta el valor y la aplicabilidad. Estamos cansados de hablar de cosas como enseñanza basada en problemas o tutorías, mejor es centrarnos y meterse más en la enseñanza de habilidades, laboratorios de experimentación de habilidades clínicas, pero poco a poco, Lo que digo yo es: poco a poco, enseñando habilidades a los estudiantes, una buena práctica médica, una buena docencia teórica... un trabajo integral. Cosas de estas, creo que son factibles.</p>	
---------------------------	--	---	--

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO

La categoría “Evaluación del Rendimiento” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (9) que se aludió a la temática correspondió a un solo profesor, mientras que ocho de ellos las tocaron por lo menos una vez. 2 profesores no se refirieron a ella. En total, sumaron 80 las referencias de los 29 profesores.

La Gráfica muestra que el 55% de las 80 alusiones correspondió a la subcategoría de “Formas de Evaluación”, mientras que la de “Rezago” fue menos mencionada, representando el 19%, (15 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Evaluación (Formas de)	29	44	<p>P 9: 000.txt - 9:22 (168:188)</p> <p>“El examen es un capítulo muy amplio, muy complejo. Porque, ¿qué es lo que hay que evaluar?... Pero no es el examen del alumno, uno de los objetivos primordiales. Al alumno no se le evalúa el día tal a tal hora, se le evalúa a lo largo de todo el año. Cuando él está todo un mes, hay mucho tiempo para evaluar a una persona, para saber cómo es su actitud delante de un enfermo, cómo ha hecho las historias clínicas, su nivel de conocimientos, si tiene interés o no tiene interés, si ha sido puntual en las prácticas. Se pueden establecer hasta 10 o 20 parámetros diferentes, de ahí sacar una <i>score</i> y no jugárselo todo a una carta, o un 10, que tiene que hacer un test con múltiples respuestas y que a lo mejor tiene un día poco lúcido, pero ese día no evalúa en absoluto lo que ha hecho durante todo el año.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:61 (610:613)</p> <p>“... muy activas, que estudian muchísimo y que se organizan muy bien...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:37 (368:381)</p> <p>“... Puntúa mucho la técnica, también el llegar al diagnóstico, pero no tanto el llegar al diagnóstico sino cómo lo haces. Si sigues adecuadamente los pasos...”</p> <p>P 2: 000.txt - 2:26 (135:145)</p> <p>“... la asignatura de xxx, por las partes de que se compone el examen, la aprueba aproximadamente el 90%, entre el 80 y el 90%. Yo diría que es muy fácil de aprobar. Para aprobar necesitan como mínimo un siete, aproximadamente. O sea, de notable hacia arriba, aunque no es bien exactamente esto. Se establece el aprobado en la suma de las tres mejores notas, partido por tres, y dos tercios de esta mejor nota es la que se establece para aprobar. En principio, se presupone que el que aprueba tiene por lo menos dos tercios del que más sabe de la clase. Es una nota francamente alta. De conocimientos teóricos, evidentemente.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:36 (285:286)</p> <p>Y, normalmente, en la asignatura sacan buenas notas.</p>	<p>De acuerdo con los informes de avance escolar, las notas de bachillerato y PAAU anuales han permitido pronosticar un rendimiento académico igual o mejor en el alumnado de Medicina de la UB. Esto, aunado a los informes acerca de la baja tasa de rezago y abandono escolar –el menor de la UB-; y las notas que algunos de los licenciados en Medicina de la UB obtienen en el examen MIR, son indicadores que hacen pensar que la población estudiantil de Medicina está entre las mejores de esta Universidad e, incluso, aseverar que estas características se repiten en otras universidades del Estado español.</p> <p>No obstante, la evaluación suele ser un tópico controvertido en la Educación y la enseñanza médica no es la excepción. Aun cuando se advierte un consenso generalizado en cuanto a la forma de evaluar el rendimiento –de cara a las dificultades que implica evaluar habilidades en acción-, también fue posible detectar la preocupación del profesorado respecto de la calidad de esta evaluación.</p> <p>Por lo tanto, en primer término se habrán de referir las citas sobre las formas de evaluación que, normalmente, se utilizan en la enseñanza médica. En segundo, se abordará el rezago académico y, finalmente, la problemática que la evaluación suscita en el ámbito de la docencia médica.</p> <p>Por lo general suele aprobar entre el 80 y 90% del alumnado en cada asignatura.</p>

Evaluación – Formas de		<p>P 3: 000.txt - 3:38 (295:309)</p> <p>“... A las prácticas asisten de forma regular, el que no asiste a prácticas no puede aprobar y el que asiste a prácticas regularmente y con frecuencia va a aprobar esa parte, porque no es especialmente difícil. Yo creo que se vienen a dar un 15-20% de suspensos en junio, que en septiembre se reduce otra parte y no quedará ni el 10% del curso suspendido para el curso siguiente...”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:65 (486:495)</p> <p>“...hacemos un examen estandarizado con PEPS, que esto es otro elemento de novedad, que yo creo que tiene muchos puntos de crítica porque es un sistema que ni siquiera lo dominamos en el tiempo lo suficientemente, pero lo que sí garantiza es que los casos clínicos son bien estructurados, todos pasan por los mismos elementos y entonces tenemos esta estandarización del examen práctico. Tú no quieres darle un valor grande, le damos el 50% de la nota de la asignatura...”</p> <p>P12: 000.txt - 12:4 (25:26)</p> <p>“Yo creo que hacen mejor el examen práctico que el teórico...”</p>	<p>Los criterios para evaluar en la enseñanza clínica son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma en que se realiza la anamnesis (trato, fases y contenido) centrada en el paciente. • Valoración de la actitud del estudiante ante el aprendizaje: actividad, empeño y organización. • Se toma como base una regla sencilla para establecer el mínimo de aprobado de esta forma <p>De manera general, los exámenes contienen una parte teórica en la que se les pide desarrollar temas en forma sistemática. Además contiene una parte práctica en la que con base en una historia clínica estándar, acompañada de informes analíticos e imágenes radiológicas o microscópicas, se pide al estudiante emitir un diagnóstico. El examen práctico puede contener hasta diez casos clínicos.</p> <p>Las notas de ambas secciones sólo son promediables si ambas son aprobatorias, de lo contrario, se reserva la nota aprobada, hasta que el alumno apruebe la otra sección.</p> <p>En algunas asignaturas, la nota media sobre diez suele estar entre 6 y 7.</p> <p>El apoyo de pacientes estandarizados si bien ha recibido diversas críticas, se reconoce que, realizado con calidad, garantiza parámetros idénticos para el alumnado, lo que es asumido como mayor objetividad en la evaluación del rendimiento.</p> <p>Con el conocimiento del significado e influencia que el examen MIR tiene sobre la enseñanza en Medicina, un amplio sector del profesorado considera que el alumnado busca aprobar la asignatura preferentemente con nota alta, por encima incluso de su deseo de aprender, estando además pendientes de los créditos que cada asignatura posee, pues tratan de sumar el máximo posible. Todo esto lo percibe el profesorado desde el ciclo preclínico, más adelante, el alumnado se reencontrará con su profesión elegida, al iniciar el ciclo clínico.</p>
------------------------	--	---	---

Evaluación – Formas de		<p>P13: 000.txt - 13:28 (162:170)</p> <p>“... se hace un sistema de preguntas, en las cuales, dependiendo y en proporción de las lecciones que se explican de cada profesor, se hace el porcentaje de preguntas también, [luego] entra dentro del cómputo de todo el aparato xxx.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:16 (147:162)</p> <p>“... examen que consiste en una parte teórica en la que hay seis preguntas en las que han de desarrollar unos temas de manera esquemática, no se trata de que desarrollen y expliquen mucho rollo, para entendernos, sino explicar de una manera concisa qué es lo que sucede frente a un mecanismo patogénico, una enfermedad. Y después, un examen práctico que puntúa mitad y mitad en el que se explica una historia clínica estándar o paradigmática quizás, se acompañan unas fotografías macroscópicas y microscópicas y el estudiante debe llegar a un diagnóstico...”</p>	<p>Pero también en el ciclo preclínico persisten las asignaturas “duras”, aquellas que el alumnado tiende a no aprobar, como son las ‘anatomías’ de primero y segundo cursos.</p> <p>El alumnado suele hacer mejor el examen práctico que el teórico.</p> <p>También se han dejado escuchar voces que abogan por formas de evaluación no sólo más comprensivas y sistemáticas, sino flexibles, tendientes a encontrar parámetros de evaluación continua y no sólo puntual a final de curso. G</p> <p>En algunas asignaturas se realiza el mismo examen que en el otro campus de Medicina de la UB, el Hospital Clínico.</p> <p>Con el actual plan de estudios y al conformarse asignaturas basadas en aparatos y sistemas, un conjunto de profesores imparten cada asignatura. Los exámenes son elaborados con la participación de todos y cada uno, quienes aportan una cantidad proporcional de ítems a los contenidos impartidos.</p>
------------------------	--	--	--

Evaluación – Formas de		<p>P14: 000.txt - 14:19 (187:195)</p> <p>“Se ha de decir también que las notas de los exámenes no son promediables, es decir, si aprueban los dos la nota promedia, si se suspende el práctico o se suspende el teórico aquella parte está suspendida y entonces pasa a los exámenes de septiembre. Se guarda la nota de la parte aprobada pero no de la suspendida que se han de volver a examinar...”</p> <p>P17: 000.txt - 17:3 (7:9)</p> <p>“...vuelven otra vez al sistema memorístico, a la pregunta de respuesta múltiple, al examen del año anterior que se lo han filtrado...”</p> <p>P20: 000.txt - 20:36 (193:211)</p> <p>“... xxx es la primera asignatura, la única de momento, que hace examen práctico de verdad... que dura una hora, donde el estudiante entra en una habitación hace un interviú y explora directamente al paciente que previamente ha aceptado ser explorado por el estudiante. La entrevista dura media hora. A continuación el profesor va preguntando al estudiante: el resumen, la orientación diagnóstica, las pruebas complementarias, el tratamiento que le haría. Esto es la prueba práctica que vale el 50% de la nota final. Cosa que no pasa en otras asignaturas. La otra parte es teórica, para aprobar xxx hay que aprobar una y la otra, independientemente. O sea, no se puede sacar un 10 de una, un 0 de la otra y ponerse un cinco. Hay que aprobar las dos partes, y esto les crea una dificultad adicional...”</p> <p>P21: 000.txt - 21:48 (357:363)</p> <p>“A mí, [me plantean] problemas importantes como pedir excusas porque tienen trabajo, que se ganan la vida y no pueden venir a las prácticas, [les digo] “yo creo que te interesa, si puedes hacerlo buenamente hazlo, si no puedes, pues no puedes. Si has de comer no las hagas, entonces, das como asistencia aprobado y punto...”</p>	<p>La modalidad de “Elección múltiple” para la parte teórica es bien aceptada por el alumnado y profesorado, sin embargo, después de muchas ediciones, los exámenes comienzan a ‘filtrarse’ entre el alumnado; este tipo de examen puede favorecer el aprendizaje memorístico.</p> <p>En las asignaturas de cirugía, las preguntas se distribuyen entre los diferentes aparatos y sistemas vistos.</p> <p>Sólo una de las asignaturas refiere realizar examen práctico real, es decir, directamente ante un paciente.</p> <p>El profesorado asume diferentes acciones ante problemáticas del alumnado para aprobar la parte práctica. Así, es factible encontrar docentes flexibles, rígidos o permisivos.</p>
------------------------	--	--	--

Evaluación – Formas de		<p>P22: 000.txt - 22:20 (123:131)</p> <p>“...los alumnos acostumbran a responder bien. Tenemos un examen complejo... Es un examen largo y aún así los alumnos contestan muy bien. A veces hay dificultades para suspender alguno.”</p> <p>P24: 000.txt - 24:22 (132:150)</p> <p>“En la asignatura nuestra, la evaluación tiene tres partes, la parte de conocimientos teóricos por medio de las preguntas-respuestas múltiples; tiene otra parte que son temas cortos en los que el alumno escribe sobre un tema en concreto; y luego tiene casos de imagen que es una evaluación más práctica, en la que se evalúan habilidades para detectar estructuras normales, detectar en la técnica de exploración con las cuales hemos obtenido las imágenes... se ha tenido que modular un poco, porque en las preguntas-respuestas múltiples creo que son bastante habilidosos, aparte de que ya circulan preguntas y exámenes pasados. Y pocas modificaciones se pueden hacer cuando ya has hecho muchas...”</p> <p>P23: 000.txt - 23:22 (139:143)</p> <p>“... porque en las revisiones de examen no es aquello que vengan a revisar un examen para buscar el aprobado, vienen a revisar el examen para buscar el sobresaliente o para buscar el notable.”</p>	<p>El porcentaje de rezago académico suele ser bajo y, en algunos casos, casi no hay suspendidos.</p> <p>De acuerdo con los contenidos de cada asignatura el examen puede variar.</p> <p>Las revisiones de examen son, por lo general, para elevar la nota aprobatoria, no para pasar de suspendido a aprobado.</p>
------------------------	--	--	---

Evaluación – Formas de		<p>P28: 000.txt - 28:19 (108:134)</p> <p>“Nosotros aprobamos mucho y esto es una cosa que cada año nos lo planteamos pero tampoco no nos va mal. Mire, en el último examen que se dio hace una semana, de los treinta y tres alumnos suspendieron solamente tres... creo que aprobamos un poco excesivamente, pero de verdad es que los exámenes los hacen bien... hacemos un examen muy completo, un examen que dura casi cinco horas, en el cual hay 50 preguntas tipo test, hay seis preguntas cortas, cortas que quiere decir de una página, o sea que tampoco son tan cortas, sobre temas muy concretos: “por favor dígame las causas de tal enfermedad o diagnóstico de tal enfermedad o el tratamiento de tal enfermedad”. Y después, hay cuatro casos clínicos en los cuales, hay cuatro supuestos clínicos que se les presentan con radiografías, con electrocardiograma, con gammagrafías... También se les valora la rotación que han hecho durante la época de servicio, lo que han hecho, la asistencia al seminario, su actitud durante el seminario, su actitud en el servicio, hacemos un baremo y hacemos una puntuación. Y todo esto va para examen, y cuando sumas y restas y divides y multiplicas, sale que dices “este año hemos aprobado a casi todos”. En parte, es buena señal, porque quiere decir que estudian y que aprueban y que sacan buenas notas.”</p> <p>P29: 000.txt - 29:19 (93:108)</p> <p>“...lo hacemos de una forma matemática. Aprueban por encima del 70% de los tres alumnos que han obtenido puntuación más alta. Se hace el promedio de los tres que tienen puntuación más alta y aprueban por encima del 70. A los que obtienen por encima del 80% de esta cifra se les califica como notable y a los que obtienen más del 90% se les califica como sobresaliente. Es un sistema bastante absurdo pero matemático. Se adecua a cada grupo porque haces el promedio de los tres que han obtenido puntuación más alta, pero si el nivel es muy bajo puede ser que, paradójicamente, haya mayor porcentaje de aprobados y notas altas. Es un sistema que yo no veo totalmente claro y que a veces puede conducir a absurdos, pero es el que después de muchos intentos y de muchas variaciones es el que tenemos. Yo lo respeto escrupulosamente.</p>	<p>Aparte de los resultados en el examen teórico y práctico, un sector de profesores informan sobre una valoración puntual acerca de las actitudes del alumno ante situaciones de aprendizaje y, sobre todo, ante el paciente.</p>
------------------------	--	--	--

Evaluación - Rezago		<p>15</p> <p>P 1: 000.txt - 1:63 (649:652)</p> <p>El alumno que suspende viene a protestar la nota o simplemente a conocer con más detalle por qué ha fallado.</p> <p>P 3: 000.txt - 3:37 (287:292)</p> <p>Siempre habrá el punto de vista del estudiante que es contrapuesto al profesor, porque ellos no entienden a veces por qué esto es importante y por qué no. El examen que les hacemos es un examen complicado porque como la práctica tiene que valer mucho, es muy difícil hacer un examen práctico que sea sencillo.</p> <p>P21: 000.txt - 21:45 (328:334)</p> <p>“...ya he dicho que como los exámenes los ponemos todos, cada uno pone sus preguntas, vamos todos los que hemos puesto las preguntas, entonces, el que viene a reclamar se mira pregunta por pregunta y profesor por profesor. Es decir, 'yo no te puedo subir, incluso te tendría que bajar, pero ya he considerado que, bueno, estamos todos presentes...' “</p> <p>P23: 000.txt - 23:19 (112:121)</p> <p>“Pienso que es una asignatura fácil de aprobar, pero que... como está impuesta actualmente dentro de la carrera, se les hace difícil. Porque es una asignatura que se da con muy poco tiempo, al final del cuatrimestre y probablemente dan prioridad, por lo que sea, estos alumnos, a las asignaturas que anteriormente han sido impartidas y, por la misma dinámica del alumno, esta asignatura la dejan como de las finales, y muchos la dejan para septiembre, y quien no, para el año siguiente.”</p> <p>P26: 000.txt - 26:21 (122:127)</p> <p>“El que lleva bien las otras asignaturas, habitualmente va bien en todas o va mal en todas. Alguna vez hay alguna excepción, pero lo normal es que el que suspende aquí con nosotros lleva otros suspensos, eso es lo más frecuente. Y si saca buena nota, también la saca en las demás.”</p>	<p>El rezago anual llega a oscilar entre 10 y 20%.</p> <p>Es mayor en el periodo preclínico con las asignaturas ‘duras’ o las de tercer curso por su cercanía con la asignatura ‘puente’ Semiología...” que absorbe más tiempo de estudio.</p> <p>El alumnado suele priorizar alguna sobre otras que deja para la convocatoria de septiembre, no presentándola en junio.</p> <p>La percepción del alumnado, sobre el carácter difícil de una asignatura hace que, según los profesores, estudie más tiempo y con más empeño.</p> <p>Los alumnos aventajados suelen ir bien en todas las asignaturas.</p>
---------------------	--	--	--

Evaluación – Problemática		<p>21</p> <p>P 1: 000.txt - 1:33 (337:346)</p> <p>“El examen puede ser muy variado dependiendo del paciente que le toca a un alumno. Un poco como prueba objetiva puede ser mala, en el sentido de que a alguien le puede tocar un caso muy fácil con un paciente muy colaborador y a otro le toca un paciente horroroso que no quiere hablar de nada, que no quiere decir nada. Y, entonces, el pobre alumno lo hace mal, pero a lo mejor no porque él lo haga mal, sino porque le ha tocado ese tipo de paciente. Y luego pesa en la evaluación.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:66 (495:504)</p> <p>“... tenemos que garantizar que la herramienta evaluativa no va a ser un lío enorme, porque aquí tenemos un examen oral con los enfermos y si estuviera influido por el subjetivismo del profesor y el caso, esto sería tremendo [para la] nota que le pondrías a cada uno, porque a estos alumnos, cuando les haces un poco así la tuerca, los podrías suspender a todos. O sea, que en realidad acaban y de saber saben poquísimos porque no puede ser de otra manera, por el poco tiempo que dura la asignatura.”</p> <p>P 7: 000.txt - 7:23 (110:116)</p> <p>“Uno de los problemas que hay es que realmente el nivel de exigencia es bajo, porque como ahora hay los porcentajes, o por lo menos la norma es hacer básicamente exámenes escritos, tipo test. Hay unas normas en que el porcentaje de aprobados guarda relación con el porcentaje de los tres más altos. Entonces, yo diría que esto da una media muy baja.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:25 (190:196)</p> <p>“...En ese sentido, la universidad o los planes docentes, tienen que ser responsables también, de hacer una evaluación que sea más objetiva, independientemente, de que luego, tal como está estructurado aquí, pues haya un examen que es el MIR, donde tienen que responder así, respuestas múltiples y todo eso.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:51 (282:293)</p> <p>“... Hay estudiantes que se quejan porque hay enfermos que no se explican tan bien como otros, hay ‘el profesor que tal vez me califica mejor que el otro...’ Son cosas que son, pero, se quejan mucho de esto, se quejan mucho de que ‘mi caso es más difícil que el del otro’, ‘que el profesor A pone mejores notas y el profesor B menos que el otro’, en fin... Todas las revisiones de exámenes te vienen para subir de ocho y media a nueve cuando antes era para pasar de cuatro a cinco. Ahora te viene para ver si puede subir un poquito porque si no ya no es excelente, no sé. A la subjetividad le tienen, a mi juicio, obsesión porque las cosas sean para todo el mundo iguales.”</p>	<p>Las prácticas suponen un problema para la evaluación. Cada Asignatura puede estructurarlas y organizarlas de acuerdo a sus condiciones y recursos, con lo que la funcionalidad de las mismas varía de asignatura a asignatura.</p> <p>Esto se expresa también en los criterios para evaluarlas que, generalmente, son fuente de insatisfacción para el alumnado que considera no siempre objetivas las pruebas. Esta posible pérdida de objetividad puede deberse también a causas intrínsecas como es la propia situación del paciente, lo que ha motivado al campus Bellvitge a utilizar pacientes estandarizados en la evaluación.</p> <p>Actualmente se estudian otras alternativas al uso de pacientes estandarizados como las estaciones de evaluación.</p> <p>En las asignaturas cuyas prácticas no tienen el valor necesario, el alumnado no asiste regularmente e, incluso, llega a solicitar no asistir si los exámenes se acercan.</p> <p>Hay quien considera que la valoración de la asistencia, el interés y tres historias clínicas es deficiente, y que la nota media, producto de la fórmula utilizada, resulta muy baja.</p> <p>La escala de notas tiende a ajustarse, en virtud de los logros obtenidos, en particular en asignaturas cuyo contenido es muy extenso.</p> <p>En los exámenes continúa prevaleciendo la memorización, para la parte teórica.</p> <p>Se asume como una obligación institucional el instrumentar evaluaciones objetivas.</p>
---------------------------	--	---	---

<p>Evaluación – Problemática</p>		<p>P21: 000.txt - 21:41 (292:325)</p> <p>“Creo que tienen un camino fácil para exponer sus problemas, muy fácil, incluso cuando hay revisión de exámenes... Por ejemplo, si uno ha sacado una nota justita y resulta que “soy huérfano, resulta que trabajo en el puerto, resulta que casi no duermo, que por la noche...”, claro, si tú le dejas decir todo esto ya no eres objetivo, has de subjetivar con aquel individuo... Pero a ti realmente ni te va ni te viene, una, no aumenta tu calidad como profesor, ni te ponen más medallas ni menos medallas para suspender o para aprobar, no te pagan más dinero ni menos dinero para aprobar o suspender, entonces, aquí la docencia es porque te gusta y la haces y disfrutas, y si te viene un pobrecito y tú le has calificado como cuatro y necesita un cinco, “¿qué más te da? pues dale un cinco”. Entonces, tendría que hacerse un examen a los profesores, si realmente estamos haciendo bien nuestra función, o no.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:22 (129:139)</p> <p>“Estas prácticas les son fáciles y también en nuestra Unidad Docente las prácticas no se examinan. La puntuación de prácticas es de asistencia, más-menos interés. No hay un examen práctico, que esto también le quita interés a veces, bajo mi punto de vista. Vienen porque pasan lista pero... “Es que en junio me harán suturar un brazo o me harán hacer una parada”. Desgraciadamente, es lo que falta. No encontramos un sistema de valoración de prácticas, con lo cual la gente se dedica mucho más a la teórica. En nuestro medio y en nuestra asignatura, consideran más fácil la práctica.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:49 (350:354)</p> <p>“luego cuando se acercan los exámenes, ya es difícil contactar con ellos porque “no voy porque tengo examen”. Y les buscas y “oiga no nos ponga prácticas esta semana porque tenemos examen y si no, no vendrá nadie, y tal, pónganos...”</p>	
----------------------------------	--	---	--

METODOLOGÍAS DOCENTES

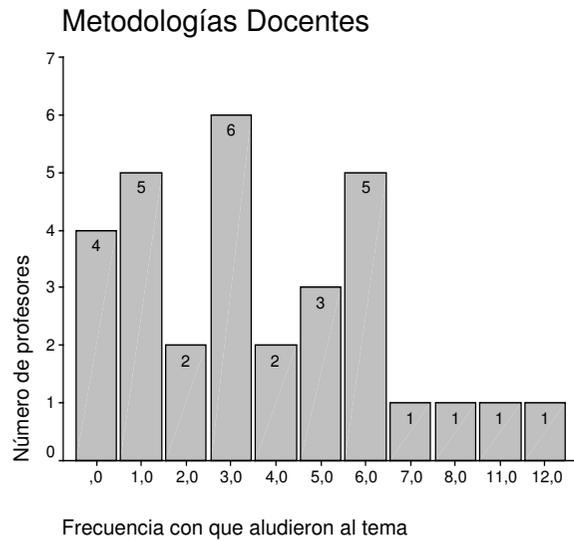
La subescala *Metodologías Docentes* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Aprend. Bas. Problemas
2. Reunión de evidencias
3. Observación directa procedimientos
4. Uso de pacientes estandarizados
5. Uso de maniqués en prácticas
6. Seminario.
7. Clase magistral
8. Exposición de temas por alumnos
9. Discusión de casos / temas
10. Prácticas de laboratorio
11. Prácticas de Disección
12. Supervisión clínica
13. Tutoría de asignatura
14. Sistemas Aprendizaje autónomo
15. Simulación con ordenadores
16. Uso Recursos audiovisuales

El profesorado se refirió a 12 de ellas, pero señaló otras no contempladas:

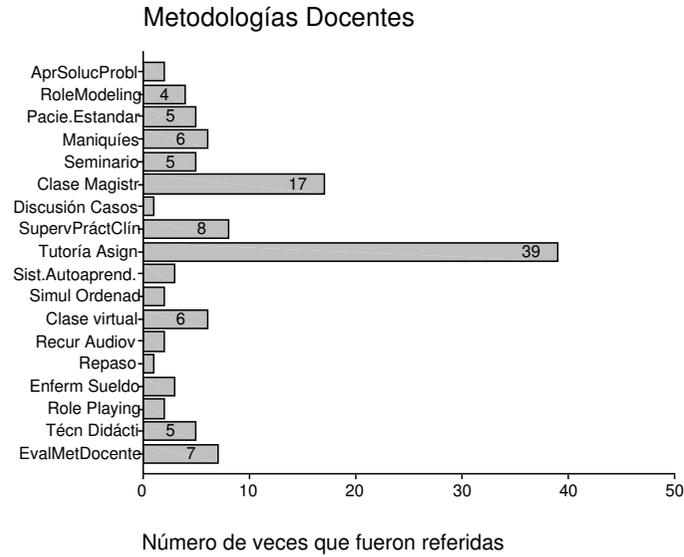
1. Aprend. Bas. Problemas
2. Observación directa procedimientos
3. Uso de pacientes estandarizados
4. Uso de maniqués en prácticas
5. Seminario.
6. Clase magistral
7. Discusión de casos / temas
8. Supervisión clínica de prácticas
9. Tutoría de asignatura
10. Sistemas Aprendizaje autónomo
11. Simulación con ordenadores
- 12. Clase virtual**
13. Uso Recursos audiovisuales
- 14. Repasos**
- 15. Enfermos a sueldo**
- 16. Role playing**
17. Técnicas didácticas
18. Evaluación de Métodos Docentes

La frecuencia y el tipo de estrategias de *Metodologías docentes* se distribuyeron como sigue.



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (12) que se aludió a estas actividades correspondió a un profesor, mientras que cinco de ellos las tocaron por lo menos una vez. Cuatro profesores no se refirieron a ellas. En total, sumaron 118 las referencias de los 27 profesores.



Gráfica

La Gráfica muestra que 39 (33%) de las 118 alusiones correspondió a la subcategoría de “Tutoría de Asignatura”, mientras que “Discusión de casos” y “Repaso” fueron las menos mencionadas, (1 vez) representando cada uno el 1%.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Análisis
Apren. Basado en Problemas	2	2	<p>P 9: 000.txt - 9:47 (25:29)</p> <p>“Es decir, si nos remitimos un poquito a lo que existe ya en la práctica que se basa en la resolución de problemas, esto se da mucho de forma mucho más factible cuando la enseñanza es clínica que no en la preclínica.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:28 (297:300)</p> <p>“Los grupos son más reducidos, se explican cosas en las cuales los alumnos pueden preguntar de una manera más directa, porque ya son cosas más prácticas, en las que se plantean problemas más prácticos.”</p>	<p>La enseñanza basada en problemas (PBL), tendencia creciente a nivel mundial en la educación médica, puede ser utilizada con mayor eficacia en el ciclo clínico de la carrera, facilitada por sus grupos académicos reducidos</p>
Modelamiento (Role Modelling)	4	4	<p>P30: 000.txt - 30:40 (240:250)</p> <p>“...creo que la manera como se aprende más una vez que ya has tenido estos conocimientos básicos, es colocarte al lado de una persona que haga las cosas bien, y hacer de aprendiz al lado [de un experto]... aparte de complementarse con esto de los maniqués. Porque si con el maniquí se hacen prácticas, por ejemplo, de amniocentesis, ‘el día que te toque hacerlo a un enfermo y hayas visto cómo lo hace el experto, lo harás bien’. Creo que a pesar de la electrónica y de la informática, hay cosas que no se pueden [aprender]”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:31 (237:244)</p> <p>“...si una persona tiene una actitud afectiva con el paciente, generalmente ellos también lo hacen. Esto lo vemos por técnicas...en las que están mucho más distantes y otras en las que se mantienen mucho más acercados a los pacientes y creo que son capaces de hacer una broma al paciente, pero porque están viendo esta actitud también en el compañero o en el profesor que les está enseñando.”</p> <p>P31: 000.txt - 31:21 (104:110)</p> <p>“...aquí también hay un factor personal... los profesores y luego los médicos que están un poco de tutores al lado y tal, prestan una ayuda y una actuación importante, porque los alumnos los utilizan un poco como maestros, como guías, como modelos de actuación y, como todos tenemos nuestras cosas mejores y peores, vicios, o, hábitos adquiridos, tienen que ir cogiendo de cada uno, y hay gente que destaca mejor de una manera que de otra.”</p>	<p>El aprendizaje por modelamiento es uno de los más antiguos y más modernos métodos de enseñanza. En Ciencias de la Salud y en Educación, se ha utilizado desde siempre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La observación directa de un procedimiento realizado por un experto es una forma eficaz de aprenderlo. • Esta observación no sólo incluye el procedimiento sino la actitud con que el profesor o experto lo realiza, de manera que ésta también puede ser aprendida. • El alumnado podrá ir adquiriendo así: conocimientos, actitudes, valores, vicios. <p>P 4: 000.txt - 4:32 (185:204)</p> <p>“... Y para mí es muy importante, porque la gente aprende lo que se le da importancia. Si no se le da importancia y aprenden una cuña, lo consideran de segundo orden...”</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Uso Pacientes Estandarizados</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>P 1: 000.txt - 1:38 (389:395)</p> <p>“... el xxx me parece que se podría prestar perfectamente porque le puedes pedir [al actor] que vea dos días a un enfermo xxx en el pasillo de la consulta y ya lo imitará perfectamente...”.</p> <p>P 1: 000.txt - 1:39 (398:402)</p> <p>“... al actor lógicamente le has de pagar. Si viene aquí dos tardes a estar y luego dos tardes más a aprender varios síntomas, al final vale un dinero todo esto; más todo lo que es la parafernalia.</p> <p>P20: 000.txt - 20:54 (311:313)</p> <p>“... nos obligó el año pasado a hacer una experiencia con enfermos simulados, costó casi un millón doscientas mil pesetas.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:35 (365:366)</p> <p>“... Esto yo lo tengo diseñado pero no la hemos llegado a realizar porque requiere actores, porque requiere actores, requiere días en el hospital, tiempo, dedicación y una serie de cosas...”</p>	<p>El uso de pacientes estandarizados (actores y actrices que simular estar enfermos) ha resultado uno de los recursos más potentes en la educación médica, tanto a nivel de la propia enseñanza como de su evaluación.</p> <p>La posibilidad de utilizar a un actor que simula una serie de síntomas permite al alumnado practicar el razonamiento clínico sin interferir con el proceso de un paciente real, evitando así implicaciones éticas.</p> <p>Los actores aprenden a imitar el comportamiento de casos típicos o a referir síntomas con relativa facilidad.</p> <p>El uso de pacientes estandarizados tiene un alto coste por lo que algunas iniciativas docentes han tenido que ser relegadas.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Uso de Maniqués</p>	<p>3</p>	<p>6</p>	<p>P 1: 000.txt - 1:30 (309:322)</p> <p>“Los maniqués que he visto no están fabricados aquí, pero se consiguen con facilidad. En todo caso se piden y a la semana ya los podemos tener aquí, el problema es que es caro. Y supongo que tiene una vida limitada. Nosotros no hemos empezado a trabajar, pero el mes que viene empezaremos una práctica de punción lumbar con alumnos ante un maniquí. Supongo que cuando hayan pinchado quince veces el maniquí se gastará y habrá que cambiar por lo menos algún soporte y hacer algunas cosas, pero el aparato en sí, por ejemplo, para una punción lumbar me parece que valía alrededor de unos 1.200 euros, 200.000 pesetas antiguas, aproximadamente. No es mucho dinero pero tampoco es barato.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:23 (122:124)</p> <p>“... el estudiante tiene que aprender a pinchar en maniqués y en brazos de goma,... tienes que tener equipamiento y tiempo para enseñar al estudiante a hacer maniobras pero no en el enfermo.”</p> <p>P20: .txt - 20:26 (140:141)</p> <p>“La inversión fue comprar el maniquí, por el que nos pedían 80.000 pesetas. Hoy tenemos un maniquí, un brazo, una espalda, un torso, un maniquí para que el estudiante pueda pinchar...”</p>	<p>El logro de una enseñanza de calidad con enfoque prioritariamente práctico supone contar con los recursos didácticos que garanticen el mismo.</p> <p>Lograr una competencia profesional en clínica (punciones, canalizaciones, intubaciones, etc.), implica que el alumnado requiera practicar varias veces los procedimientos. Esto no siempre es posible: a) no se presenta el caso; b) existe riesgo para el paciente; c) el paciente no acepta; d) la práctica es fallida. De ahí la necesidad de contar con maniqués especiales para la práctica médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se adquieren fácilmente. • Pueden utilizarse varias veces • Pueden ser utilizados por más de un alumno. • La práctica segura aporta confianza en el alumno para afrontar su ejercicio real.

Seminarios	4	5	<p>P 9: 000.txt - 9:4 (48:59)</p> <p>“...Así que, hoy en día, se da cada vez menos énfasis en lo que es una clase teórica... Claro, damos mucha más importancia a lo que es un seminario, un foro participativo de los estudiantes, donde cada uno opina, aunque se equivoquen, estamos aquí para equivocarnos todos, que no una clase magistral donde es una persona que tiene altas posibilidades de equivocarse en un momento determinado.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:45 (293:295)</p> <p>“...el tipo de enseñanza no es solamente una enseñanza teórica sino que nosotros trabajamos, sobretodo, en forma de seminarios... lo que pretendemos es que haya una facilidad en las preguntas de los alumnos, si hay algo que no se entiende, que lo digan, si hay alguna idea que intenten o que pretendan que pueda ser modificable, estamos abiertos a cualquier tipo de aportación.”</p>	<p>La organización didáctica de la enseñanza en el ciclo clínico se basa mayoritariamente en la modalidad de seminarios, aparte de las clases teóricas en el aula. En estos seminarios, con grupos reducidos es posible estimular la mayor participación del alumnado en la discusión de temas y, por ende, su implicación directa en el proceso enseñanza aprendizaje, aportando nuevas ideas o enfoques.</p>
------------	---	---	--	--

Clases magistrales	11	17	<p>P16: 000.txt - 16:1 (16:21) “...mi función, mi contacto con los alumnos es puramente el que se tiene en una conferencia magistral, es decir, yo estoy en el estrado dictando la clase y los alumnos están sentados. Tengo muy poca interrelación con ellos y no sé ni cómo piensan, ni cómo se comportan. Los valoro sobretodo en el examen...”</p> <p>P26: 000.txt - 26:24 (151:155) “Yo, normalmente, siempre termino de dar clases 5 o 10 minutos antes de la hora. Y entonces, mientras recojo mis diapositivas y todo eso, que lo hago despacio, me vienen los alumnos, ‘el que tenga alguna duda me lo puede preguntar’. Raramente preguntan algo. Entonces, a la hora del examen es cuando veo que muchos conceptos no quedaron claros.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:50 (347:368) “...Parece que cuando damos las clases magistrales se pierde el tiempo, yo no estoy muy segura de que sea una pérdida de tiempo. Si les das una serie de conceptos en las clases teóricas y, sobretodo -creo que es lo más importante-, que transmites un interés en una serie de puntos... lo único que tienen ellos que captar son los puntos en que ponemos énfasis, que son importantes y que no pueden dejar de aprender... un énfasis que no tienen en los libros, donde está todo escrito con la misma letra y, por tanto, qué es, de lo que está escrito, lo más o lo menos importante, eso no lo puede captar el alumno cuando está leyendo el texto, en cambio el profesor sí que transmite. Entonces, yo veo útiles las clases teóricas magistrales que damos.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:12 (63:71) “Se motivan en un momento determinado, si tú los distraes y los llevas por un sendero distinto, pero esto no les sirve, les sirve como anécdota que no aprecian en el momento por estar cansados, porque llevan toda la mañana de clases y es repetitivo lo que tú les explicas y, la mayoría de veces, si intentas sintetizar, estás haciendo de libro y pierde gracia para el conferenciante, porque si hay que repetir lo del libro, más vale que se compren el libro y se lo estudien del libro porque no aclaras dudas.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:6 (66:81) “...con la clase magistral, una persona la da, puede tener un día bueno, puede tener un día malo, se puede equivocar, o lo que sea y entonces la posibilidad de que le pregunte el alumno algo, queda reducida a los cinco últimos minutos de la clase, como a lo mejor no le pilla al profesor. Esto es válido tanto para un curso clínico como para un preclínico, lo que pasa es que la equivocación, a la hora del examen o a la hora de la evaluación, es mucho más grave en los casos clínicos.”</p> <p>P18: 000.txt - 18:53 (360:368) “...Hay el profesor que es capaz de dar una espléndida clase magistral y además se disfruta..., pero tengo mis dudas de que esto sea lo que necesita el alumno. Yo no digo que no tenga que escuchar algunas conferencias, pero lo que estoy diciendo es que no son herramientas para el autoprogreso, para hacerse las preguntas a sí mismos, porque a fin de cuentas, no estará ese profesor cuando esté delante de un paciente, estará él solo.”</p>	<p>Las llamadas clases magistrales no son, en estricto sentido, magistrales, la frase alude a las clases tradicionales, clásicas o también llamadas ‘catedralicias’, en las que el profesor expone un contenido del temario casi sin interrupción, dejando al final, un tiempo imitado para preguntas del alumnado.</p> <p>La institución universitaria promueve entre sus objetivos de formación, la educación basada en métodos pedagógicos interactivos orientados a desarrollar competencias de aprendizaje autónomo en el alumnado. Sin embargo, largas décadas de enseñanza tradicional aún constituyen fuertes resistencias a la adopción de métodos docentes modernos.</p> <p>Un amplio sector del profesorado continúa impartiendo clases bajo el esquema antes descrito, aún cuando reconoce que este método no le permite conocer más de cerca de sus alumnos tanto, personalmente como en cuanto a estilos de aprendizaje.</p> <p>No obstante, ningún profesor se manifestó por la desaparición de la clase tradicional, sino de extraer el máximo aprovechamiento de ella, enfatizando puntos importantes del contenido no destacados en los libros de texto.</p> <p>Otro sector, ubicado en el ciclo clínico, alerta sobre que la clase magistral sea la única fuente de información del alumnado, ya que esta estrategia está sujeta en mayor medida a variaciones fundamentalmente humanas. Mientras que otros profesores insisten en la necesidad de promover el autoaprendizaje y la actitud de búsqueda e interrogantes.</p>
--------------------	----	----	---	---

Discusión de casos	1	1	<p>P 1: 000.txt - 1:11 (81:112)</p> <p>“... normalmente el método que se elige más en estos casos es la exposición de casos clínicos comentados, que se van desarrollando progresivamente en función de los requerimientos que hace el alumnado sobre ese caso clínico, supuestos prácticos en los que se instala un caso clínico y se van dando pistas sobre: “paciente de tantos años que acude por dolor de xxxx”, qué le preguntaría usted y qué le interesaría sobre este dolor de xxxx; qué cuestionaría sobre este escenario, qué exploraciones haría y, entonces, en los supuestos prácticos lo que se hace es introducir al alumno progresivamente en un caso. Se le da un síntoma o varios síntomas y el alumno ha de preguntar sobre ellos, ha de pedir los datos sobre la exploración, las pruebas complementarias, etc. para emitir un diagnóstico topográfico y finalmente llegar a un diagnóstico etiológico. Normalmente, los supuestos prácticos son acciones que se imparten simultáneamente a todos los alumnos. En los supuestos prácticos se hacen normalmente varios casos en una forma escalonada, en que el alumno tiene que ir progresivamente obteniendo datos, preguntando y luego, cuando se le muestran, por ejemplo radiografías, el alumno ha de leer esas radiografías, ha de comentarlas, ha de explicarlas, para finalmente ver si realmente ayudan al diagnóstico y se puede obtener, como decía, un diagnóstico primero topográfico, situar donde está la lesión, y por último etiológico, seguido lógicamente de las consecuencias terapéuticas que eso pueda tener, una intervención quirúrgica, un tratamiento con xxx o un tratamiento con xxx, que es lo que sirve.</p>	<p>La discusión de casos clínicos es otra estrategia docente con mayor frecuencia referida en la enseñanza clínica. La discusión de casos ejercita el razonamiento clínico al ir estableciendo vínculos entre las diferentes fuentes de información para el diagnóstico y la terapéutica.</p> <p>Llama la atención que sólo hubiese una cita en la cual un profesor explica detalladamente la forma en que funciona la discusión de casos en su asignatura.</p>
--------------------	---	---	--	---

Supervisión clínica/Prácticas	7	8	<p>P 9: 000.txt - 9:41 (315:329)</p> <p>“...si un estudiante pasa visita conmigo, con todos los enfermos y no hace ninguna pregunta, evidentemente ha cumplido con el objetivo de pasar visita conmigo. Pero yo no puedo creerme que lo sepa todo, que lo tenga todo clarísimo, que sepa [en] cada paciente que diagnóstico tiene, entonces, el interés se muestra en la medida que me esté dando, perdón por la expresión, la paliza todo el rato preguntándome 'y a éste porqué le pasa esto y porqué le ha hecho tal cosa, no sé qué, no sé cuántos'. Eso sí es valor añadido....”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:13 (130:152)</p> <p>“... sobretodo la lección que más hacemos en xxx es una práctica con cuatro alumnos, cinco como máximo, delante de un paciente. Se le pide permiso primero al paciente, se habla con él, entonces el paciente expone su caso, lo va diciendo progresivamente. Se le pide lógicamente que sea discreto y que no diga el diagnóstico de entrada. Es decir, '¿qué le pasa a usted? Pues que tengo una xxxx'. No, se le explica que ha de decir sus síntomas y evitar decir el diagnóstico para no persuadir a los alumnos de lo que tiene. El señor va explicando sus síntomas y los alumnos progresivamente se van enterando con la ayuda del tutor, hasta que al final se ven las radiografías, o las pruebas diagnósticas y se comentan el diagnóstico y tratamiento. Son prácticas que pueden durar alrededor de 45 a 60 minutos.”</p> <p>P24: 000.txt - 24:23 (156:168)</p> <p>“... intentamos hacer unas prácticas lo más parecido a lo que es el día a día del trabajo del servicio, ellos hacen unas rotaciones que son muy cortas, unas son de un día o de dos días, pero en que conocen cómo se hacen las exploraciones, por ejemplo, las ecografías, las tomografías axiales; cuando están con estas sesiones tienen contacto con el manejo del paciente...”</p> <p>P25: 000.txt - 25:17 (91:97)</p> <p>“Por eso yo, un poco cuando hacía de responsable de la práctica de xxxx les hacía trabajar en grupos. Les ponía un caso clínico y les hacía que lo trabajaran entre tres, dos o tres, dependiendo, me gustaba dos pero a veces tres, y que luego lo presentaran. Y trabajos en equipo, que los dos se ayudaran. Pienso que es una cosa importante que a veces olvidamos.”</p>	<p>La práctica clínica supervisada es, quizá, la parte de la estructura de la enseñanza clínica, que pone la nota distintiva respecto al ciclo preclínico.</p> <p>En ella, el alumno se inicia en “hacer de médico”, entrevista y valora a pacientes bajo la supervisión del profesor o tutor. La mayor parte de esta se realiza durante la visita del médico (generalmente el profesor titular o asociado y el residente) a los pacientes que en esa etapa se encuentran en la planta o acuden a la consulta externa. El alumno puede preguntar si el caso lo permite durante la visita o después.</p> <p>Con base en los conocimientos adquiridos en el ciclo básico y los contenidos de la asignatura de cuarto, el alumnado intentará establecer un diagnóstico inicial, a partir del interrogatorio, la historia clínica y las pruebas complementarias.</p> <p>Una de las ventajas de la práctica es que se realiza con un grupo más reducido de alumnos, máximo cinco, lo que representa una mayor oportunidad de atención por parte del profesorado del servicio.</p>
-------------------------------	---	---	---	--

Sistemas de Autoaprendizaje	1	3	<p>P20: 000.txt - 20:14 (76:79)</p> <p>“Desde que se ha limitado mucho la docencia teórica hay temas que el estudiante siempre tendrá que autoaprenderlos.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:17 (95:99)</p> <p>“... creo que el autoaprendizaje del alumnado tiene que ser una cosa muy limitada. Tiene que enseñárseles pocas enfermedades en cuarto curso, pero muy intensamente y éstas no son de autoaprendizaje, se aprenden con el profesor.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:5 (29:35)</p> <p>“...en el autoaprendizaje todavía queda bastante por hacer como seleccionar criterios para que el estudiante elija las enfermedades que tiene que estudiar... Es el aspecto todavía por perfeccionar del plan. Es decir, un poco mejorar la técnica de autoaprendizaje por parte del estudiante y por parte del profesor que se dedica al tema.”</p>	<p>Con el cambio curricular hacia una mayor orientación práctica de la educación médica, una parte significativa del contenido ha sido destinado al autoaprendizaje. Por otra parte, bajo criterios de ponderación de temáticas, al priorizar temas de mayor peso para ser impartidos por el profesor, otros temas son destinados al autoaprendizaje, pero ¿está preparado el alumnado para llevar a efecto esta encomienda?</p> <p>Se reconoce que no es así del todo, y que también el profesorado está carente de habilidades para conducir el autoaprendizaje.</p>
Simulación por ordenador	2	2	<p>P15: 000.txt - 15:31 (244:248)</p> <p>“... por razones de las tendencias, en la enseñanza de la Medicina se procura que todo esto sea sustituido por videos, por enseñanzas electrónicas, por simulaciones por ordenador, lo cual desde el punto de vista intelectual puede ser satisfactorio...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:50 (345:352)</p> <p>“...Yo creo que esto incluso tendríamos que... aprovechar en un futuro inmediato las herramientas informáticas a fin de que el estudiante pueda trabajar en su casa, pueda pensar en su casa... Un programa informático le puede permitir autoaprender y luego tener al tutor para preguntarle los errores que ha cometido al progresar.”</p>	<p>Un medio idóneo para el autoaprendizaje o aprendizaje autónomo lo conforman programas de enseñanza por ordenador, en los que incluso pueden presentarse prácticas clínicas simuladas.</p> <p>Aunque con pequeñas reticencias o alertando sobre excesos, la mayoría del profesorado se inclina por aprovechar al máximo estos recursos.</p>
Clase virtual	4	6	<p>P19: 000.txt - 19:9 (54:57)</p> <p>“... hay alguna asignatura, en xxxx que algún profesor ya ha puesto la clase en la red. Ellos [los alumnos] pueden acceder, incluso con una autoevaluación, etc...”</p> <p>P19: 000.txt - 19:10 (61:65)</p> <p>“... no se crea que hemos visto una gran ilusión con los alumnos. Yo le diría que mi sensación es que prefieren un poco la enseñanza clásica, con los apuntes y que se les dé concretamente, más que tenerse que mover por la red.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:40 (296:304)</p> <p>“...Simplemente es la forma en dar la asignatura. [Cambiar] La estructura actual de que la clase magistral para la mayoría de estas asignaturas es lo fundamental y, en cambio, se dejan de lado las posibilidades de dar otras [estrategias de tipo semi] presencial con más soporte de tipo práctico y más interactivo, experimental para el alumno. Lo que ocurre es que hemos de suponer que esto es una metodología que supone un trabajo de muchas más horas para el profesor y para el alumno.”</p>	<p>Las clases virtuales de Medicina, están aún en una fase de iniciación, no obstante que dentro de la propia universidad se cuenta con ejemplos en varias titulaciones.</p> <p>Las contadas experiencias en Medicina, no parecen contar con mucho entusiasmo dentro del alumnado. Es probable que prefieran la clase presencial.</p> <p>Quienes tampoco han mostrado mayor iniciación son los profesores, porque la experiencia obliga a una mayor dedicación que la supuesta clase magistral, en donde el profesor da su clase, realiza un examen final, revisa el examen y se va.</p>

Recursos audiovisuales	1	2	<p>P14: 000.txt - 14:20 (206:219)</p> <p>"...hemos ido introduciendo este año por ejemplo, es la posibilidad de que los estudiantes tengan acceso a material audiovisual, pero no al que se da en clase, sino el que se les suministra para que después lo trabajen ellos. Entonces, este es un aspecto que a mí me parece que puede ser interesante, que claro, se puede prestar a demasiadas facilidades de cara al alumno, pues en un momento dado el alumno dispone de apuntes que se van pasando de unos a otros, ahora también dispondrá de diapositivas o de discos, en los cuales hay una información monográfica. Bien, es posible que ahora tengan mucho más material que antes..."</p>	<p>Un recurso frecuentemente utilizado en Medicina es el uso de diapositivas, aunque ahora no es necesario imprimirlas, puesto que se les proporciona a los alumnos los archivos en disco.</p> <p>Esto incrementa notablemente el cúmulo de contenidos por revisar para lograr aprobar la asignatura.</p>
Repaso	1	1	<p>P 1: 000.txt - 1:20 (202:213)</p> <p>"...lo que hacemos normalmente es pedir a los alumnos el primer día de clase, cuando empieza el cuatrimestre, que repasen conocimientos de anatomía y de fisiología, que repasen por su cuenta como autoaprendizaje o como recordatorio. Que reactiven sus conocimientos de anatomía y de fisiología del sistema nervioso porque presumimos que les va a ayudar mucho y luego, dentro de cada lección, intentamos hacer siempre un cierto bosquejo fisiopatológico para que integren un poquito mejor el proceso de la enfermedad junto con la noción de lo que es la anatomía patológica, donde está situada la lesión."</p>	<p>El repaso como técnica de estudio cotidiano es una de los más eficaces y contribuye a la reconstrucción del conocimiento, integrándolo a la base de información que la persona posee y maneja.</p>
Enfermos a sueldo	1	3	<p>P30: 000.txt - 30:36 (220:221)</p> <p>"...Siempre he pensado que sería muy importante tener enfermos a sueldo. Entonces, creo que estaría bien poder tener enfermos que tuviesen, por ejemplo, xxxx, que tuvieran xxxx, y le pudieras decir, 'mira, aquí en la facultad te ofrecen tanto por hora' -o sea, unos cuantos euros por hora-, ¿a ti te interesaría venir a las clases prácticas? y hacer grupos, por ejemplo, de cinco alumnos y visitar uno de los enfermos, y el enfermo quizá estaría de alguna manera contento porque le representaría un ingreso. Creo que sería importante eso."</p> <p>P30: 000.txt - 30:37 (225:232)</p> <p>"...una cosa es la teoría y otra cosa es verlo y tocarlo. Ya sabe que cada vez [más] y, sobre todo, en los países nórdicos, existen muñecos, maniqués que sirven para enseñar a la punción lumbar, al masaje cardíaco, etc. Pero, según mi conocimiento, no existen aún con xxxx y yo creo que ya está bien de los maniqués, después el médico no estudia maniqués, sino que estudia personas."</p>	<p>La necesidad de que los estudiantes de medicina tengan contacto con escenarios reales para su formación, hace que el profesorado también participe de esta búsqueda de recursos. Uno de ellos es la posibilidad de 'contratar' enfermos para las prácticas.</p> <p>Esta modalidad tendría que considerar implicaciones no sólo económicas, sino éticas, al poner en juego la relación médico-paciente-alumno.</p>
Role Playing	1	2	<p>P12: 000.txt - 12:28 (172:178)</p> <p>"...hacemos esta especie de juego, de rol, uno hace el rol de paciente, otro hace un papel de médico, otro de familiar y demás. Son tres los que participan y los otros siete, hacen un poco de jueces, comentan lo que le ha parecido la actitud del que ha hecho de familiar, del que ha hecho de paciente, del que ha hecho de médico, etc."</p>	<p>Otra de las técnicas habituales en Educación es el de Role Playing que, en la enseñanza médica tiene recursos varios, (tema, personajes, escenario, procesos). Tiene la ventaja de que es fácilmente aceptado por el alumnado y la sesión suele ser ilustrativa.</p>

Técnicas didácticas	5	7	<p>P31: 000.txt - 31:13 (59:70)</p> <p>"...tienes que intentar presentarlo de una forma que sea más fácil de asimilar, más didáctica y tal, y en esto está nuestra función. Más que nada es facilitar el que luego puedan asimilar y estudiar, porque nosotros no podemos pretender, desde el punto de vista teórico, que cuando impartimos clase sea dar lo que está escrito en un libro, porque esto lo encontrarán mucho mejor en un libro que lo que nosotros podamos dar, nosotros tenemos que tener un poco de..., presentarlo de una forma que luego les sea fácil a ellos el asimilarlo, el entenderlo, el estudiarlo, y el hacérselo suyo.</p> <p>P15: 000.txt - 15:42 (320:331)</p> <p>"...Yo creo que quizás los profesores que pueden presentar, pues no sé, radiografías y cosas más del día a día, y más intuitivamente más asequibles, mientras las enseñan pueden tener más contacto que el que podamos tener nosotros presentando una curva dosis-efecto o una transformación logarítmica, etc, en que la gente la acepta, se lo estudia luego en casa y, a lo mejor, al cabo de dos o tres días te hacen la pregunta. Si tú enseñas una radiografía ¿esta mancha qué es? es una visión mucho más directa. Nosotros necesitaríamos tener un tiempo diferente y una concepción un poco diferente."</p> <p>P 6: 000.txt - 6:25 (133:139)</p> <p>"...Si <i>hiciesen</i> sólo enfermos ingresados, casos de enfermedad avanzada, entonces, realmente, podrían verse mas afectados desde el punto de vista psicológico, por enfermedad incurable, enfermedad progresiva con muchos problemas, pero nosotros somos cuidadosos de que vean la consulta externa y vean también el otro aspecto, del enfermo que no está ingresado."</p>	<p>La búsqueda de métodos y recursos que apoyen una educación médica lleva al profesorado a analizar su propia forma de impartir contenidos, de facilitar la asimilación y el aprendizaje en los alumnos, e incluso, de modular los contenidos de acuerdo con el impacto psicológico que, estos, provenientes de la realidad, puedan tener en el joven aprendiz.</p> <p>Las dificultades no sólo estriban en las habilidades docentes del profesorado sino en los mismos contenidos de la asignatura que pueden facilitar u obstaculizar el aprendizaje. Algunas se prestan más a las imágenes o representaciones gráficas, otras requieren utilizar otros recursos.</p>
Evaluación Métodos Docentes	5	7	<p>P 5: 000.txt - 5:9 (57:63)</p> <p>"... ahora estamos notando que desde que hacen más hincapié en enseñar a ver la anatomía, antes la enseñaban sobre cadáveres, no es la forma más adecuada, es la forma que uno la ve más clara, pero un médico si no es cirujano nunca verá un cadáver, nunca verá un cuerpo humano abierto, como nos lo enseñaban."</p> <p>P23: 000.txt - 23:37 (265:268)</p> <p>"...pienso que las formas de pensar son absolutamente dispares, distintas... están todavía con sus clases magistrales y es muy difícil poderlo cambiar."</p> <p>P23: 000.txt - 23:39 (285:290)</p> <p>"...si cogieran un modelo de asignatura por ejemplo, semipresencial, que pienso que es factible en xxxx, en xxxx, en xxxx, esto realmente podría dar un aspecto distinto ya a los alumnos desde los cursos iniciales, luego esta misma vivencia se seguiría en los cursos posteriores."</p>	<p>Con las actualizaciones de contenido, la adaptación a nuevas demandas sociales, la inserción en un mundo global y el acceso a medios tecnológicos de información, los currícula de enseñanza médica han cambiado drásticamente de finales de los años ochenta a la fecha.</p> <p>Cambios que han afectado no sólo papel y métodos de enseñanza sino concepciones del mundo médico profesional, en cuanto a demandas sociales, competencias personales y profesionales.</p> <p>Hoy en día, hay quien considera que no es indispensable que un estudiante de medicina conozca el interior de un cuerpo humano real, pues se cuenta con recursos como maniquíes.</p> <p>Por otro lado, emerge la preocupación por modificar la forma en que se imparten determinados contenidos que siguen promoviendo un aprendizaje memorístico sobre otro más comprensivo y significativo.</p>

Tutoría de asignatura	18	39	<p>P 5: 000.txt - 5:39 (285:293)</p> <p>“...a mí, pocas veces han venido a preguntarme y los que han venido son los que tienen mayores dificultades. Son alumnos que han tenido dificultad para aprobar la asignatura, vienen a que les ayudes a hacer más prácticas o lo que sea, pero esto no está montado de manera que el alumno lo tenga como normal el acercarse al profesor para solventar dudas. No está montado así, al menos en Medicina, al menos en mi asignatura...”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:44 (353:358)</p> <p>“...hay que saber captar en cada persona, en la medida de nuestras posibilidades -la enseñanza personalizada es eso-, qué aptitudes tiene uno y decir pues hay uno que, técnicamente, es un guerrero, pues que venga que le voy a dar mucha cancha, como decimos aquí.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:40 (563:585)</p> <p>“...Los problemas académicos en el sentido de no poder con la asignatura o no poder con la enseñanza... creo que esto no lo discuten entre ellos, o sea, creo que el alumno que tiene dificultades y que realmente se da cuenta de que tiene dificultades no organiza líos, ni va a buscar protestas, ni rollos raros, ni intentar explicar que el profesor lo hace mal o algo pasa... o sea, se encuentra de que realmente no puede seguir como los demás. Entonces, la gracia [está en] que el profesor pueda detectar este problema, o sea, una persona que suspende una vez y suspende otra, -son pocos alumnos, no son tantos los que suspenden, de manera que lo captas-, y vas directamente a él y se hace una entrevista. O es él quien pide la entrevista para ver qué es lo que pasa con el examen o si no, ya directamente, ya se le pide que venga a verme, tenemos una entrevista, miramos qué es lo que pasa. Puede ser que por alguna circunstancia haya habido problemas familiares, o problemas los que sean, personales, en los cuales hay una explicación.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:38 (296:300)</p> <p>“Siempre tienes un corro de alumnos que te pregunta lo que sea, pero yo lo veo todo esto como un poco impersonal, y tampoco sé si sería bueno una enseñanza excesivamente paternalista. Personalizada para el pregrado tampoco lo acabo de ver muy claro.”</p>	<p>Necesidades que presenta el alumnado para recurrir a la tutoría de asignatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolver dudas • No comprender la clase • Tener dificultades con la asignatura • No aprobar la asignatura • Contar con aptitudes sobresalientes • Hacer más prácticas • Generar angustia ante un caso visto en hospital • Atravesar por problemas personales o familiares <p>Ante estas necesidades, un amplio sector del profesorado se manifiesta proclive a atenderlas, reconociendo la función tutorial de la docencia. No obstante, algunos profesores alertan sobre lo que consideran un exceso de acompañamiento en la formación.</p> <p>Lo anterior da lugar a lo que serán las principales funciones tutoriales del profesorado: a) tutoría académica, b) tutoría personal.</p> <p>La tutoría académica implica las acciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estímulo y apoyo al estudio de la asignatura • Detección de necesidades especiales • Seguimiento del rendimiento del grupo académico • Orientación en cuanto a técnicas para mejorar el estudio y aprovechamiento • Gestión de acciones específicas ante otros elementos implicados, como coordinadores de asignatura o carrera. <p>Por su parte, la tutoría personal se orienta más a la atención y acompañamiento en la solución de problemas afectivos o volitivos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de toma de decisiones • Generación de ansiedad o depresión ante casos específicos.
-----------------------	----	----	---	---

Tutoría de asignatura			<p>P25: 000.txt - 25:41 (281:301)</p> <p>“Yo quiero, claro depende de prácticas, [que sea] conmigo, que sea con el tutor, porque probablemente tendrá incluso más experiencia que el residente. Pero que si no... Es bueno que, si les enfrentamos a casos así, también les ayudemos a encajarlos bien, porque esto es parte de su formación. En su formación de médicos hay que ver casos así, se te morirán enfermos y verás casos graves, verás casos deprimentes. Yo creo que, en principio, esto les motiva a ellos para sacarlos... “¿y es posible que tan jóvenes?” Te preguntan enfrente de casos así. “¿Y esto por qué le ha pasado? ¿Por qué le duele tanto? ¿Y por qué le sangra la herida?” Cuanto más [presencian] esto, a lo mejor más te preguntan, porque les impacta más. Un caso, tú les enseñas un enfermo operado de hernia y a lo mejor te preguntan [un poco], pero, si tú les enseñas a un paciente joven operado de un cáncer de tiroides, te empiezan a hacer preguntas. Les es más fácil. Yo creo que [es necesario liberar] esta angustia, sobre todo con los residentes que los tienen más cerca, y también es misión del tutor que no se les quede angustia y que eso sea positivo para su formación.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:51 (292:300)</p> <p>“...tienen un tutor que los tiene con él, ya te digo que yo no soy de estos tutores, los tiene con él toda la mañana, hay momentos que los dejará haciendo una historia clínica a un enfermo, pero que les acompaña en los primeros contactos, les enseñamos todo, de cómo se palpa una barriga, cómo se hace todo. Yo pienso que ahora están muy acompañados y muy protegidos. Es decir, que ahora problemas no pueden tener muchos.”</p> <p>P11: 000.txt - 11:27 (253:261)</p> <p>“...solos con el paciente tampoco están... durante los años clínicos, siempre hay alguien, el tutor. El alumno empieza sin ningún trauma a tener contacto con el enfermo y si tiene algún problema generalmente hay a su lado un tutor. Y se prepara. Son unos cuantos años de preparación para que no haya luego un trauma real... que directamente pases a tener enfermos sin haber estado [con ellos].”</p>	
-----------------------	--	--	---	--

<p>Tutoría de asignatura</p>		<p>P 3: 000.txt - 3:56 (444:449)</p> <p>“La figura del tutor, como tal está desarrollada en algunas áreas de nuestra universidad. Nosotros no la tenemos desarrollada como la universidad la entiende, o sea, la hacemos, simplemente como profesor y tutores, pues estás encima de la asignatura y yo me brindo a ellos para lo que corresponda.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:78 (130:135)</p> <p>“...los tutores de la asignatura o algunos de los profesores, imparten algunos seminarios especiales, que pueden ser en días concretos en que se destinan varias horas a hacerlo, o bien en días alternos en que se destina una hora al final de la actividad de la práctica.”</p> <p>P22: 000.txt - 22:15 (107:110)</p> <p>“...no los tengo más que un día, luego los días de la clase, y vienen a hacer preguntas y buscar los apuntes, pero no soy un profesor que esté muchos días con ellos.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:14 (103:120)</p> <p>“...es que las tutorías en esta universidad son algo que aunque parece que están instauradas, yo creo que son poco operativas. Yo no soy tutor de ningún alumno que yo sepa... pues resulta que lo soy y no me he enterado. Tampoco sé que mis alumnos tengan tutores que puedan intervenir en el periodo de aprendizaje cuando ellos están en mi planta. Entonces, la figura del tutor... En la planta hay un tutor docente para los residentes, para la formación de posgrado, pero no para estudiantes. Yo no conozco que haya un tutor que sea un intermediario entre el estudiante y yo. E Dr. X que es el profesor titular de la asignatura, tiene un trato quizá más continuado que nosotros con los estudiantes... Quizá [él] haga un poco la figura de este tutor, pero que yo sepa un tutor individualizado que se haga cargo del estudiante, no existe.</p> <p>P25: 000.txt - 25:14 (86:87)</p> <p>“...al tutor [recurren] un poco menos, algunos son más difíciles de abordar o están más ocupados...”</p> <p>P20: 000.txt - 20:70 (392:396) Problemática</p> <p>“...Hablar de tutorías, en el sentido de que las habrá aquí, es imposible... De momento, hacer tutoría aquí, es perder el tiempo, hay que hacer cosas que se puedan hacer...”</p>	<p>La institucionalización de esta función docente no está definida con precisión en la práctica cotidiana, sino que se adapta, en el caso de Medicina, a las particularidades curriculares de la formación (seminarios para temáticas complejas, solución de dudas en colectivo), con lo cual no siempre es óptimo su funcionamiento, en cuanto a la organización de los recursos y el tiempo destinado a la atención del estudiante.</p> <p>De ahí que la ausencia de claridad en el establecimiento de funciones y estructuras –desconocimiento o no asunción de la función tutorial por parte del profesorado, carencia de espacios físicos y de tiempo para la misma- y, por ende, los resultados de esta, generen una actitud escéptica en el profesorado respecto a la función tutorial.</p>
------------------------------	--	---	---

ACTIVIDADES DE APOYO AL APRENDIZAJE

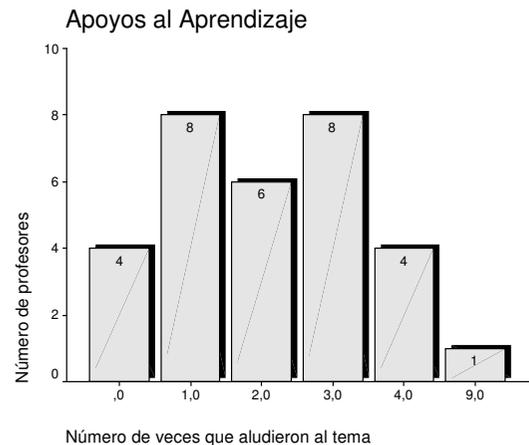
La subescala *Actividades de Apoyo* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Conferencias
2. Congresos y Jornadas
3. Prácticas de Verano
4. Cursos monográficos
5. Cursos a distancia
6. Prácticas en Lab/Deptos.
7. Sesiones clínicas
8. Tutoría de Profesores
9. Tutoría entre alumnos
10. Servicio de Atención Psicológica

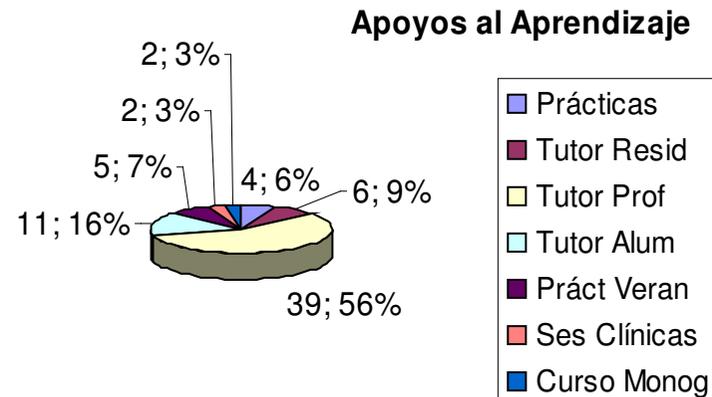
El profesorado se refirió a siete de ellas:

1. Prácticas en Lab/Deptos.
2. Sesiones clínicas
3. Tutoría de Profesores
4. Tutoría entre alumnos
5. Prácticas de Verano
6. Cursos monográficos
7. Tutoría de Residentes

La frecuencia y el tipo de actividad de *Apoyo al aprendizaje* se distribuyeron como sigue.



Gráfica



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (9) que se aludió a estas actividades correspondió a un profesor, mientras que ocho de ellos las tocaron por lo menos una vez. Cuatro profesores no se refirieron a ellas. En total, sumaron 69 las referencias de los 27 profesores.

La Gráfica muestra que el 56% de las 69 alusiones correspondió a la subcategoría de “Tutoría de Profesores”¹, mientras que las “Sesiones Clínicas” y los “Cursos Monográficos” fueron las menos mencionadas, representando cada uno el 2.3%, (2 veces).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

¹ La subcategoría “Tutoría de Profesores” se refiere a la actividad de guiar, asesorar y apoyar al estudiante en las decisiones y/o dificultades académicas que le surgen a lo largo de su educación universitaria. Difiere de la subcategoría “Tutoría de Asignatura”, ubicada en la Subescala de *Metodologías Docentes*.

“Tutoría de Profesores”

22 de los 31 profesores entrevistados vertió comentarios acerca de esta subcategorías, concentrando, como se ha descrito, 39 citas que representaron el 56% de las actividades de *Apoyo al Aprendizaje*.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
22	39	56%

Criterio categorizador	Porcentaje (39 =100%)	Fragmentos seleccionados
Roles y funciones del tutor	18%	<p>P 7: 000.txt - 7:41 (195:201) “Esta relación personal de problemas de estudiante con el profesor, creo que será más a nivel profesor-tutor, que de profesor en ejercicio académico de sus funciones. Entonces, es posible que algunos de ellos tengan problemas y lo manifiesten más al tutor y en cambio no lo manifiesten al profesor académico.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:41 (281:301) “...también es misión del tutor que no se les quede angustia y que eso sea positivo para su formación.”</p>
Estructura	15%	<p>P10: 000.txt - 10:14 (103:120) “Es que las tutorías en esta universidad son algo que aunque parece que están instauradas, yo creo que son poco operativas. Yo no soy tutor de ningún alumno que yo sepa... pues resulta que lo soy y no me he enterado. Tampoco sé que mis alumnos tengan tutores que puedan intervenir en el periodo de aprendizaje cuando ellos están en mi planta, entonces, la figura del tutor...”</p> <p>P23: 000.txt - 23:31 (205:218) “Lo que sí podría decirte es que yo soy tutor de dos alumnos por curso, por lo tanto, actualmente no sé si soy tutor de unos diez alumnos...”</p>
Situación que demanda tutoría	21%	<p>P 1: 000.txt - 1:64 (653:669) “vino realmente... a pedir consejo... Yo creo, a que le hiciera un poco de instructor en el sentido de planificarle su actividad en los próximos meses o durante los próximos seis meses, hasta mediados de septiembre aproximadamente... Recurren para algún asunto concreto, para alguna forma de estudiar o de valorar una cosa, para ver si pueden venir unos días por la sala o no, pueden venir para ver algunas cosas, para pedir consejo con algún libro o con alguna cosa, o para que les repases unos apuntes, no sé...”</p> <p>P14: 000.txt - 14:39 (550:563) “La que tiene problemas de tipo académico...hay unos grupos, por ejemplo, que lo que pueden tener son problemas en cuanto a enfermedades, o sea, la idea de que cuando explicas una enfermedad aquella persona enseguida piensa que tiene la enfermedad, acude al profesor inmediatamente...”</p>
Frecuencia con que se demanda la tutoría	33%	<p>P 5: 000.txt - 5:38 (281:285) “Recurren muy poco al profesor, recurren poco creo yo. Probablemente porque se tiene poca disponibilidad también. No está estipulado que un profesor tenga unas horas para atención al estudiante, esto no está. Y como no está estipulado, no recurren...”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:55 (434:443) “Luego me tienen a mí en un segundo nivel para lo que corresponda. No suelen recurrir a mí durante el curso, sí es frecuente que recurran a mí al término de la asignatura, o alumnos que no han estado en mi grupo particular [vienen] al final de curso...”</p>
Problemática detectada	13%	<p>P10: 000.txt - 10:33 (378:385) “Aunque le parezca un poco extraño no estoy muy familiarizado con cómo funcionan las tutorías. Supongo que las hay, creo que algún compañero mío me ha dicho que es tutor de algo, pero a mí nadie me ha solicitado que sea tutor ni soy conciente de ser tutor de nadie, ni tampoco conozco que mis estudiantes tengan como referencia inmediata un tutor concreto, o si lo tienen yo no sé quién es.”</p>

Análisis e interpretación

- Se observa inquietud en el profesorado por la acción tutorial.
- Las situaciones y problemas que generan su demanda se centran en problemas académicos, administrativos y personales de los alumnos.
- La mayoría de los 22 profesores opina que el alumnado demanda muy poco la tutoría, con excepción de tres profesores que afirman brindarla a quien lo requiera. Sin embargo, estos docentes son coordinadores de asignatura, por lo que ambos roles, responsable académico y tutor se traslapan.
- La estructura organizativa de la acción tutorial carece de precisión, puesto que algunos profesores afirman desconocer si son o no tutores de alumnos.

“Tutoría entre Alumnos”

22 de los 31 profesores entrevistados vertió comentarios acerca de esta subcategorías, concentrando, como se ha descrito, 39 citas que representaron el 56% de las actividades de *Apoyo al Aprendizaje*.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Actividades de Apoyo</i>
8	11	16%

Criterio categorizador	Porcentaje (11 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Solución compartida de dificultades (“Resuelven entre ellos”)	46%	P 2: 000.txt - 2:42 (235:236) “Las dificultades académicas se las intentan resolver entre ellos...” P10: 000.txt - 10:34 (388:389) “Yo diría que sus dificultades se las deben de resolver entre ellos.”
Actividades	27%	P18: 000.txt - 18:45 (312:315) “Pero, en general, entre ellos se discuten los casos, se apoyan, se ayudan y hacen un trabajo de grupo, voluntaria o espontáneamente, que se ayudan a sí mismos...” P25: 000.txt - 25:16 (88:91) “...un grupo que está aquel día en la planta y, entre ellos ‘mira esto cómo se hace’, les ves que se potencian la ayuda...”
Motivos	18%	P25: 000.txt - 25:31 (182:184) “ellos consideran que les es más fácil con gente más próxima de edad y creo que esto influye.” P30: 000.txt - 30:32 (195:201) “...la gente siempre tiene la tendencia a recurrir al que tiene más cerca. El que tiene más cerca, primero, son como otras dificultades en la vida. Recurre al amigo, ve que le es más fácil y después va subiendo en la escala, será al amigo, al residente, al profesor. Pero, generalmente tienen una tendencia, a veces, a hablar con el que tienen más próximo...”
Sugerencia	9%	P10: 000.txt - 10:58 (536:541) “el que <u>un estudiante de preclínicas tuviera como referencia a un estudiante del periodo clínico</u> , que el joven tuviera también de referencia a un estudiante que ya estuviera en las fases casi finalizando la carrera, un poco <u>para hacerle ver cuáles pueden ser los problemas o las reacciones</u> , o... en fin...”

Análisis e interpretación

- Llama la atención el énfasis que el profesorado pone en la figura del propio compañero para brindar tutoría al alumnado (*Peer tutoring*).
- Se observa un conocimiento escaso o indirecto sobre estas actividades, con excepción de las que pueden presenciarse en el grupo de rotación clínica.

- La actividad más identificada como propia de estos 'grupos de apoyo' es la discusión de casos dirigida a resolver dificultades académicas.
- El profesorado supone que una de las razones más determinantes en el proceso de 'tutoría entre alumnos' es la cercanía en edad entre ellos.
- Finalmente, han sugerido como una medida positiva, la institucionalización de la figura del tutor alumno a lo largo de toda la carrera (ya se cuenta con esta figura en la normativa de la Facultad de Medicina).

“Tutoría de Residentes”²

Esta subcategoría ha sido aportada por el profesorado. Es emergente para el trabajo que aquí se desglosa. Su relevancia motivó que fuese incluida como ítem de nueva creación, en el instrumento estructurado para el alumnado.

Con base en la integración del equipo que puede recibir al alumnado de cuarto curso, en la planta de un hospital o consulta externa, compuesto básicamente por un profesor titular, un asociado y dos médicos residentes, el estudiante inicia una relación de mayor cercanía con la figura del residente quien, a lo largo de su estadía en esa rotación, le apoyará en las dificultades académicas, adoptando una función tutorial no establecida, tal como lo reconoce el profesorado entrevistado.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
4	6	9%

Criterio categorizador	Porcentaje (9 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Funciones	33%	P12: 000.txt - 12:17 (118:121) “...sobretudo por parte de los residentes... que no están encargados directamente de la docencia, pero sí tienen y sí hacen docencia.”
Situaciones	33%	P31: 000.txt - 31:48 (285:301) “...según de qué tipo de cosas, recurren más al residente. Si se refiere a la relación en cuanto a la enfermedad del paciente, a la evolución, a valorar una radiografía, los análisis, estas cosas más académicas y de actividad diaria en el hospital, probablemente tienen... seguro tienen más cerca al residente que al profesor. Eso, sin duda lo dirá todo el mundo, el que no lo dice igual no lo quiere decir o no se ha dado cuenta, pero es una realidad de los alumnos, además, nosotros se lo decimos a veces, “oye, ante estas cosas, contar con el residente, que es más joven, tiene más ganas y que a lo mejor tendrá más tiempo en aquel momento que el médico que está...”, que estará con otra cosa y, además, estará más encima del residente, que no del propio alumno...”
Motivos causas	34%	P 2: 000.txt - 2:43 (236:247) “... como el grado de conocimientos no es muy diferente entre uno y otro, uno puede transmitirle al otro conocimiento de una manera muy fácil y, entre otras cosas, además están viviendo una situación parecida y sus edades tampoco son muy diferentes, con lo cual se facilita que les presenten los conocimientos básicos se de una manera fácil...” P18: 000.txt - 18:43 (308:309) “...el residente, que es el que tienen más cercano por edad.”

² Esta subcategoría comparte los criterios funciones y situaciones, con la subcategoría “Residentes rol”, ubicada en *Profesión Médica*.

Análisis e interpretación

- Se observa un mayor protagonismo en la figura de apoyo para el alumnado, del residente (licenciado en Medicina y estudiante de especialidad), miembro del equipo del profesor titular.
- Se afirma que el residente asume funciones docentes y tutoriales con el alumnado de cuarto curso.
- Las situaciones en que se brinda este apoyo son continuas durante su estancia en el servicio o planta hospitalaria.
- Lo que motiva o facilita esta función académica del residente -dice el profesorado-, son la mayor cercanía en edad entre el alumno y el residente, así como la posible identificación del residente con el alumno de cuarto curso, al ser ambos estudiantes.

“Prácticas de Verano”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
5	5	7%

Criterio categorizador	Porcentaje (5 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Aprendizaje extra	60%	P 7: 000.txt - 7:22 (100:105) “También se le ofrece ... que a lo mejor haga prácticas extras en verano, en otras épocas, si quiere venir voluntariamente. No es frecuente, pero a veces siempre hay alguno que a lo mejor le interesa la especialidad, y a veces ha pasado tiempo en el verano ...”
Créditos académicos extraordinarios	20%	P22: 000.txt - 22:14 (98:103) “...piden algunos créditos extraordinarios, no sé como le llaman, unas prácticas optativas, vienen en verano y se pasan un mes aquí o quince días viendo a nuestros pacientes y mejorando esta parte, pero estos son raros, son muy pocos alumnos y lo hacen por un interés personal.”
Recuperación académica	20%	P 3: 000.txt - 3:55 (434:443) “ [vienen] al final de curso o como consecuencia del curso, en el verano...y se les da algún soporte adicional, se les permite venir en verano, o darles algún refuerzo, casi algunas clases particulares, incluso.”

Análisis e interpretación

- Las “Prácticas de Verano” son un apoyo poco recurrido por el alumnado en general.
- Son cursadas por estudiantes que presentan:
 - Deseo de saber más acerca de una enfermedad, basado en el interés por una especialidad determinada
 - Necesidad de incrementar su cuota de créditos académicos y avanzar curricularmente.
 - Necesidad de aprobar una asignatura suspendida o prepararse para otra de mayor dificultad académica.

Se aprecia una subutilización de este recurso académico.

“Prácticas en Laboratorios o Departamentos”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
4	4	6%

Criterio categorizador	Porcentaje (3 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Disponibilidad	70%	<p>P29: 000.txt - 29:31 (179:182)</p> <p>“Ahora con el plan nuevo hacemos más seminarios, más practicas, más horas de vivencia clínica...”</p> <p>P24: 000.txt - 24:37 (283:289)</p> <p>“[tienen] el hospital para hacer prácticas, eso lo tienen todos y unos lo aprovechan de distinta manera, dependiendo no sólo de las habilidades que tengan, sino del interés y la motivación que se despierte.”</p>
Valoración	30%	<p>P 1: 000.txt - 1:51 (495:500)</p> <p>“Creo que las prácticas se realizan en general bastante bien y se sienten estimulados, con esas naturales dificultades que hemos dicho de que hay muchos profesores o muchos médicos que hacen de tutores de ellos, que no tienen ninguna vinculación con la Universidad pero que de alguna manera ayudan.”</p>

Análisis e interpretación

- Las prácticas son un elemento sustancial en la enseñanza médica, son la base de la enseñanza clínica.
- Las prácticas constituyen –se afirma en la *Guía de l'Ensenyament de Medicina*- casi el 50% del contenido de cada asignatura.
- En la evaluación de cada asignatura, la nota final está compuesta de dos secciones: teórica y práctica.
- El profesorado sostiene que la institución brinda al alumnado un sistema de prácticas suficiente, cuyo óptimo aprovechamiento depende del interés y motivación del alumnado.
- Como apreciación general, el profesorado considera que la organización del sistema de práctica funciona adecuadamente.

“Sesiones clínicas”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
2	2	3%

Criterio categorizador	Porcentaje (2 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Situación en que se presenta la sesión	50%	P28: 000.txt - 28:18 (95:98) “...cada mañana hacemos aquí, en este mismo sitio donde estamos ahora, una pequeña reunión en que les hago ‘sesiones de arritmias, de electros, de casos clínicos...”

Análisis e interpretación

- Las sesiones clínicas conforman el espacio idóneo para ejercitar el razonamiento clínico en el estudiante, a partir de la participación grupal, en un ámbito interactivo.
- De manera general, las sesiones se realizan antes o después de la ronda de ‘visita’ a los pacientes, para disponer de elementos para la discusión.

“Cursos monográficos”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>	% Respecto del total de subescalas
2	2	3%	

Criterio categorizador	Porcentaje (2 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Interés (que despierta en el alumnado, esta propuesta)	50%	P 4: 000.txt - 4:6 (31:34) “...las personas que han pasado aquí unos días con nosotros, se han apuntado a seminarios o cursos que impartimos. En la medida que [el estudiante] ve al paciente le es todo mucho más fácil.

Análisis e interpretación

- Los cursos monográficos son ofertados de manera libre, no están reglados, responden a necesidades específicas tanto del alumnado, como del profesorado.
- Los cursos o seminarios específicos facilitan el aprendizaje al enfatizar un tema o conjunto de temáticas relacionadas.

COMPETENCIAS CLÍNICAS

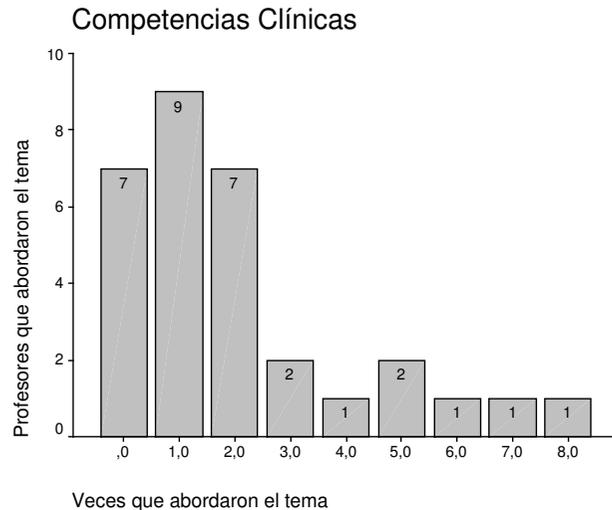
La subescala *Competencias Clínicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Explorar (Anamnesis)
2. Conformar síndromes
3. Orientar diagnóstico (Prueb/imag)
4. Orientar terapéutica

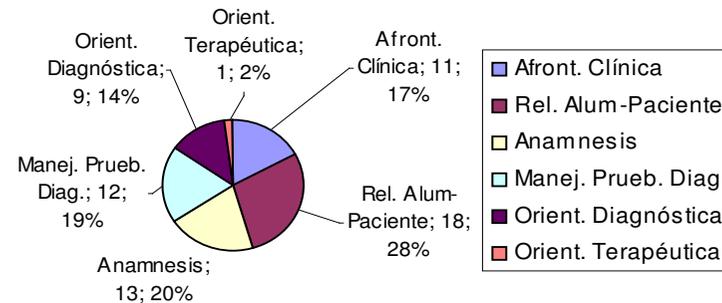
El profesorado se refirió a tres de ellas, pero señaló otras no contempladas específicamente:

1. Explorar (Anamnesis)
2. Orientar diagnóstico (Prueb/imag)
3. Orientar terapéutica
4. **Afrontar la Clínica (Pasó a Sucesos)**
5. **Relación alumno-paciente**

La frecuencia y el tipo de actividad de las *Competencias Clínicas* se distribuyeron como sigue.



Competencias clínicas



La Gráfica muestra que el 28% de las 64 alusiones correspondió a la subcategoría de “Relación alumno-paciente”, seguida por las competencias de “Exploración” (Anamnesis) con 20%. Mientras que “Orientación terapéutica” fue la menos mencionada, representando sólo el 2.%, (1 vez). En total, sobre ellas opinaron 24 profesores.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Análisis
Afront. Clínica	7	11	<p>P28: 000.txt - 28:7 (40:49)</p> <p>“...La verdad es que te llegan bastante vírgenes en cuanto a medicina. En tercero han hecho alguna rotación por servicios pero son cosas muy puntuales y prácticamente llegan bastante <i>peces</i> en cuanto a clínica. Pero es como tienen que llegar evidentemente, porque hasta tercero no han hecho clínica propiamente dicha, han hecho grandes síndromes y saben lo que es una disnea y saben lo que es una serie de cosas, pero se les nota que todavía les falta un poco de clínica y de haber visto pacientes...”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:7 (82:93)</p> <p>“Unos de los grandes retos que tiene el alumno, es saber a ciencia cierta que el problema clínico va a ser capaz él, por lo menos, de identificarlo. Esto no existía antes, es decir, en una anatomía uno se puede equivocar por dónde pasa una arteria o por dónde pasa una rama de no sé qué, pero tampoco tenía una gran trascendencia esto. Pero después, la trascendencia es enorme y esto le agobia un poco al alumno, porque además, sabe que cada vez queda menos tiempo para tenerse que enfrentar al paciente; es necesario cada vez vivir, mantener las experiencias con el paciente, hacer las rotaciones completas.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El afrontamiento de la enseñanza clínica, supone en el alumnado: <ul style="list-style-type: none"> ○ una expectativa de incertidumbre ○ un deseo por conocer cómo se ejerce la Medicina ○ un temor al contacto con el primer paciente. • Se afirma que, no obstante haber tenido alguna experiencia introductoria en tercer curso, la experiencia clínica inicia propiamente en cuarto, donde la principal fuente de la competencia está en ver pacientes.

Relación Alumno-paciente	14	18	<p>P31: 000.txt - 31:22 (113:116)</p> <p>"...es imposible pretender que en cuarto curso se puedan relacionar [con el paciente] perfectamente, aunque realmente yo me quedo sorprendido porque veo que lo hacen muy bien, bastante..."</p> <p>P 9: 0.txt - 9:34 (282:289)</p> <p>"...hay personas que van a tener siempre dificultades con las relaciones con los enfermos, esto es difícil a veces de cambiarlo, pero esa misma dificultad que tiene de estudiante la va a tener después, cuando sea médico, o es posible que nunca tenga ninguna relación y que sea un médico analista, donde el contacto con el enfermo sea cero. Hay personas quizás más predisuestas que otras."</p> <p>P10: 000.txt - 10:21 (232:239)</p> <p>"...Yo creo que hay un poco de todo, ves que hay ocasiones en las cuales el estudiante se vuelca con el paciente y que incluso es incapaz de establecer una línea hasta dónde él cree que tiene que llegar, y muchas veces llega un poco más allá y se involucra demasiado en los sentimientos del paciente..."</p> <p>P 6: 000.txt - 6:28 (185:196)</p> <p>"...ellos no llegan a establecer una relación con los enfermos tan estrecha,... como máximo al enfermo lo ven tres o cuatro días seguidos..."</p> <p>P11: 000.txt - 11:2 (9:11)</p> <p>"...Pero tampoco el contacto con el enfermo del alumno tampoco es excesivo, siempre esta mediado por personas intermedias, por un tutor, etc."</p> <p>P13: 000.txt - 13:16 (82:89)</p> <p>"... o sea que no tienen tiempo para [relacionarse], solamente para seguir algún caso y darse cuenta de cómo evoluciona este tipo de paciente. Entonces, la relación con el enfermo... es prácticamente en un momento difícil porque es un postoperatorio muy inmediato. En ese sentido, no es lo mismo que en otro tipo de especialidades donde pueden tener más contacto [con los pacientes]."</p>	<p>Esta competencia está relacionada con la Competencia Académica de "Empatía", por lo que puede aplicarse la misma conclusión. La relación con el paciente debe ser una relación básicamente solidaria, empática. Es vista por un sector del profesorado como una habilidad que puede desarrollarse a lo largo de la enseñanza clínica, sin dejar de lado las diferencias individuales entre el alumnado y su mayor o menor disposición al contacto con los demás. Es importante destacar el aprendizaje de la dinámica de la entrevista y el rol que como personas juegan el alumno y el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relación con el paciente ha de ser empática. • Esta competencia puede aprenderse durante la enseñanza clínica. • Hay alumnos cuyos rasgos de personalidad favorecen más o menos esta relación empática. • En la relación a-p existe una dinámica psicológica que ha de ser modulada para saber hasta dónde se requiere estrechar la relación. • El contacto de los alumnos con los pacientes está siempre mediado por tutores, afirman algunos profesores. • En determinados servicios por la dinámica de trabajo la organización de las prácticas, no es posible favorecer el contacto más estrecho con los pacientes, tanto por la duración de la práctica, como la evolución de los pacientes. • Asimismo, en el caso de noticias sobre casos graves, el profesorado permite que el alumno participe de la comunicación a los familiares, con el fin de irle preparando para este tipo de situaciones.
--------------------------	----	----	---	---

Anamnesis	9	13	<p>P 3: 000.txt - 3:26 (230:241)</p> <p>"... está la de adquisición de habilidades, lo que es la clínica, que no es exactamente lo mismo aunque está muy interrelacionado pero es que nosotros, en la relación con nuestros pacientes, tenemos esa capacidad de observación, de conexión para saber entender lo que le pasa al enfermo, no sólo como ser humano sino en el sentido de la propia enfermedad. Es esta relación fisiopatológica que nosotros hemos aprendido del conocimiento, saber registrar bien lo que le pasa, en la anamnesis, en el interrogatorio y, luego, en la exploración física detectar cómo se expresa todo aquello en forma de signos que nosotros somos capaces de captar."</p> <p>P10: 000.txt - 10:23 (246:254)</p> <p>"Yo creo que cada estudiante tiene que aprender a recoger lo que es propiamente la enfermedad y aquellas cosas que de alguna manera pueden tener indirectamente qué ver, pero conviene marcar una raya hasta dónde hay que llegar y, a partir de aquí hay muchos problemas que puedan preocupar al paciente, pero que tienen muy poco qué ver con lo que nosotros estamos haciendo y eso de llegar al punto justo de contactar con el paciente es, a veces, un poco difícil.</p> <p>P30: 000.txt - 30:29 (163:172)</p> <p>"...creo que es fundamental el estudio, el conocimiento de las enfermedades, y después el saber interpretar las cosas y sobre todo saber apreciar en el enfermo aquello que el enfermo tiene. Si el enfermo tiene una alteración de la piel, saber verla y saberle poner el nombre, no se puede decir, por ejemplo, "me parece...", porque el diagnóstico no es "me parece", sino que es una cosa en concreto, pues para eso hay que estudiar. Y saber sacar, obtener del enfermo aquello que el enfermo te está diciendo que tiene."</p>	<p>La anamnesis consiste en el interrogatorio y exploración física del paciente, que da lugar a una historia clínica y a un diagnóstico inicial, el cual podrá ser complementado con pruebas clínicas o de imagen, para llegar a un diagnóstico de la enfermedad.</p> <p>La obtención de información, la discriminación de la misma y el razonamiento clínico, son las bases para un diagnóstico acertado. De ahí que el profesorado destaque la importancia del proceso de obtención de esa información, tanto desde el punto de vista humano como estrictamente técnico.</p>
Manejo de Pruebas diagnósticas invasivas	6	12	<p>P23: 000.txt - 23:29 (182:184)</p> <p>"Está la típica persona que saca unas notas brillantísimas, y después, a la hora de dar puntos es de lo más inexperto."</p> <p>P 1: 000.txt - 1:29 (286:297)</p> <p>"Lo que estamos haciendo en este momento es iniciando, por ejemplo, una asignatura que integra muchas de estas prácticas, punciones pleurales, punciones lumbares, punciones venosas y todo esto... empezar a hacerlas con maniqués para que los alumnos entrenen primero, y puedan sentirse más capaces a la hora de realizarlo, sabiendo perfectamente cuando lleguen a una persona, cómo tienen que poner la aguja, cómo tienen que poner el bisel, cómo tienen que orientarse, en qué angulación se ha de hacer, etc. y sea una punción ya bastante parecida a lo que será la real..."</p> <p>P20: 000.txt - 20:72 (407:414)</p> <p>"...mejor es centrarnos y meterse más en la enseñanza de habilidades, [con] laboratorios de experimentación de habilidades clínicas... tenemos cuatro maniqués, haremos una asignatura optativa, con lo que atenderemos a cuarenta alumnos, para que los chavales puedan hacer gasometrías, punciones lumbares..."</p>	<p>Entre las competencias clínicas más apreciadas por el alumnado, de acuerdo con la opinión de su profesorado, están las punciones, los tactos, las canalizaciones o intubaciones; dirigidas a complementar o confirmar diagnósticos, o bien forman parte de terapéuticas específicas.</p> <p>La adquisición de competencias clínicas es una constante en la formación médica actual, de cara al enfoque práctico de una enseñanza profesionalizante.</p> <p>De ahí que desde la organización de la docencia se instrumenten acciones educativas dirigidas a promover el desarrollo de competencias clínicas, como la creación de una nueva asignatura: "Desarrollo de Habilidades profesionales y personales".</p>

Orientación Diagnóstica	7	9	<p>P29: 000.txt - 29:6 (34:41)</p> <p>“... en cuarto es cuando empiezan a... recoger información, a saber situar esta información y luego a saber priorizarla, valorarla y, en función de esto, detectar unos problemas a resolver. Y luego poner en marcha los mecanismos para aclarar lo que se ha supuesto y eliminar o confirmar hipótesis y llegar a un razonamiento concreto, a unas conclusiones.”</p> <p>P24: 000.txt - 24:12 (75:82)</p> <p>“...sería como el manejo mental de las imágenes, como la capacidad de detectar ciertas alteraciones o ciertos cambios con respecto a la normalidad y, luego, todo lo demás es un proceso analítico a partir de la semiología, de lógica, para integrar un diagnóstico...”</p> <p>P21: 000.txt - 21:21 (112:122)</p> <p>“...Es decir, si un enfermo tiene algo, no hay que pedirle todo para llegar a la conclusión, sino que hay que hacer un ejercicio mental para ver qué es lo que yo necesito pedir para darle la razón, si la clínica me dice que seguramente será esto y si no me sale con lo que pido, ya pediré otras cosas... enseñarles qué pedir; el pedir un escáner, una ecografía, o pedir un tránsito intestinal, ha de ser coherente...”</p>	<p>Si en tercer curso uno de los objetivos principales fue el de aprender a conformar síndromes, el de cuarto será el aprender a orientar un diagnóstico.</p> <p>El profesorado resalta el uso de la lógica en la obtención de información y en su valoración para arribar a un diagnóstico.</p> <p>Debe entrenarse a utilizar el razonamiento clínico. A relacionar mentalmente imágenes y conocimientos previos de normalidad con los datos que tiene frente a sí. A identificar las pruebas complementarias así como su pertinencia.</p>
Orientación terapéutica	1	1	<p>P18: 000.txt - 18:54 (368:373)</p> <p>“Y tendrá que haberse habituado, tendrá que haber aprendido a identificar las cosas y a hacer progresar el estudio del paciente, y a hacer progresar el diagnóstico, y después de aplicar el tratamiento, interpretar el resultado del tratamiento...”</p>	<p>Un diagnóstico acertado es la base de una terapéutica eficaz.</p>

COMPETENCIAS ACADÉMICAS

La subescala *Competencias Académicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

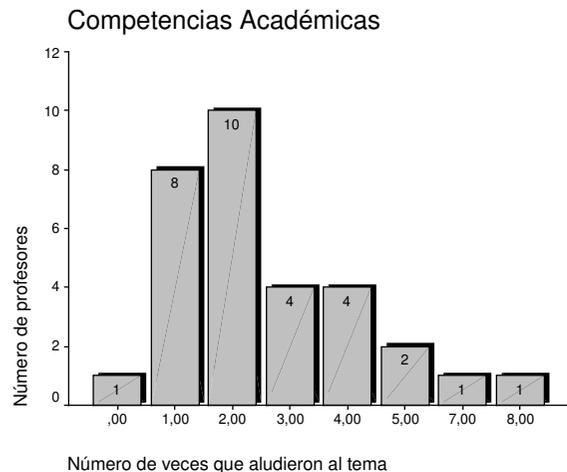
1. Aprendizaje Autónomo
2. Metod. Investig. Científica
3. Reflexión Análisis Crítico
4. Integr. Conoc. Teór. Y Prácticos
5. Discusión Grupal
6. Toma de decisiones
7. Exposición oral de temas/casos
8. Búsq. Soluciones creativas
9. Redacción técnica médica
10. Empatía interpersonal
11. Trabajo en equipo
12. Trabajo bajo presión
13. Manejo Ansiedad f/Exámenes
14. Búsqueda informatizada
15. Organización Tiempo Estudio
16. Org. Contenidos Material Estudio

El profesorado se refirió a 13 de ellas:

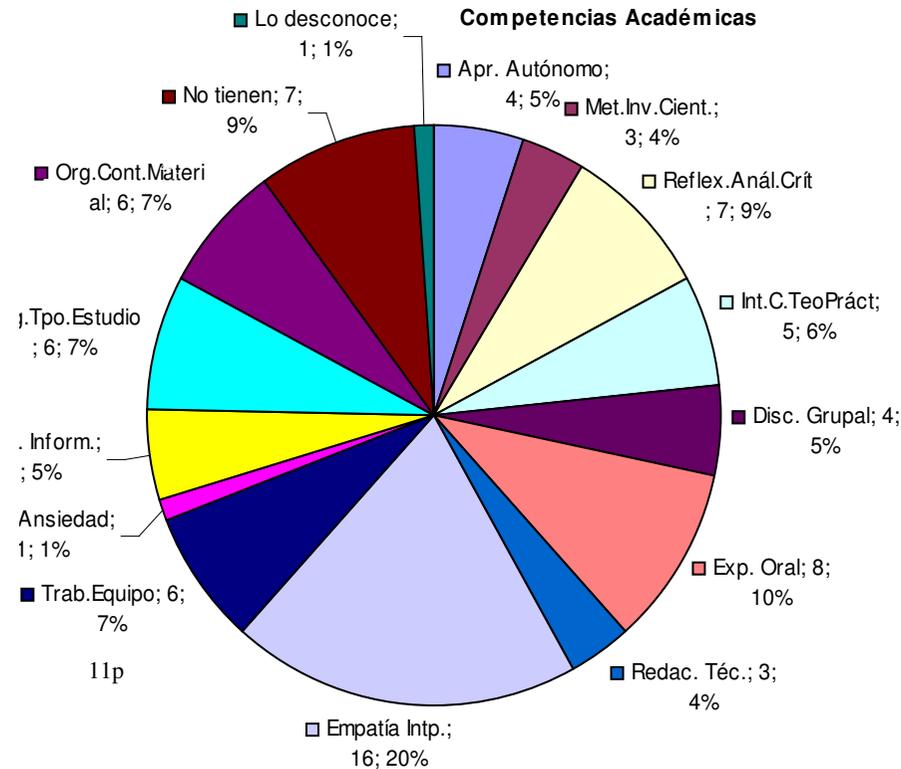
1. Aprendizaje Autónomo
2. Metod. Investig. Científica
3. Reflexión Análisis Crítico
4. Integr. Conoc. Teór. Y Prácticos
5. Discusión Grupal
6. Exposición oral de temas/casos
7. Redacción técnica médica
8. Empatía interpersonal
9. Trabajo en equipo
10. Manejo Ansiedad f/Exámenes
11. Búsqueda informatizada
12. Organización Tiempo Estudio
13. Org. Contenidos Material Estudio

Asimismo, vertió opiniones en el sentido de desconocer si el alumnado presentaba o no estas competencias (“Lo desconoce”) y en el de apreciar que el alumnado carecía de ellas (“No tienen”).

La frecuencia y el tipo de *Competencias Académicas* se distribuyeron como sigue.



La Gráfica muestra cómo el mayor número (8) de veces que se aludió a estas competencias correspondió a un profesor, mientras que ocho de ellos las abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 81 las referencias de los 30 profesores.



La Gráfica muestra cómo el mayor número de profesores (11p) opinó en 16 ocasiones sobre las competencias de “Empatía y comunicación con el paciente”; enseguida se ubicaron las consideraciones de siete profesores sobre la competencia de “Exponer oralmente un caso o un tema” en 8 ocasiones; sólo uno mencionó el manejo de la ansiedad frente a exámenes y otras situaciones de estrés. En total se obtuvieron 81 fragmentos.

Por otra parte, destaca el hecho de que siete profesores de los 31 entrevistados afirmen la carencia de competencias académicas en los alumnos que inician el periodo clínico de la enseñanza médica. Y que un profesor mencione que desconoce si estos las poseen o no.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

“Empatía”

11 de los 31 profesores entrevistados vertió comentarios acerca de esta subcategoría, concentrando, como se ha descrito, 16 citas que representaron el 20% de las *Competencias Académicas*.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Actividades de Apoyo</i>
11	16	20%

Criterio categorizador	Porcentaje (16 =100%)	Fragmentos seleccionados
Capacidad característica personal (Diferencias individuales)	60%	<p>P 1: 000.txt - 1:54 (543:575)</p> <p>“...hay alumnos, alumnas, sobretodo en este momento en la Facultad de Medicina, [sabe que hay un predominio claro en este momento], que sienten un gran interés, una gran curiosidad, rápidamente, por la persona enferma, por el hombre o por la mujer que están enfermos y que demuestran claramente una rápida simbiosis, una empatía muy fácil. O sea, son personas que tienen más o menos conocimientos, a lo mejor no son los más inteligentes ni mucho menos, ni los que más conocimientos teóricos saben, pero sí que rápidamente han demostrado una capacidad importante para comunicarse, para saludar. Los ves llegar con el enfermo y saludarle: ‘vengo a hacer tal cosa, etc. etc.’ Y se ponen manos a la obra y trabajan con una persona enferma con una naturalidad y con una facilidad y con una buena relación en este caso estudiante-paciente realmente comfortable. Y luego, sin embargo, te encuentras con un grupo de personas que parecen tímidas o timoratas, que parece que les asuste aquello de llegar ante un enfermo, que no saben realmente cómo comportarse pero que yo creo que después de unos días de contacto, después de unos días de estar pasando visita, después de ir viendo cómo reaccionan los enfermos, sus problemas, sus ansiedades, sus frustraciones, sus dolencias, sus cosas, creo que acaban superando este periodo y después lo hacen bien. Y luego yo creo que queda un grupo de personas a las que les cuesta, que realmente parece que no estén hechos para eso. Y no sé si al final cuando acaban la carrera, porque nunca los he visto, son aquellos que acaban haciendo laboratorio o especialidades paraclínicas o se dedican a trabajar en un laboratorio farmacéutico, o en una asesoría de no sé qué. No lo sé exactamente pero, hay gente en la que inmediatamente ves una relación...”</p>
Capacidad Requisito académico-profesional superable	40%	<p>P20: 000.txt - 20:28 (146:157)</p> <p>“...asignatura optativa que trata de habilidades clínicas, pero empezamos esto hoy. Y consiste en hacer unas habilidades y un desarrollo intelectual y personal del estudiante. La asignatura dura seis meses. Entonces, durante el cuatrimestre damos todo esto, empatía, ética, cómo tratar al enfermo, cómo realizar una búsqueda en Internet, cómo se debe relacionar con los pacientes, cómo decirle al enfermo que está mal... todas estas habilidades que acompañan a la profesión médica y que no se enseñan en la Facultad. Lo que no es puramente científico se dará en esta asignatura que hemos empezado este año en cuarto curso.</p> <p>P25: 000.txt - 25:8 (66:71)</p> <p>“La primera semana que están en la clínica, no preguntan, no se atreven, [porque] la timidez y la inseguridad les coartan. En cambio, progresivamente aumenta la confianza en sí mismos, la confianza con los tutores y [desarrollan] más empatía respecto a los enfermos.”</p>

Análisis e interpretación

- Es un tópico afirmar que la empatía es un rasgo característico de la profesión médica. No obstante, para el alumnado que ha elegido cursar la carrera pareciera ser algo que posee o que puede desarrollar.
- En ambos sentidos se manifiestan las opiniones expresadas por el profesorado. Así, en tanto más de la mitad de los docentes afirma haber logrado establecer diferencias individuales –empáticos por personalidad, empáticos por aprendizaje y no empáticos- que, incluso, llegan a favorecer la asunción de un escenario laboral u otro, es decir, a incidir en la práctica profesional futura; también existe otro sector, no tan menor, el cual afirma que la relación empática, particularmente hacia el paciente, es una habilidad que puede ser aprendida y desarrollada a lo largo de la carrera, destacando la creación y puesta en marcha de una nueva asignatura: “Habilidades Clínicas para el desarrollo profesional y personal en Medicina”, durante el ciclo 2002-2003.
- Estas citas integran las que tratan el tema de relación alumno-paciente.

“Expresión oral de temas/casos”

7 de los 31 profesores entrevistados vertió comentarios acerca de esta subcategoría, concentrando, como se ha descrito, 8 citas que representaron el 10% de las *Competencias Académicas*.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Actividades de Apoyo</i>
7	8	10%

Criterio categorizador	Porcentaje (8 =100%)	Fragmentos seleccionados
Competencia académico-profesional en desarrollo.	60%	<p>P 3: 000.txt - 3:25 (212:229)</p> <p>“...debemos de ser muy rigurosos y estructurados en la expresión de nuestro pensamiento... porque ellos, muchas veces siguen estudiando y tal, pero ni saben pensar con concreción ni saben luego expresar lo que han pensado. Para ser médico... esto es muy importante...”</p> <p>P20: 000.txt - 20:19 (107:112) 0</p> <p>“...hacer informes, presentar casos clínicos, discusiones, y todo esto lo que hace es estimular el alumno, sobre cómo hacer el informe, cómo explicar un caso clínico, cómo interpretar públicamente una radiografía, cómo hablar en público y esto es una manera de ejercitar...”</p>
Competencia escasa y/o inexistente	40%	<p>P10: 000.txt - 10:8 (60:66)</p> <p>“...Yo creo que en cuanto a comunicación oral tienen un déficit no sé si decir congénito, pero en general suele ser bastante pobre, se muestran tímidos y se muestran poco hábiles en general. Hay gente que por naturaleza es más comunicativa, pero, en general, yo creo que adolecen de una falta de experiencia en comunicación...”</p>

Análisis e interpretación

- La competencia en comunicación (expresión oral) es básica en la profesión médica, para ejercer de médico en la relación con los pacientes y en la relación entre colegas.
- El profesorado considera indispensable fomentar esta competencia, a través de la participación en seminarios, en la discusión grupal y, específicamente, en la exposición de casos, en donde –afirman- debe prevalecer el pensamiento estructurado y preciso.
- Sin embargo, un alto porcentaje del profesorado advierte que esta competencia es escasa o nula en el alumnado de cuarto curso, pero consideran que la misma puede desarrollarse con la práctica.

“Reflexión y análisis crítico”

6 de los 31 profesores entrevistados vertió comentarios acerca de esta subcategoría, concentrando, como se ha descrito, 7 citas que representaron el 9% de las *Competencias Académicas*.

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subesca-la <i>Actividades de Apoyo</i>
6	7	9%

Criterio categorizador	Porcentaje (7 =100%)	Fragmentos seleccionados
Competencia académico-profesional en desarrollo.	60%	<p>P 3: 000.txt - 3:25 (212:229)</p> <p>“...Ellos tienen que hacerse muy rigurosos en el pensamiento para empezar, es decir, se han acabado los tiempos de divagar y tal. Para [...] la medicina en su conjunto, tienen que tener el cerebro muy bien estructurado, pensando en la evidencia de las cosas, en comprender y explicar racionalmente las cosas. Por lo tanto, gran parte de nuestra asignatura es el análisis fisiopatológico de lo que pasa. Hemos de comprender lo que pasa y ser bien estructurados en el pensamiento...”</p> <p>P21: 000.txt - 21:17 (99:104)</p> <p>“...el estudiante ha de hacer un esfuerzo más importante, no sólo memorístico sino imaginativo, de búsqueda de algo que seguro que encontrará, o no encontrará, pero que será una respuesta, encuentre o no encuentre lo que busca. La respuesta será positiva o negativa, pero la ha de buscar</p> <p>P24: 000.txt - 24:14 (86:88)</p> <p>“...es un proceso analítico a partir de la semiología, de lógica... que sería el mismo proceso que se hace para diagnóstico clínico que, a partir de datos de semiología clínica, se diagnostica un síndrome o una enfermedad, o lo que sea.... Pero la verdad es que hay alumnos que no tienen o no parecen mostrar más interés y les cuesta, pero no sabría especificar si es una dificultad concreta o es una dificultad global de integración de conocimientos y entendimiento de cualquier materia.”</p>
Interferencias	40%	P18: 000.txt - 18:23 (149:160)

		“... un chico puede hacer una buena definición de algo que se ha aprendido en un libro o en unos apuntes, pero por otra parte también tienen una gran problemática en manejar libros. Yo creo que las técnicas modernas de comunicación han facilitado mucho las cosas, pero también han desviado mucho la atención. Es decir, el orden en el estudio es de capital importancia y el sesgo que nos introduce en muchas ocasiones la informática, porque oferta información rápida pero limitada, hace quizá, que esa capacidad de comprensión de muchas caras de un mismo problema, se pierda un poco.”
--	--	---

Análisis e interpretación

- La preocupación del profesorado va más en el sentido de promover en el alumnado, el desarrollo y uso de un pensamiento lógico y estructurado, dirigido a **integrar** información técnica (libros y fuentes diversas), la proveniente de imágenes o analíticas, con la obtenida del paciente, tanto en el interrogatorio como en la exploración, de forma que le posibilite alcanzar un diagnóstico acertado.
- El profesorado considera que, si bien, hay dificultades o interferencias (la extrema facilidad en la obtención de información vasta mediante el internet) en el desarrollo de esta competencia, también el alumnado la alcanzará en el transcurso de los siguientes dos años de clínica.

Sigue...

Subcategoría	Profesores Núm.	Citas Núm.	Fragmentos seleccionados	Análisis
Org. Cont. Mat. Estudio	6	6	<p>P 5: 000.txt - 5:8 (41:51)</p> <p>“...cuando les dices que la pongan en práctica, ves que hay muchas lagunas, pero es fácil de recuperar... Entonces, en la parte física, de física y química, tienen también lagunas, pero creo...que ellos estudian y parece que la archivan en un cajón, la dejan allá y cuando haces que la traigan, en el momento que das la clase no lo tienen, pero son capaces de recuperarlo porque lo han estudiado...”</p> <p>P29: 000.txt - 29:5 (27:29)</p> <p>“Ellos están más habituados a memorizar y aprender conceptos teóricos, explicaciones, fisiopatología y datos...creo que tienen la habilidad del estudio, la habilidad de adquirir conocimientos...”</p> <p>P10: 000.txt - 10:51 (489:496) 0</p> <p>“Evidentemente se puede intentar más enseñar cómo razonar y no enseñar a retener conocimientos en forma memorística. Pero, créase que no, los conocimientos memorísticos son buena parte de los reservados aunque sea simplemente para que luego sea fácil encontrarlos o recordarlos cuando los necesites.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La organización del contenido y material de estudio tiende a ser eficaz en el tercer y cuarto cursos. • El alumnado basa su estrategia de estudio en el aprendizaje memorístico. • Requieren repasar los contenidos para integrar los conocimientos previos en nuevas situaciones de aprendizaje.
Org. Tiempo Estudio	4	6	<p>P10: 000.txt - 10:73 (478:482)</p> <p>“...hay que concentrar una adquisición de muchos conocimientos en un periodo de tiempo relativamente corto, donde uno tiene que hacer gala de que ha aprendido a sacarse el trabajo de encima y de que tiene una buena capacidad de trabajo...”</p> <p>P10: 000.txt - 10:51 (489:496)</p> <p>“...Creo que tal como está montado el programa, evidentemente es muy exigente en cuanto a tiempo para los estudiantes”</p> <p>P23: 000.txt - 23:41 (304:307)</p> <p>“Y este cambio de mentalidad tampoco es fácil. Que el alumno sepa que únicamente tiene que estar dedicado a la carrera y que no puede hacer otras cosas...el trabajo del alumno que estudia Medicina no puede ser trabajar de enfermero por la mañana y por la tarde estudiar Medicina. No puede ser.”</p> <p>P 6: 000.txt - 6:17 (81:83)</p> <p>“Si dedicasen más tiempo a estudiar, las notas serían mejores”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera indispensable aprender a organizar el tiempo de estudio, debido al amplio cúmulo de contenidos que el alumnado debe asimilar. • Se reconoce que el contenido es muy grande. • Por esto se insiste en la necesidad de que el alumnado de Medicina dedique tiempo completo a su formación. • Se asevera que un mayor tiempo dedicado al estudio, incidiría en una mejora de las notas de rendimiento.

Trabajo en equipo	5	6	<p>P 2: 000.txt - 2:16 (92:95)</p> <p>Tienen claramente desarrollado lo que, yo diría, sería, el trabajo en equipo, el compañerismo, el concepto de grupo, el compartir situaciones complicadas, complejas o problemáticas. Esto lo tienen bastante claro...</p> <p>P 9: 000.txt - 9:27 (205:222)</p> <p>"...Por lo menos desde mi punto de vista, desde mi experiencia, los alumnos no están acostumbrados a trabajar en equipo, son individualistas, no están acostumbrados a hablar, no están acostumbrados a desarrollar un trabajo en grupo, que comporte el uso de tecnologías, etc."</p> <p>P 5: 000.txt - 5:14 (87:96)</p> <p>"Otra cosa es que percibamos que hay una falta de... o se está perdiendo bastante, esto es un sentir general, de colaboración en equipo. Hay mucha rivalidad entre ellos. Porque hay un MIR y hay unas plazas, entonces, hay mucha rivalidad en las notas y hay mucha rivalidad en los conocimientos. 'No interesa que el amigo o el compañero sepa más que tú, tiene que saber menos, porque esto te va a condicionar posteriormente.' Da la sensación de que esta colaboración entre alumnos antes era muy común"</p>	<p>Se aprecian dos dimensiones en esta subcategoría: como habilidad social para interactuar (saber estar) con miembros y como competencia académica para lograr metas y objetivos de aprendizaje.</p> <p><u>Habilidad social</u>: El alumnado de cuarto curso muestra alta disposición a establecer relaciones de apoyo, compartir apuntes y otros materiales de estudio, así como a participar en actividades de esparcimiento.</p> <p><u>Competencia académica</u>: El logro de metas académicas se ve afectado por la figura del examen M.I.R., que incide estableciendo fuerte competitividad entre el alumnado. Esto impide el trabajo académico grupal eficaz.</p> <p>(Sin embargo, el actual grupo de cuarto curso presenta una mayor cohesión interna y menor competitividad; mayor número de actividades de estudio conjunto frente a los exámenes, mayor número de expresiones de apoyo).</p>
Discusión grupal	4	4	<p>P28: 000.txt - 28:10 (62:63)</p> <p>"...ya empiezan un poquito a quitarse un poquito los miedos y a despabilarse un poquito..."</p> <p>P10: 000.txt - 10:74 (72:79)</p> <p>"...Aquello de que si no sabes de qué hablan, preguntar, pasa pocas veces. Si por la cara, ves no te siguen, entonces les preguntas, pero se quedan callados, esto suele ser más habitual a que tú les veas que te siguen de una manera activa y cuando ellos no saben muy bien de qué va o tienen una duda, pues de manera espontánea no intentan conectar con lo que se está diciendo..."</p> <p>P21: 000.txt - 21:10 (62:63)</p> <p>"...Pocas, pocas. Y preguntan poco, preguntan realmente poco."</p>	<p>Esta subcategoría se refiere a la participación activa del alumnado en clase.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se alude a una baja participación en clase, casi no participan, pero sí muestran interés en obtener los apuntes de la misma. • Se considera que la escasa participación puede deberse a falta de seguridad o confianza en sí mismos. • O bien a falta de hábito o de interés.
Aprendizaje autónomo	2	4	<p>P14: 000.txt - 14:23 (244:253)</p> <p>"... hay algunos estudiantes que... aprovechan los medios, estas nuevas metodologías de una manera impresionante, o sea, que realmente buscan. O sea, el buen estudiante existe y, además, ahora tiene más medios como para poder desarrollar mejor su afán de búsqueda de cosas..."</p> <p>P18: 000.txt - 18:19 (130:132) (136:138)</p> <p>"...Hay que aprender a aprender, tenemos que enseñar a aprender... Tendrá que saber otras cosas distintas. Lo que yo le he enseñado no le va a valer. Él tiene que tener un hábito de aprendizaje."</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es indispensable fomentar en el alumnado el hábito de aprender por sí mismo y de sí mismo (aprendizaje autónomo); así como la actitud favorable a nuevos conocimientos. • Los conocimientos en Medicina cambian con rapidez, por lo que es necesaria la permanente actualización. • Esta habrá de basarse en el aprovechamiento de medios y recursos tecnológicos que brinden información actualizada y de calidad.

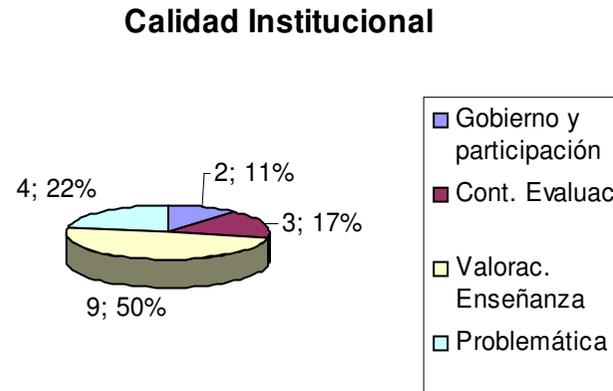
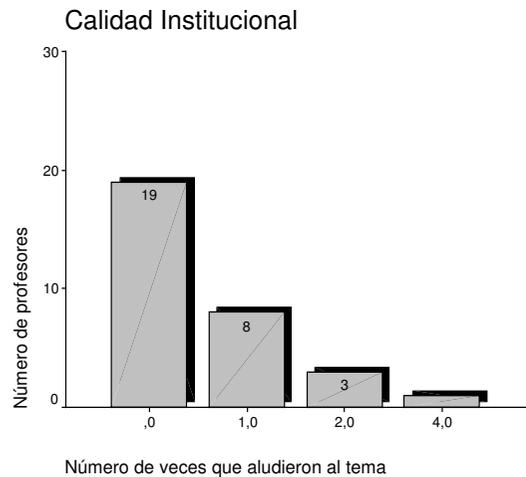
Búsqueda informatizada	4	4	<p>P 1: 000.txt - 1:45 (435:445)</p> <p>“...en general están bastante bien preparados... para hacer un trabajo, para buscar datos, para ir a las bases de datos y para traer una bibliografía bastante actualizada, real y de lo más importante de lo que obtienen. Luego, lo otro es enseñarles a recoger esos datos, a clasificarlos, a, valorar de una manera u otra, qué trabajos tienen más importancia... pero hay que enseñarles...”</p> <p>P15: 000.txt - 15:30 (222:244)</p> <p>Ahora, los alumnos... venir bastante bien formados, suelen tener una idea bastante amplia, conocen bastantes técnicas de informática, del tratamiento de textos, en fin, tienen facilidades como ¿cómo se llaman? las aulas informáticas de la universidad .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta competencia está bastante desarrollada en el alumnado y es considerada de gran relevancia por la facilidad que brinda para obtener información actualizada. • Se considera positivo que la institución educativa favorezca esta competencia al proveer de aulas informáticas al alumnado.
Redacción Técnica Médica	3	3	<p>P20: 000.txt - 20:19 (107:112)</p> <p>“...Al menos en mi experiencia, dedico mucho tiempo a los estudiantes, es decir, cuando están los estudiantes haciendo rotación por la planta nuestra, aparte de ver enfermos, tienen que hacer historias clínicas, hacer informes...”</p> <p>P29: 000.txt - 29:13 (68:69)</p> <p>“La comunicación verbal o escrita médica no la dominan, no la tienen adquirida.”</p>	Esta competencia es apreciada como insuficiente pero con potencial de desarrollo, durante la estadía en la enseñanza clínica.
Metodología Investigación Científica	3	3	<p>P 9: DeOca.txt - 9:27 (205:222)</p> <p>“... son habilidades que hay que [promover en el] alumno cuanto antes. Se hacen esfuerzos, no digo que no se estén haciendo esfuerzos, para que los alumnos dispongan de un tiempo para desarrollar un proyecto de investigación común entre tres personas o desarrollar un trabajo que requiera un cierto grado de investigación de literatura...”</p> <p>P15: 000.txt - 15:30 (222:244)</p> <p>“... son gente bien dotada intelectualmente y no creo que les falte nada para poder llevar la asignatura con facilidad. Entonces quizás, lo que faltaría más, pero ahora no está de moda hacerlo, es lo que sería el trabajo experimental, hasta hace dos años nosotros intentábamos hacer las prácticas con muy pocos medios, como siempre... ellos captaban la dificultad de un trabajo experimental real y vivían experiencias de cortar, disecar, ligar, con elementos muy pequeños... Y la manera de poder... aprovechar la propia experiencia en terapéutica es teniendo una base metodológica y unos conocimientos que normalmente no se disponen...”</p>	<p>La investigación, como proceso de generación de conocimiento nuevo, no está incluida en el currículo obligatorio. Sí lo está en las asignaturas optativas de “Introducción a la Recerca”.</p> <p>Asimismo, está ausente en las directrices de metodología docente de cuarto curso.</p> <p>Tanto la investigación documental como la experimental se hayan relegadas en el actual currículo, situación que un sector del profesorado destaca como una importante carencia en la formación médica de licenciatura.</p>
Man. Ansiedad exámenes	1	1	<p>P 9: 000.txt - 9:24 (188:190)</p> <p>“...Entonces, esta angustia que les crea [la evaluación] a los alumnos es importante, esto es un <i>handicap</i>.”</p>	No se menciona explícitamente como un manejo adecuado de la ansiedad frente a las evaluaciones, pero su correlato se retoma en la subescala <i>Evaluación y Rendimiento</i> , en la categoría de ‘Dificultades para el alumnado’

<p>Opinión "Casi no tienen"</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>P 6: 000.txt - 6:8 (35:35) "...creo que habilidad académica especial no." P 9: 000.txt - 9:27 (205:222) "No, no son frecuentes. Son bastante infrecuentes [las competencias académicas]. Por lo menos desde mi punto de vista, desde mi experiencia." P18: 000.txt - 18:21 (145:147) 0 "Las competencias académicas son pocas. O sea, es difícil que un chico venga con una preparación suficiente para hacer una exploración física. Están temerosos, no."</p>	<p>Un sector minoritario del profesorado de cuarto curso sostiene que las competencias académicas con que llega el alumnado al ciclo clínico son insuficientes.</p>
<p>Opinión "Lo desconozco"</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>P 8: 000.txt - 8:7 (23:24) "Esto lo desconozco mucho porque tenemos muy poco contacto."</p>	<p>La naturaleza de la asignatura y su organización, propician que algunos profesores no tengan un contacto más cercano con el alumnado, al grado de que afirman desconocer si éste muestra competencias académicas específicas.</p>

CALIDAD INSTITUCIONAL

La categoría “Calidad Institucional” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (4) que se aludió a la temática correspondió a un profesor, mientras que ocho de ellos las tocaron por lo menos una vez. 19 profesores no se refirieron a ellas. En total, sumaron 18 las referencias de los 12 profesores.

La Gráfica muestra que el 50% de las 18 alusiones correspondió a la subcategoría de “Valoración de la Enseñanza”, mientras que la de “Formas de Gobierno y participación” fue la menos mencionada, representando el 11%, (2 veces).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

“Valoración de la Enseñanza”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Calidad Institucional</i>
5	9	50%

Criterio categorizador	Porcentaje (9 = 100%)	Fragmentos seleccionados
General	78%	<p>P 7: 000.txt - 7:7 (28:29)</p> <p>“la enseñanza...creo que es bastante correcta, sigue las directrices europeas...”</p> <p>P16: 000.txt - 16:9 (93:96)</p> <p>“Lo que es el programa teórico es bastante comprensivo y está por encima del nivel de lo que es normalmente en otras universidades españolas”.</p> <p>P 1: 000.txt - 1:75 (775:777)</p> <p>“...la idea que tenemos en este momento es que las prácticas han mejorado en los últimos cinco años, en esta unidad docente...”</p> <p>P10: 000.txt - 10:65 (614:619)</p> <p>“Pretender que las cosas vayan muy a más es difícil y probablemente el desinterés por evaluar nuestros propios resultados... Igual esto es una cosa un poco fuerte, -se la digo de manera confidencial-, yo creo que el desinterés por evaluar los resultados encubre la impresión de que serían seguramente pobres...”</p>
Específica (práctica)	22%	<p>P 7: 000.txt - 7:9 (33:35)</p> <p>“...creo que al cabo, durante tres años de rotaciones, les permite, no tener lógicamente una profundidad, pero sí una formación general bastante correcta.</p> <p>P17: 000.txt - 17:5 (13:17)</p> <p>“...Es un sistema pesado y, aunque yo critique, es un sistema que se salva porque hacen prácticas...”</p>

Análisis e interpretación

- De manera general, se advierte satisfacción en el profesorado por el estatus de la enseñanza médica de la UB, en particular de la Unidad Docente Bellvitge.
- No obstante, se escuchan voces que aluden a la falta de interés real por evaluar los resultados propios.
- En lo específico, destacan el incremento y funcionamiento de las prácticas como enfoque moderno adecuado de la enseñanza médica.

“Contenido de Evaluación”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Calidad Institucional</i>	% Respecto del total de subescalas
3	3	17%	

Criterio categorizador	Porcentaje (9 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Qué evaluar	78%	<p>P 9: 000.txt - 9:26 (169:176)</p> <p>“La evaluación, no la hora del examen al alumno, sino la evaluación, en general, es una cosa que tiene que comprometer a todos los estamentos de la Universidad. Hay que evaluar al evaluador, hay que evaluar el sistema docente, hay que evaluar el plan de enseñanza, hay que evaluar el cumplimiento del plan de enseñanza y también hay que evaluar al alumno.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:44 (323:325)</p> <p>“...tendría que ser un examen a los profesores, si realmente estamos haciendo bien nuestra función, o no.</p>
Mecanismos	22%	<p>P10: 000.txt - 10:61 (562:580)</p> <p>“...O sea que tendríamos que intentar estar más pendientes de cómo van ellos [los alumnos], yo creo que el pretender que el único <i>input</i> que tengamos de la calidad de nuestra docencia sea el resultado de nuestros estudiantes en la prueba MIR, es una manera muy simplista de valorar nuestra propia productividad y eficiencia... Creo que los estudiantes tienen algún mecanismo de valoración de la enseñanza recibida y que demuestre nuestro papel en este contexto. A mí nadie me ha dicho: los estudiantes te han valorado bien o mal. Si los estudiantes opinan de cómo yo hago de profesor, es posible que sea así, yo no recuerdo jamás que nadie me haya dicho jamás, ‘mira tus estudiantes dicen de ti que deberías de mejorar o deberías de hacer tal cosa, o que de aquí vas muy bien, o en cambio de allá andas flojo’, o que si hay una retroalimentación, esta no llega al interesado. Esto es lo que [reflejaría] de alguna manera, la productividad nuestra, la calidad de nuestro trabajo. Creo que nos debiera importar un poquito más.”</p>

Análisis e interpretación

- Se detecta una inquietud por definir criterios y mecanismos más sistemáticos para evaluar la enseñanza en la propia institución.
- Una postura crítica se refiere a la falta de retroalimentación sobre la calidad de la docencia.

“Problemática de Evaluación de la Calidad”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Calidad Institucional</i>
3	4	22%

Criterio categorizador	Porcentaje (4 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Preparación del profesorado ³	78%	P 4: 000.txt - 4:35 (238:257) “Se da por supuesto que soy un especialista de más de 25 años de ejercicio, que he hecho todas las tesis doctorales habidas y por haber, que he hecho no sé cuantos trabajos y he publicado no sé qué, pero nadie me ha preguntado a mí mis capacidades y habilidades para la docencia, y esto que me pasa a mí, imagino que le pasa a mucha gente...los catedráticos aprueban una serie de cosas que se les piden, pero sus capacidades docentes no son evaluadas ni reevaluadas. Porque uno puede tener una ilusión cuando le nombran o es profesor, pero con el tiempo se pierde y, entonces, mantener ese nivel de excelencia en la docencia, pues eso es difícil y no hay parámetros que valoren eso.”
Capacidad de atención	22%	P10: 000.txt - 10:68 (630:638) “...creo que para tener una calidad estándar a nivel de estudiante recién licenciado, tendríamos que poner más cosas que no sé están poniendo, quizá tendríamos que tener menos estudiantes y formarlos un poco mejor. De hecho, desde hace muchos años sobra aquí mucha gente, quizá los recursos se pudieran concentrar. Si tuviéramos la mitad de estudiantes quizá hiciéramos un poco mejor, no lo sé, igual...”

Análisis e interpretación

- Se vincula la preparación para la docencia y su evaluación, con la excelencia en la formación.
- Se sugiere una menor cantidad de alumnos por profesor en la docencia médica, como factor coadyuvante para alcanzar estándares de calidad (¿cuáles?)

³ La “Problemática del profesorado” sobre su preparación docente se describe en la categoría *Profesorado*.

“Gobierno y participación”

Número de Profesores	Número de citas registradas	% Respecto de Subescala <i>Calidad Institucional</i>
2	2	11%

Criterio categorizador	Porcentaje (2 = 100%)	Fragmentos seleccionados
Representación	50%	P19: 000.txt - 19:36 (173:177) “...hay el coordinador, y normalmente el mecanismo va: si son temas generales, están los delegados de curso que son a los que normalmente [los estudiantes] usan como interlocutores para plantear los problemas que puedan haber...”
Toma de decisiones	50%	P15: 000.txt - 15:44 (334:337) “...El problema está en que normalmente las resoluciones se adoptan por criterios de mayoría y es un poco difícil de especificar las cosas adecuadamente para que salgan...”

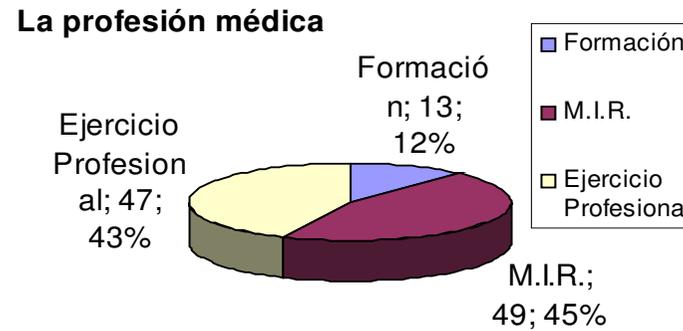
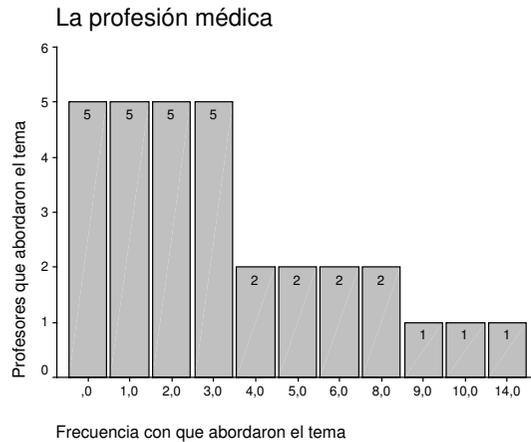
Análisis e interpretación (Revisar S.R.E.)

Uno de los factores de calidad es también la estructura organizativa que soporta una institución universitaria. En ella se ubican tanto las formas de participación como los procesos.

- Las formas de participación incluyen figuras o voces con autoridad y relevancia social. La cita alude a las representaciones del alumnado en los órganos de decisión (gobierno) académico-administrativa.
- Se percibe a la toma de decisiones como un proceso sometido a mayorías que no siempre facilita la solución de problemas internos.

PROFESIÓN MÉDICA

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Profesión Médica” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (14) que se aludió a la temática correspondió a un solo profesor, mientras que uno de ellos la abordó por lo menos cinco veces. En total, sumaron 109 las referencias de los 26 profesores.

La Gráfica muestra que el 49% de las 109 alusiones correspondió a la subcategoría de “M.I.R.”, mientras que la de “Formación” fue menos mencionada, representando el 12%, (13 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Formación Médica en España	26	13	<p>P18: 000.txt - 18:27 (171:174)</p> <p>“...la universidad en España no está orientada hacia la formación, sino está orientada hacia la información. Y ese prefijo tan pequeño de dos letras cambia el rumbo.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:6 (34:37)</p> <p>“... si consideramos a la universidad como formación general esto se acabó. La universidad se ha transformado en una escuela de especialistas, entonces van preparados a unas cosas muy concretas.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:45 (438:441)</p> <p>“... estamos haciendo una enseñanza práctica de país rico con recursos, no diré que sean tercermundistas pero que, evidentemente, son insuficientes.”</p>	<p>Se han recogido posiciones críticas respecto a la orientación que sigue la enseñanza superior en España, en las que se subraya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La enseñanza superior actualmente se orienta hacia la información más que a la formación. b) La enseñanza superior se ha orientado hacia la hiperespecialización. c) Se intenta hacer una enseñanza de primer mundo, con escasos recursos.

M.I.R. Sistema	49	<p>P 1: 000.txt - 1:43 (419:428)</p> <p>“Porque la estructura en este momento lleva a un examen final, que es el que vale y es donde te juegas toda la carrera, que es un examen competitivo... Pero creo que ahí hay una baza negativa, para que todo esto se lleve a cabo, que es el MIR, el cual afecta a todo, porque el MIR, a final de cuentas, es un examen, una prueba de evaluación objetiva, un test de aquellos de respuestas múltiples, cinco válidas, una falsa... No hay ninguna de las pruebas prácticas, aquello que hacemos a los enfermos simulados, ni de los casos clínicos, todo esto queda olvidado, aunque quizás en el MIR se han introducido algunas preguntas como: paciente de 83 años que ingresa por no se qué y tal, ¿qué le parece el diagnóstico? Se introdujeron algunas preguntas con un rasgo práctico y a veces encadenadas...”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:71 (549:563)</p> <p>“... ahí todo ese periodo está interferido por el asunto del MIR, que pone allí una cuña muy importante en ese proceso docente, porque el MIR establece un punto concreto de exigencia. Los estudiantes están obsesionados con el MIR. Por las notas y por lo que les espera, y ya todo está dirigido al MIR. De manera que la enseñanza práctica del periodo clínico se ve dificultada porque en ella no en todas las asignaturas le hacen valer las notas en la misma intensidad y al estudiante le renta más el sacar buena nota, aunque sea obviando la práctica u obviando el aprendizaje, en las asignaturas en que pueda hacerlo. Y él encamina todo hacia la nota del MIR, por lo tanto, el MIR actual influencia el proceso docente, en este momento, tal como está todo.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:75 (571:577)</p> <p>“Si el MIR incorporara la evaluación práctica en su sistema de evaluación, entonces, estaría en sintonía absoluta con el plan docente nuevo, pero el MIR sólo valora el conocimiento teórico, y de alguna manera no prima la docencia práctica y no estimula al estudiante a que invierta tiempo y a que considere que eso es rentable.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:10 (51:56)</p> <p>“Ellos lo que pretenden es escapar el examen con la máxima nota posible para poder acceder al examen MIR. Yo creo que es su principal objetivo. Desde el punto de vista de la formación es un <i>handicap</i>, desde el punto de vista de lo que es el Sistema Nacional de Salud es una de las mejores cosas que han ocurrido en los últimos años.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:24 (254:267)</p> <p>“Un aspecto condicionante es el MIR. Y el MIR tiene un examen muy particular y una manera de enfocar las cosas muy particular para el cual has de estar bien formado, en el sentido de bien formado para hacer el examen bien, que no quiere decir necesariamente bien formado para ser un buen médico. Pero está demasiado dirigido en este sentido y tiene demasiado peso a lo largo de toda la carrera. Esto probablemente dificulta un poco una enseñanza un poco más global. Hay cosas que sirven porque sirven para el examen MIR y cosas que no sirven porque no sirven para el examen MIR, y esto es una realidad.”</p>	<p>El Examen para Médicos Internos Residentes (M.I.R.) es el mecanismo nacional para acceder a los estudios de especialidades médicas en el Estado Español. Cada año el sistema de salud oferta 3000 plazas de especialidades, a las cuales se presentan xxxx mil aspirantes, licenciados en Medicina. Aquellos que no logran una plaza conforman una “bolsa” de rezagados que se incrementa año con año.</p> <p>Aunque en el papel, este examen no es obligatorio, en la práctica sí lo es, pues el trabajo para un egresado de la licenciatura de Medicina es casi inexistente y tiende a desaparecer por completo. Además, con la creación de especialidades como Medicina Familiar o Comunitaria, la figura del médico general también ha ido perdiendo valor y función social, de forma que al licenciado en Medicina no le queda otra que intentar acceder a la especialidad.</p> <p>Además, de cara a la inminente homologación de créditos formativos de la Unión Europea, el examen se ha convertido en uno de los máspreciado criterios para evaluar la calidad de la enseñanza médica en el Estado Español.</p> <p>El examen que consta de 250 ítems y, tuvo, hasta hace unos años, un enfoque teórico, sin embargo, ante las críticas por la incongruencia que tal exigencia revestía a egresados de facultades que invertían grandes esfuerzos por adoptar y adaptar sus currícula al enfoque práctico, un sector del citado examen se ha modificado y actualmente incorpora preguntas de tipo proposicional, con casos secuenciados.</p> <p>Lo antes descrito ha venido a impactar, de acuerdo con el profesorado, la formación médica. En particular, el alumnado tiende a enfocar todos sus esfuerzos académicos en pos de lograr notas altas independientemente de la calidad de su aprendizaje. Nuevas actitudes y motivaciones alientan el paso del alumnado por los seis cursos de la licenciatura en Medicina.</p>
----------------	----	---	---

M.I.R. Sistema		<p>P19: 000.txt - 19:23 (112:122)</p> <p>“... aquí hay una cosa que planea siempre que es el tema MIR. El examen MIR hace que ellos no valoren mucho el tema de la enseñanza práctica, de alguna manera van un poco con la mentalidad de que lo importante [para] cuando acaben la carrera es aprobar el MIR, y que las prácticas ya las harán cuando sean residentes. Esto es un poco el inconveniente que se le puede achacar al sistema MIR, que no facilita. “</p> <p>P29: 000.txt - 29:38 (220:224)</p> <p>“...Esto hace que ellos estén pensando sobretodo en esto, en sacar, en aprobar la asignatura, en obtener los créditos y luego en examinarse MIR. Y cuando los estudiantes hacen su auténtico aprendizaje clínico es cuando son residentes.”</p> <p>P17: 000.txt - 17:8 (34:45)</p> <p>“...Esto es anormal porque el objetivo de la carrera no es pasar un examen, sino adquirir una serie de conocimientos, competencias, habilidades, destreza profesional y estilo. Entonces, se dan paradojas, de que hay quien viene con muy buena nota en el MIR, ha sido muy bueno y resulta lo que su grado de competencia no equivale ni mucho menos; no se ha ejercitado en eso, se ha ejercitado en una especie de academia de preguntas de respuesta múltiple, eso es algo totalmente negativo.”</p> <p>“P13: 000.txt - 13:49 (306:311)</p> <p>“En mi época, decías ‘yo quiero ser esto’ y buscabas los medios para serlo, ahora no, muchos de ellos –el alumnado- dicen ‘yo, depende del MIR’ y se han acostumbrado a que uno se examina del MIR, y dependiendo del número del MIR, entonces escoge.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:11 (60:64)</p> <p>“Y sobretodo porque limita la elección. Si a ti te gusta psiquiatría y te gustaría hacerla en... yo qué sé, en Barcelona, puedes acabar haciendo pediatría en Murcia. Y esto puede resultar un aspecto frustrante para el alumno.”</p> <p>P13: 000.txt - 13:50 (302:306)</p> <p>“...el alumnado... hasta que no se examina del MIR y no tiene el MIR, no se atreve a hacer un proyecto futuro profesional. Y esto yo creo que es un grave error, o una dificultad, por lo menos, para el alumnado.”</p>	<p>Como en el examen MIR priman los conocimientos teóricos, los estudiantes se orientan por la acumulación memorística de estos, en detrimento de sus intereses y motivación por la práctica clínica, la cual, si no es valorada adecuadamente también es relegada por el alumnado.</p> <p>Otro efecto más personal aún es el de no tener oportunidad de elegir previamente la especialidad, como antaño, o esto sólo puede hacerlo un porcentaje reducido, sino que el alumnado ha de elegir la especialidad con base en los puntos obtenidos en el examen MIR sumados a su promedio de licenciatura. Es en ese momento, cuando, de entre un listado de hasta 20 opciones selecciona la especialidad que habrá de cursar, la cual no siempre es aquella en la que había pensado.</p> <p>Esto impide cualquier intento de proyecto de vida profesional en la mayoría del alumnado de Medicina.</p>
----------------	--	---	--

M.I.R. Residentes		<p>P 2: 000.txt - 2:43 (236:247)</p> <p>“...Los residentes son los profesionales de la sanidad con cualificaciones más bajas que todavía están en formación, están mas próximos a su misma situación, ellos también están en formación. Como el grado de conocimientos no es muy diferente entre uno y otro, uno puede transmitirle al otro conocimiento de una manera muy fácil... además están viviendo una situación parecida y sus edades tampoco son muy diferentes...”</p> <p>P10: 000.txt - 10:47 (455:463)</p> <p>“Yo creo que donde más explotación, por decirlo así, donde más presión laboral y docente tiene un aprendiz de médico, es en la época de residente.”</p> <p>P12: 000.txt - 12:17 (118:121)</p> <p>“... por parte de los residentes también, que no están encargados directamente de la docencia, pero sí tienen y sí hacen docencia.”</p> <p>P31: 000.txt - 31:48 (285:301)</p> <p>“... seguro tienen más cerca al residente que al profesor. Eso, sin duda lo dirá todo el mundo, el que no lo dice, igual no lo quiere decir o no se ha dado cuenta, pero es una realidad de los alumnos. Además, nosotros se lo decimos a veces, ‘oye, ante estas cosas, contar con el residente, que es más joven, tiene más ganas y que a lo mejor tendrá más tiempo en aquel momento que el médico que está...’, que estará con otra cosa y, además, estará más encima del residente que no del propio alumno...”</p> <p>P30: 000.txt - 30:44 (276:280)</p> <p>“Lo único que faltaría es que el médico que hace la especialidad tuviera un puesto, un trabajo en un sitio, pagado, claro. Porque el problema es que acaban una especialidad, que son cuatro o cinco años después de la carrera y se encuentran sin trabajo.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:48 (463:470)</p> <p>“Ahora cada vez la tendencia es que la gente se lo toma con más tranquilidad, porque para ir a acabar donde vamos a acabar, tampoco conviene correr tanto, porque ya se intuye que la profesión va por mal camino desde el punto de vista económico. Esto probablemente contribuya un poco a la falta de una dedicación tan absoluta como habían tenido antes los residentes.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:36 (263:267)</p> <p>“Algunos de estos más brillantes se dedican después a la investigación, ves que después terminan en la investigación, porque su nivel intelectual parece que les aleje de la cotidianeidad que es repetitiva, que no es tan interesante como pueda ser.”</p>	<p>Mencionar el examen MIR trae inmediatamente a escena el caso particular de los médicos residentes internos: los “residentes”, jóvenes egresados de licenciatura en Medicina que, una vez aprobado el examen MIR y obtenido una plaza de especialidad, se encuentran cursando la misma en un hospital o centro comunitario.</p> <p>Jóvenes médicos que laboran horario completo, realizando funciones de médico y docente, y que devengan una paga simbólica por su empeño y trabajo.</p> <p>La situación de los jóvenes residentes ha dado lugar a problemáticas que acusan una falta de atención por parte del sistema de salud, respecto a sus condiciones de trabajo, en cuanto a funciones, obligaciones, derechos y retribuciones, en su calidad de doble o triple rol, estudiante y médico, o estudiante-médico y docente.</p> <p>La precaria situación laboral de los residentes, es reconocida por los médicos y por las autoridades educativas. Los residentes han protagonizado y encabezado diversas acciones para mejorar su situación. Recientemente se ha puesto en la mesa de discusión un proyecto de estatuto sobre las funciones y responsabilidades, la duración de las jornadas, los tiempos de descanso, etc., con miras a la mejora de sus condiciones de trabajo.</p> <p>En el trabajo que nos ocupa, la labor que destaca más es la de docente, toda vez que, de acuerdo con el profesorado entrevistado, el alumnado de cuarto curso tiende a vincularse más con los residentes que con el profesorado durante el período de prácticas.</p> <p>Esta relación es de apoyo al aprendizaje, tutela, amistad y complicidad, en función básicamente de la cercanía en edad e intereses, que propician una identificación mutua.</p> <p>El profesorado entrevistado asume que, parte de la docencia y aprendizaje del alumnado de cuarto curso, recae en el apoyo y trabajo de los residentes, incluso hay quien alienta este proceso.</p>
-------------------	--	--	--

<p>M.I.R. Residentes</p>			<p>P15: 000.txt - 15:65 (563:569)</p> <p>“De hecho la industria farmacéutica absorbe un volumen importante de médicos que cuando se encuentran con ella, al principio les pilla totalmente de nuevos. Entonces si hubiese habido una posibilidad anterior, quizás se facilitarían los contactos y habría gente que se dedicaría a ir directamente a la industria...”</p>	<p>El futuro profesional inmediato tanto del alumnado como del residente no es precisamente promisorio, y cada vez más esta conciencia se va haciendo más clara en etapas iniciales de la formación, incidiendo a la postre en actitudes hacia el aprendizaje y el ejercicio profesional.</p> <p>Alguna de las salidas profesionales para Medicina es la investigación, aunque en muy ínfimo porcentaje, ya que no se promueve en la licenciatura, excepto mediante algunas asignaturas optativas. Otras son las industrias farmacéuticas que captan un número determinado de egresados.</p>
--------------------------	--	--	--	--

<p>Ejercicio profesional -identidad, práctica</p>	<p>47</p>	<p>P 6: 000.txt - 6:32 (215:221)</p> <p>“Yo creo que los alumnos están deseando estar deseando entrar en la etapa clínica. Porque, muchos, yo creo, -esto habría que decirlo en porcentaje-, pero muchos de ellos, un porcentaje, lo que quieren es... se han hecho médicos para tener relación con el enfermo y, en general, solucionar los problemas a la gente enferma.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:26 (273:282)</p> <p>“... hay gente que sirve para hacer de médico y gente que no sirve para hacer de médico. Aunque sirve para hacer de médico, de médicos de estos que hacen radiografías y que se dedican a ver cosas, necropsias, análisis clínicos. Esto es una cosa que siempre se dice pero creo que es verdad, que hay gente que vale para ser médico de pacientes y hay gente que a lo mejor valdría para otra cosa en la que no estuviera tan involucrado con la persona directamente.”</p> <p>P13: 000.txt - 13:18 (96:109)</p> <p>“Hay ya algunos alumnos [en los] que se nota que vibran por la cirugía en general y que esto les va a llenar en el futuro y hay otros que no, que prefieren más el contacto. La persona que lo que busca en la Medicina es un contacto muy directo con el paciente, generalmente van a ir a especialidades médicas que tengan precisamente este contacto, En cambio, en las quirúrgicas, en el momento crucial de la cirugía, tienes un contacto muy relativo porque el enfermo está anestesiado.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:57 (439:451)</p> <p>“... y no tienes una posición sólida hasta que ya casi eres canónigo, entonces la gente busca carreras que tengan menos paro, más facilidad y si no hay una vocación muy fuerte es difícil. Sabes que tendrá que pasar mucho tiempo hasta que puedas mantener a tu familia y tener una independencia. Y esto es un <i>handicap</i> muy grave.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:48 (264:268)</p> <p>“... en cuarto curso es donde los estudiantes hacen, aprenden, aprenden a hacer de médicos, no lo que es la Medicina, sino aprenden a hacer de médicos porque saben que auscultan, preguntan, esto es hacer de médico...”</p> <p>P31: 000.txt - 31:21 (104:110)</p> <p>“...los alumnos los utilizan un poco como maestros, como guías, como modelos de actuación y, como todos tenemos nuestras cosas mejores y peores, vicios, o, hábitos adquiridos, tienen que ir cogiendo de cada uno lo que... y hay gente que destaca mejor de una manera que de otra.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:62 (476:480)</p> <p>“... en la clase yo les enseñé mi persona, que 'lo que yo os digo sólo os lo puedo decir yo... luego vendrá otro y dirá..., eso es lo que vosotros tenéis que rescatar'.”</p>	<p>El ejercicio profesional es la culminación del proceso de formación durante el cual ha de haberse cimentado la identidad profesional.</p> <p>En el caso de la Medicina, uno de los ejes fundamentales en la identidad profesional es la relación con el paciente, relación humana pero profesional, directa o indirecta, y sobre la que se han emitido normas éticas y legislaciones de carácter internacional.</p> <p>En las entrevistas al profesorado destacan tres aspectos de la identidad profesional: a) características, b) práctica profesional, y c) ética médica.</p> <p>Entre los rasgos que caracterizan la identidad profesional está la vocación fuertemente orientada a la curación de una persona enferma en particular, y a la relación con ella. Pero también está el caso de aquellos que estudian Medicina por su interés y motivación hacia otras áreas como cirugía o más técnicas, en donde la relación con las personas es menor,</p> <p>El momento en que el alumnado de Medicina pasa del ciclo preclínico al ciclo clínico es justo aquel en que retoma el proceso de construir su identidad profesional. Por vez primera está delante de un enfermo. Al inicio de cuarto curso comienza a “hacer de médico”.</p> <p>Pero es la práctica profesional, la inmersión en el mundo del médico lo que marca la pauta de esta conversión en médico, ya que al ir observando acciones, actitudes, interrelaciones, conocimientos, el alumnado va asimilando también, a través del modelamiento, los valores y atributos sociales de la profesión.</p>
---	-----------	---	---

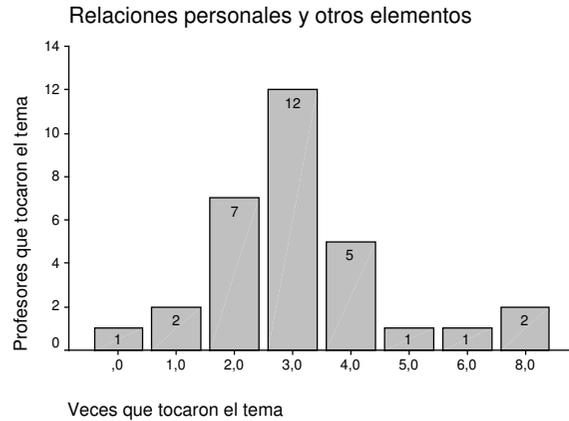
<p>Ejercicio profesional -identidad, práctica y ética</p>		<p>P20: 000.txt - 20:24 (128:133)</p> <p>“De estudiantes todos aprendimos -esto se puede decir ahora-, haciendo gasometrías al paciente, pinchando tórax, pinchando pleuras. No creo que hayamos hecho muchos trastornos, pero en fin, yo comprendo que hoy en día no se puede hacer, aparte, creo que ese derecho es fundamental.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:34 (243:244)</p> <p>“... porque están viendo esta actitud también en el compañero o en el profesor que les está enseñando.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:20 (159:161)</p> <p>“Porque el paciente lo agradece ya que tiene una persona más dentro del hospital que se preocupa por él, que ha ido a verle.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:37 (495:501)</p> <p>“son debates que están abiertos y este tipo de debates, aunque surgen poco, porque realmente los estudiantes, en este sentido, no están especialmente motivados porque les alcanza lejos y la clonación les es igual, en último término. Igual porque no sale en el MIR tampoco, de momento no es una prueba de examen en el MIR... Todo este tipo de cosas sí se las informamos, pues son aspectos éticos de las enfermedades. Sí se tratan estos temas, sí se tratan. No es una clase concreta, pero a lo largo del curso son cosas que intentamos ir vertiendo.”</p>	<p>La relación profesional y de servicio entre los seres humanos reviste complejidad en el sentido de que entre las personas implicadas subyacen aspectos psicológicos y sociales. Expectativas, motivaciones, valores, situaciones y rasgos de personalidad tienen un impacto decisivo en la calidad de estas relaciones. De ahí la importancia de que en casi todas las profesiones de servicio y ayuda a otras personas, la ética o deontología tenga un papel preponderante.</p> <p>Sin embargo, ha sido sólo hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando los currícula de profesiones de ayuda – medicina, psicología, enfermería, entre otras- se han avocado a incluir temáticas sobre ética profesional. En parte como respuesta a la polémica mundial generada por la fertilización <i>in vitro</i> ‘de probeta’- y la necesidad de asumir una postura desde las ciencias Biomédicas. Ciertamente, el tema salió de los ámbitos morales o religiosos y se situó en el de la salud y calidad de vida, a diferencia por ejemplo, del tema del aborto voluntario, que aún permanece bajo la discusión dependiendo de la latitud en que se lleve a cabo.</p> <p>Otros temas desafían la acción profesional del médico, entre ellos la eutanasia, la utilización de embriones humanos en investigación, aborto, “clonación”, donación de órganos y terapéuticas radioactivas.</p> <p>Pero ¿cómo se enseña la ética profesional, en una asignatura concreta o en el actuar cotidiano de otros profesionales, modelos para los aprendices? En el caso específico de la medicina, el modelaje es una práctica generalizada. Por lo que es frente al paciente, cuando el alumnado observa al profesor-médico y puede asimilar muchas de estas conductas y valores. Otro momento se da durante la discusión de casos clínicos, en los que con apoyo de la dinámica del grupo pueden cuestionarse y asumirse posiciones respecto al problema.</p>
---	--	--	---

<p>Ejercicio profesional -identidad, práctica y ética</p>				<p>Los recursos didácticos de la propia enseñanza médica han ido variando a través del tiempo, en la medida en que los derechos humanos de los pacientes se han reconocido, por lo que si antaño se utilizaban cadáveres para la disección y enseñanza de la anatomía, hoy es inusual; si antaño se practicaban diversas competencias clínicas directamente en los pacientes, esto también va en desuso. Ahora, cuando la situación del paciente puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje, ha de contarse con la anuencia del enfermo incluso, a veces, por escrito.</p>
---	--	--	--	---

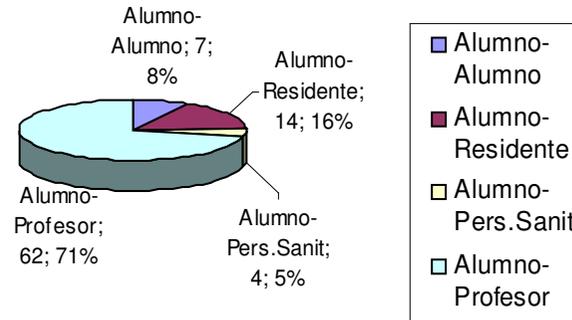
Personas y Elementos en la Formación

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Personas – Relaciones interpersonales” se distribuyeron como sigue

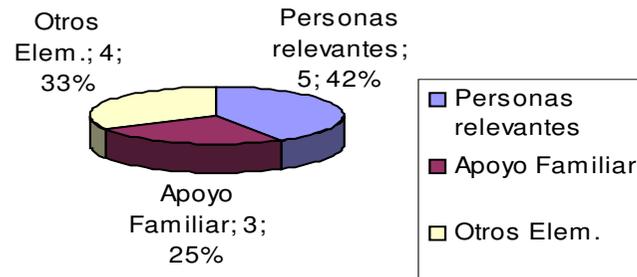
Elementos de Apoyo a la formación



Relaciones de Apoyo



Elementos de apoyo



Gráfica

Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (8) que se aludió a la temática correspondió a dos profesores, mientras que uno de ellos la abordó por lo menos dos veces. En total, sumaron 99 las referencias de los 30 profesores. Por la relevancia de la categoría Personas referida a las relaciones personales, se ha considerado pertinente desglosarla; concentra 87 fragmentos de los 99, en tanto que la otros Elementos de apoyo cuenta con 12 fragmentos.

La Gráfica muestra que el 71% de las 87 alusiones correspondió a la subcategoría de “Alumno-Profesor”, mientras que la de “Alumno-Personal Sanitario” fue menos mencionada, representando el 5%, (4 ocasiones).

Por su parte, la Gráfica muestra que el 42% de las 12 alusiones correspondió a la subcategoría de “Personas relevantes”, mientras que la de “Otros elementos” fue menos mencionada, representando el 33%, (4 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
--------------	--------------	---------	--------------------------	---------------------------

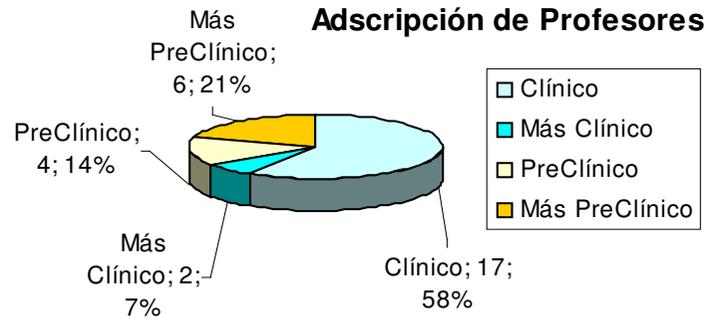
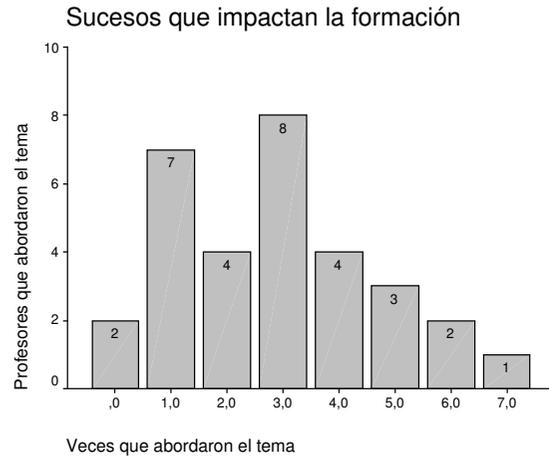
Personas – Relaciones (Con alumnos, residentes y personal sanitario)	25	<p>P12: 000.txt - 12:22 (136:139)</p> <p>“...se establece yo creo una buena relación entre ellos, además preparan seminarios de forma conjunta, presentan casos clínicos, comentan...”</p> <p>P25: 000.txt - 25:16 (88:91)</p> <p>“... entre ellos, que son un grupo que están aquel día en la planta cinco y, entre ellos “mira esto cómo se hace”, les ves que se potencian la ayuda...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:42 (413:419)</p> <p>“...la relación con los compañeros, que es un poco competitiva. Sin pegar codazos, sin hacer grandes destrozos pero me da la impresión de que hay un cierto individualismo en este momento. Cada uno quiere florecer y si es posible florecer más que el de al lado porque es un rival en potencia...”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:41 (297:302)</p> <p>“... y con los residentes, tienen la gran facilidad de que tienen residentes jóvenes con los que tienen mucho contacto y resuelven muchos problemas. La mayoría diría yo. [Esto se deberá, sobretodo,] a la cercanía en la edad. Yo creo que sí, y luego, el residente no le tiene que juzgar.”</p> <p>P28: 000.txt - 28:32 (237:242)</p> <p>“Los residentes tienen muy cerca al estudiante porque hay un recuerdo de sus épocas de estudiante y el estudiante admira al residente porque es lo que quieren llegar a ser, entonces, evidentemente, el contacto entre ellos es mucho más fluido.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:28 (164:169)</p> <p>“Recurren a la enfermera. En general a la enfermera, después al residente.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:65 (361:364)</p> <p>“...cuando hay una xxx que hacen las enfermeras, ven cómo la hacen, o por ejemplo, test cutáneos o la colocación de mascarillas, todo esto lo hacen las enfermeras.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:36 (236:237)</p> <p>“... enfermería, que es una fuente de información importante...”</p>	<p>En la enseñanza, la relación entre pares, alumno-alumno suele ser uno de los facilitadores más potentes del aprendizaje, de ahí la importancia que como factor favorecedor tiene y por lo cual ha sido objeto de estudio.</p> <p>En el caso de Medicina, las relaciones de apoyo entre el alumnado revisten mayor relevancia si se considera que se trata de un colectivo con sólidos hábitos de estudio. Más aún cuando se conoce la opinión del profesorado sobre el efecto que el MIR ha tenido en la formación médica y, en particular, en las relaciones entre el alumnado, al elevar la competitividad interestudiantes.</p> <p>En el caso del grupo que nos ocupa, las relaciones entre ellos son referidas por el profesorado como de apoyo, compañerismo y, en menor medida, de competitividad.</p> <p>En cuanto a la relación que se da con los residentes de Clínica, esta suele facilitarse en razón de la edad de estos últimos, más cercana a la del alumnado. Se da una relación, pues, de mayor confianza y cercanía que puede derivar en amistad, ya que por lo general, son bien acogidos por los residentes quienes les apoyan en la integración a la planta o servicio y en resolver problemas de las prácticas.</p> <p>Con el personal sanitario que integra los equipos de trabajo en las plantas o servicios llegan a tener contactos, específicamente con el personal de enfermería quienes facilitan todo tipo de información relevante al alumnado y resolver dudas sobre algunas prácticas o técnicas concretas.</p>
--	----	--	--

Personas – Relaciones Profesor-estudiante		62	<p>P27: 000.txt - 27:25 (125:139)</p> <p>El tipo de relación depende mucho del profesor, del [trato] que les des tú. Hay profesores que mantienen más distancia por edad, con mas diferencia de edad y que ellos siempre ya noten una distancia y otros que no, que enseguida se hablan de tú y que es muy distinto. Yo diría que al principio siempre es lo mismo, al principio les ves un poco ligeramente cohibidos hasta que no ven un poco por dónde van las cosas, es lógico. Han de enfrentarse con algo nuevo, que no conocen y claro, ellos no saben si el profesor les va a decir... les va a pegar bronca el primer momento que no sepan algo, a la que ven un poco cómo va la cosa están más relajados. Y lógicamente en cuarto, que ya te conocen de tercero, al menos a mí, ya es otra cosa, ya se saben de qué va el tema.</p> <p>P24: 000.txt - 24:18 (116:118)</p> <p>La relación que se mantiene, yo creo que depende más de la actitud del profesor que de los alumnos, generalmente.</p> <p>P30: 000.txt - 30:11 (53:61)</p> <p>“...Pienso que eso varía según la manera de ser de cada persona. Al menos, yo intento que no haya demasiadas barreras. Lo que ocurre, es que fijate bien, las asignaturas se dan por trimestres o por semestres, lo que quiere decir que el contacto del médico que imparte las clases, o sea, del profesor con el alumno, no es muy prolongado, es por un espacio de tiempo corto, pues igual no tienes suficiente tiempo para establecer algún tipo de relación más estrecha con el estudiante...”</p> <p>P 7: 000.txt - 7:19 (93:96)</p> <p>“... cuando se marchan es cuando a lo mejor hay más <i>filin</i>, más buena relación con ellos. Pero es un periodo de tiempo corto, que no da para más.”</p> <p>P19: 000.txt - 19:15 (72:76)</p> <p>“... eso lo que hace es que conozcan más al profesor directamente, porque no es lo mismo que te vayan a dar una clase, que estar toda la mañana durante varias semanas con el profesor en la sala, o acompañándole a quirófano, o pasando visita.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:33 (165:172)</p> <p>“Hay una relación absoluta, siempre tienes que estar dándole una información continua y es una cosa que obliga a una disponibilidad al 100% de todos.”</p> <p>P11: 000.txt - 11:32 (313:318)</p> <p>Yo no veo a los alumnos. Veo a los alumnos de tercero y en cuarto doy algún par de clases de teoría... Yo he observado a los alumnos fundamentalmente de tercero y las dos clases que ya se han dado en cuarto pues lo encuentro igual que antes, no, no, no le veo diferencia.</p>	<p>En lo que respecta a las relaciones profesor-estudiante, el tema acaparó un alto porcentaje de las opiniones del profesorado.</p> <p>Las relaciones profesor-estudiante son una de las bases del proceso enseñanza-aprendizaje. En la medida en que la relación sea más estrecha y de confianza, esta favorecerá el desempeño académico de los alumnos.</p> <p>Las opiniones del profesorado versaron sobre la calidad, la duración, la temática, las diferencias entre preclínico y clínico, y experiencias diversas.</p> <p><u>Calidad</u>: Esta suele ser más estrecha y de confianza en función de: la actitud y edad del profesor, la maduración del alumno y el escenario de prácticas. Pueden no ser estrechas pero sí menos formales.</p> <p><u>Duración</u>: Suele ser más prolongada como resultado de la enseñanza práctica, que aunque dura menos, la relación es más próxima.</p> <p><u>Temática</u>: Generalmente, son temas relacionados con el contenido de aprendizaje y las dificultades del alumnado.</p> <p><u>Diferencias PC-CI</u>: En el periodo preclínico, la metodología docente no favorece la relación cercana con el estudiante. Algunos profesores afirman no tener mayor contacto con sus alumnos, excepto en la hora de clase. Por el contrario, en el periodo Clínico, la organización de la asignatura, el grupo reducido y la dinámica clínica, logran favorecer sustancialmente la cercanía y confianza en la relación.</p> <p><u>Experiencias</u>: En algunos servicios o plantas del hospital, el equipo médico y de apoyo mantienen relaciones personales adecuadas que transmiten al alumnado que, año con año, reciben y apoyan.</p>
---	--	----	--	--

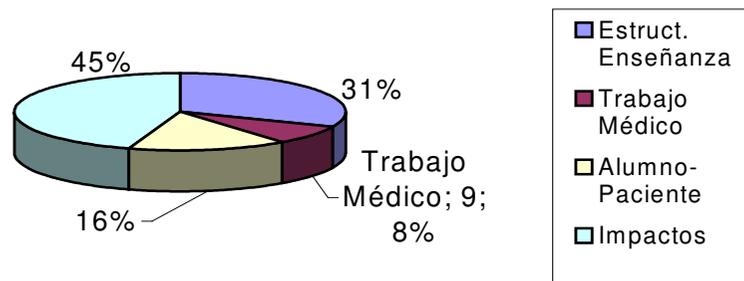
<p>Personas – Relaciones Profesor-estudiante</p>		<p>P14: 000.txt - 14:26 (277:288)</p> <p>“... en tercero tenemos ochenta personas, son ochenta alumnos, son personas más jóvenes, están iniciando la etapa clínica, es una etapa de paso, es un puente, la relación es una relación más de respeto podríamos decir, o de temor al profesor, todavía en cierta manera. Aunque la relación es cordial.”</p> <p>P12: 000.txt - 12:15 (100:112)</p> <p>“... pero en la enseñanza clínica claro, al haber sobretodo en el plan de estudios nuevo, mucho hincapié en la formación práctica y la evidencia clínica, la proximidad entre el medico-profesor y el estudiante de medicina es mucho más próxima y supongo que el estudiante tiende a estar mucho más receptivo y mucho más pendiente. Además como normalmente la relación en la práctica alumno profesor es uno a uno o dos a uno se puede hacer una relación muy estrecha. Y además están un tiempo que yo creo que es suficientemente largo. En nuestra asignatura, por ejemplo, están cuatro semanas, en cuatro semanas tienen ocasión de vivir muchas horas con su tutor-docente, con su profesor.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:48 (461:476)</p> <p>“...la enseñanza práctica creo que posibilita mucho más el contacto directo con el alumno. Cuando yo le mando al alumno coger a un paciente y explorarle los reflejos pues estoy viviendo con él directamente, le conozco, sé como se llama, que es el número 38 de la clase, etc., yo creo que ayuda más a la compenetración. El paso por las unidades de clínica también ayuda más a la diferenciación, a conocerlos mejor, a darles un trato más personalizado y también tienes más datos sobre ellos, sobre cómo son realmente, sobre el interés que tienen, sobre si estudian mucho o estudian poco, sobre si estudian cada día o estudian al final, si tienen otros trabajos que les dificultan el estudio, sabes muchas más cosas de ellos a través de la clínica, porque la clase teórica es mucho más distante, aunque hables, aunque preguntes, aunque hagas cosas...”</p> <p>P31: 000.txt - 31:27 (137:146)</p> <p>“... Pero te diría, supongo que depende de las universidades y de las unidades docentes. Yo tengo la idea de que en las unidades docentes hay un trato bastante familiar, porque tal vez es más pequeña la unidad docente. Hay más proximidad entre alumnos y profesores.”</p>	
--	--	---	--

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Personas y Elementos de apoyo		12	<p>P31: 000.txt - 31:21 (104:110)</p> <p>“... una actuación importante porque los alumnos los utilizan un poco como maestros, como guías, como modelos de actuación y, como todos tenemos nuestras cosas mejores y peores, vicios, o, hábitos adquiridos, tienen que ir cogiendo de cada uno lo que, y hay gente que destaca mejor de una manera que de otra.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:57 (449:456)</p> <p>“... hay profesores en nuestra asignatura de mucha calidad personal, [como] el Dr. xxx, por ejemplo, que con mucha frecuencia sale elegido padrino de la promoción, o como el Dr. xxx, (esos son hijos), o sea, que aquí tenemos profesores carismáticos que supongo que les van dando a los estudiantes un poco de... les tienen gran respeto.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:33 (237:238)</p> <p>“... si una persona tiene una actitud afectiva con el paciente, generalmente ellos también lo hacen.”</p> <p>P30: 000.txt - 30:35 (204:215)</p> <p>“... Porque la familia igual... creo que es un ejemplo... Aunque no sean médicos, sí que es un apoyo. Porque si tú has visto que tu padre estudia, que tu padre..., ya tienes un referente y, y aunque no sea desde el punto de vista de una asignatura en concreto porque igual tu padre no es médico, pero sí que hay el sentido común y la manera de comportarse delante de las cosas, que igual no importa la especialidad que hagas o la carrera que tengas, pero que es una manera de encarar las cosas en general...”</p> <p>P22: 000.txt - 22:34 (235:241)</p> <p>“Este año hemos conseguido de xxx un nuevo manual que ha hecho la Ciudad Sanitaria, lo vamos a colgar de la web de la facultad para lo puedan copiar o lo puedan leer y que con esto tengan los conocimientos suficientes y puedan gastar su tiempo en aprender otras partes de la medicina que van a necesitar más que esta.”</p> <p>P28: 000.txt - 28:43 (396:399)</p> <p>“... pero cuando se ponen realmente la bata y cuando se ponen realmente el fonendo, que les hace mucha ilusión además, es en cuarto.”</p>	<p>En Medicina como en cualquier otra enseñanza, existe un entramado social compuesto por otros personajes aparte del estudiante y el profesor. En este caso, está el otro personal sanitario que incluye a médicos no profesores, residentes, personal de enfermería y administración.</p> <p>A lo largo de su formación universitaria, el alumnado establece relaciones con estas personas; generalmente, son relaciones de apoyo: médicos que le acogen e instruyen, residentes que le apoyan y enseñan; enfermera(o)s a quienes observa y de quienes aprende diversas técnicas; administrativos que le facilitan información; bioquímicos que le ayudan a interpretar analíticas. Sector aparte lo conforman los profesores, aquellos que impactan la formación de manera significativa.</p> <p>No obstante, el profesorado entrevistado aludió prácticamente poco al tema. Con respecto al tema de las personas relevantes, mencionó la importancia que el modelaje del profesorado obra en la formación y –agregaría– en la construcción de la identidad profesional, al servir como guía y ejemplo para el alumnado, transmitiendo virtudes y defectos.</p> <p>El ser profesor implica tradicionalmente, una posición de preeminencia sobre el alumnado y, cuando el primero presenta características o atributos de actuación ética, jovialidad y congruencia, impacta positivamente al alumnado.</p> <p>En la etapa formativa universitaria otro factor de apoyo sustancial es el entorno familiar, particularmente en acciones de aliento y facilitadoras del estudio en casa.</p> <p>Y, por supuesto, están elementos adicionales concretos como material didáctico específico o, más simbólicos, como la bata blanca, cuya contribución también es importante.</p>

SUCESOS



Sucesos que impactan la formación



Gráfica

Gráfica

Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (7) que se aludió a la temática correspondió a un profesor, mientras que siete de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 89 las referencias de los 29 profesores. Dos profesores no opinaron al respecto.

Por la relevancia de la categoría *Sucesos*, se ha considerado pertinente desglosar la adscripción del profesorado en la Gráfica : el 58% (17) corresponde a profesores del ciclo Clínico, que puede sumarse al 7% (2) de profesores de Clínico que imparten clases también en el ciclo PreClínico. Luego, 14% (4) de profesores se adscriben al ciclo PreClínico y estos pueden sumarse al 21% (6) de profesorado que, siendo de PreClínico, también imparten seminarios en asignaturas del Clínico.

Por su parte, la Gráfica muestra que el 45% (40) de las 89 alusiones correspondió a la subcategoría de “Impactos”, mientras que la de “Trabajo del médico” fue menos mencionada, representando el 8%, (7 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Estructura de la enseñanza	17	28	<p>P 3: 000.txt - 3:43 (348:359)</p> <p>Nosotros, quizás no tenemos tiempo de percibir esto porque el periodo es corto, es novedad y tampoco se les exige que tengan que sufrir las inclemencias de tratar según qué problema... Claro, empiezas a conocer la muerte, la tragedia. Pero yo creo que todavía en esta asignatura la viven como un poco a distancia, no son los responsables directos y no sé, no creo que tenga una gran repercusión.</p> <p>P16: 000.txt - 16:20 (218:235)</p> <p>“... los estudiantes, precisamente a estos niveles de clase, todavía tienen muy poco contacto con la clínica y se comportan más como personas normales... [Reacciones] No de temor, pero cuando se ve un individuo con una parálisis severa o cuando se ve un doble amputado, por ejemplo, que es una cosa muy lamentable, o cuando se ven individuos que no son capaces ni de moverse ni de hablar, son situaciones que impactan a todo el mundo y los estudiantes no dejan de ser unos críos jóvenes que no han tenido demasiada ocasión en su vida de entrar en contacto con estos pacientes.”</p> <p>P26: 000.txt - 26:15 (81:86)</p> <p>“No, si presentásemos un video o cosas de operaciones, o de grandes quemados, sí, pero ver la mamografía no emociona a nadie. No. Normalmente una radiografía tampoco suele impactar demasiado, a no ser una fractura ósea muy espectacular pero lo demás, a la gente la deja bastante igual.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:43 (245:250)</p> <p>“... el cuarto curso es un cambio radical para el estudiante de Medicina, porque es la primera vez que ve a un enfermo. En tercero empieza pero en cuarto es donde está muchas horas al lado de la cama del paciente, ven sufrir al paciente, entonces es su primera sacudida...”</p> <p>P29: 000.txt - 29:20 (114:122)</p> <p>“...el impacto mayor que tienen es que estos chicos en este curso, o quizá un poco en el anterior, entran en contacto con el hospital y con los enfermos... con la enfermedad, con la vejez, con las enfermedades que deforman el cuerpo, con las enfermedades que...”</p> <p>P13: 000.txt - 13:24 (138:140)</p> <p>“No, no hay [reacciones afectivas]. Ellos lo toman como una práctica que tienen que hacer, donde hay unos que lo viven más y hay otros que pasan más superficialmente sobre este tema.”</p>	<p>En el periodo preclínico casi no hay ocasiones para que suceda con impacto, salvo una radiografía de fractura aparatosa, o el ver pacientes amputados o paralíticos. Las imágenes son frías y los informes gráficos también.</p> <p>Incluso en las asignaturas ‘puente’ se dice que no hay demasiado impacto por el escaso contacto del alumno con pacientes, además de que siempre va acompañado del médico a cargo o el residente.</p> <p>En el periodo Clínico que inicia en cuarto curso, afrontan por primera vez varios sucesos y situaciones: un paciente grave, un deceso, el dolor físico o emocional, o una intervención quirúrgica, pero se afirma que esto no tiene por qué ser motivo de trauma o problema.</p> <p>Un sector del profesorado de clínica ‘prepara’ los casos que verán sus alumnos para evitar situaciones de impacto que no puedan manejar, suelen presentar casos sencillos; otro sector considera más conveniente para la formación, el afrontar los casos que en ese momento tenga a su cargo el profesor-médico, sea cual fuere su condición.</p> <p>Quizá en clínica haya un poco más de carga académica que puede agobiar al estudiante. También se afirma que todos lo superan porque lo toman como una práctica más, aunque se reconoce que puede afectar a unos más que a otros.</p>

<p>Estructura de la enseñanza</p>		<p>P20: 000.txt - 20:49 (272:274)</p> <p>“... hay gente que se agobia, porque en un mes hay que hacer muchas cosas, en nuestra especialidad...”</p> <p>P24: 000.txt - 24:28 (218:219)</p> <p>“Normalmente, en la rotación normal no se presentan estos casos.”</p> <p>P18: 000.txt - 18:37 (251:255)</p> <p>“... el estudiante en su vivencia clínica tiene que ver los pacientes que está llevando su tutor. Sí, sea cual fuere las características que tengan y así se hacen la idea de cuál es el problema. Yo tengo esta política.”</p> <p>P28: 000.txt - 28:27 (200:208)</p> <p>“... evidentemente, la primera vez que ve morir a alguien, la primera vez que ven a un enfermo grave, la primera vez que ven un quirófano, la primera vez que ven una..., se impresiona “¡Ostras! Esto no lo había visto nunca”... yo creo que todos lo superan perfectamente bien. No creo que haya problemas ni traumas en esto.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:39 (237:277)</p> <p>“Las que he observado, que siempre me han impresionado mucho, son las de afectación y tristeza con los casos malos, porque en el hospital siempre pasas visitas y les enseñas los pacientes y tal, y en un momento u otro se encuentran con un caso grave que les impacta y salen impresionados. Por gravedad, por juventud, por mal pronóstico, que a veces cuando les explicas que una persona de 20 años se puede morir de cáncer, tal y cual y no les impacta pero en la sala, ven al enfermo en la cama, afectado y ven que es de su edad o parecido, o que es como su hermano, o incluso como su padre, porque son jóvenes y les impresiona la enfermedad y les afecta con la tristeza que te da el sufrimiento ajeno. “</p>	
-----------------------------------	--	--	--

Trabajo de Médico	4	7	<p>P10: 000.txt - 10:20 (224:228)</p> <p>“Yo diría que básicamente, entrar en contacto con personas que tienen algún problema y que están esperando pues que tú, médico, estudiante o quien sea, que el médico o el que hace de médico, el que aprende a hacer de médico, pues se los resuelva. Por decirlo así.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:33 (198:209)</p> <p>“Creo que el principal impacto, como también lo fue para mí, es el acabar de aceptar y disfrutar la lección de medicina, porque es cuando realmente ellos pueden entender más lo que son los estudios o la carrera de médico. Cuando están en contacto con el enfermo, con un hospital, la práctica clínica se hace en un hospital, o que sea en un ambulatorio, que están en una consulta o entran en una habitación y ven un enfermo... y ellos llevan una bata... les decimos 'explora, cúrale, dale un punto', en Cirugía, esto es Medicina. A lo mejor, estudiando Farmacología, que es Preclínica, o Anatomía, lo ven más distante.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:39 (237:277)</p> <p>“... Y luego, el aspecto positivo del hospital, pero que ellos lo viven menos, porque el aspecto positivo del hospital es el resultado final. O sea, tú ves el enfermo que entra muy mal, con problemas, más o menos graves y que al cabo de cinco días, siete días, veinte días sale muy bien. Esto es lo positivo que tiene nuestro trabajo y que ellos, esto a veces, si no es una práctica larga no lo pueden ver. Yo tengo prácticas cortas y ellos solo ven el problema y si ven la salida, como no han visto el inicio no lo valoran...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:36 (241:245)</p> <p>“Yo pienso que el estudiante se da cuenta que tiene una gran responsabilidad, que existe una responsabilidad en cuanto se toma una decisión de unas características determinadas que pone en riesgo la vida del paciente.”</p> <p>P 1.:txt - 1:58 (593:599)</p> <p>“Por eso muchas veces cuando enseñé un primer enfermo, procuro mostrar enfermos con la parte positiva. Sobretudo al principio. Es decir, esto es un hemipléjico, fíjense, vino, no podía hacer nada, estaba en la cama, no podía moverse y miren, han pasado ocho días, y ya es capaz de ponerse de pie, todavía no camina bien, pero ya el fisioterapeuta le está haciendo tal, etc. etc., para que vean que indudablemente hay un problema grave o físicamente muy importante pero que ese problema puede tender a la mejoría. para que vean que indudablemente hay un problema grave o físicamente muy importante pero que ese problema puede tender a la mejoría.”</p>	<p>El quehacer del médico se pone de relieve justo al iniciar el ciclo clínico. El alumnado no sólo porta una bata blanca, sino que ahora puede interrogar y tocar a esa persona, el paciente, que espera le ayude, le cure. Esto es medicina, a decir del profesorado entrevistado. Ante esto, el alumnado toma conciencia de la responsabilidad que comporta el tratar con un paciente e intervenir para lograr su bienestar.</p> <p>La medicina implica tratar a una persona enferma y hacer algo para que recupere la salud. Este proceso no siempre es posible que el alumnado lo presencie debido a la organización de la enseñanza clínica que destina horarios determinados a clases en aula y hospital.</p>
-------------------	---	---	---	--

<p>Alumnado ante paciente</p>	<p>10</p>	<p>14</p>	<p>P 2: 000.txt - 2:29 (164:170)</p> <p>“De distancia. En general, ellos adoptan con nuestros pacientes una actitud de distancia. Es un mundo difícil de abordar y entonces, por ejemplo, en el pase de visitas, si tienen que preguntar alguna cosa, si se les sugiere, ellos adoptan una postura un poco de distanciamiento respecto de algún problema. Como si aquel problema fuera absolutamente inabordable. Insisto, en xxx.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:19 (147:159)</p> <p>“Lo más común, lo más frecuente es que haya una reacción de timidez cuando se enfrentan con el paciente. Es lógico, no están acostumbrados a dominar la situación y también depende de qué paciente sea. Siempre procuramos enviarles o darles unos pacientes que sean relativamente sencillos desde el punto de vista psicológico y también desde el punto de vista clínico. Y que no les agobien demasiado. Entonces la reacción, habitualmente, es de una cierta retracción. Posiblemente con el transcurso de varias entrevistas con varios enfermos las cosas se van normalizando. Hay que insistirles mucho, que ellos se tienen que presentar como tal al paciente, decir: ‘yo soy estudiante y vengo a hacerle a usted esto’.”</p> <p>P11: 000.txt - 11:2 (9:11)</p> <p>“Pero el contacto con el enfermo, del alumno, tampoco es excesivo, siempre está mediado por personas intermedias, por un tutor, etc.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:37 (221:232)</p> <p>“A mi me impactaron mis primeros enfermos, y creo que a ellos [también]. Cuando entran en la habitación y les decimos, ‘te quedas solo, hazle la historia a un señor de 70 años’, o a una señora, o a una muchacha joven, a lo mejor es un chico, esto les impacta bajo el punto de vista humano, y bajo el punto de vista de la formación.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:7 (39:41)</p> <p>“Desde el punto de vista del estudiante, lo primero es el choque de no leer la cosa en un libro, sino tener un señor delante y preguntarle cosas y saber hacerle hablar, vaya.”</p>	<p>El encuentro personal con el primer paciente marca un hito en la formación del alumnado.</p> <p>No es más una enfermedad, sino una persona que sufre y demanda su ayuda, con la cual puede identificarse o relacionar con alguien cercano.</p> <p>Puede reaccionar con retraimiento y distancia por inseguridad o temor.</p> <p>Este encuentro casi siempre es acompañado</p> <p>Se presentará e iniciará el interrogatorio, debiendo obtener información relevante para un posible diagnóstico.</p> <p>Conforme se realizan entrevistas e historias clínicas, se va ganando confianza y habilidad.</p> <p>El resultado de este afrontamiento casi siempre es de incremento en la motivación y en el compromiso con la carrera, además de reafirmar la vocación.</p> <p>P 5: 000.txt - 5:28 (203:215)</p> <p>“... En situaciones en que el paciente está presente creo que les impacta más, porque ven al paciente y correlacionan problema y paciente. El problema no es un problema médico sino que es un problema que está en Fulanita de tal, tiene nombre y apellidos, es diferente.”</p>
-------------------------------	-----------	-----------	---	---

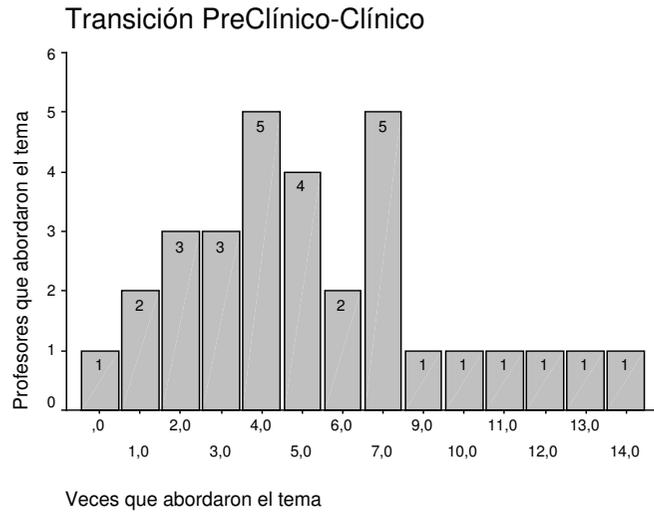
Impactos emocionales	14	25	<p>P12: 00.txt - 12:9 (41:62)</p> <p>“Es el primer año de vivencia clínica y al principio se enfrenta por primera vez con un enfermo de carne y hueso y tienen, supongo, sus problemas adaptativos desde el punto de vista personal y vivencial, pero desde el punto de vista de la enseñanza de la asignatura, ellos enseguida se agarran a los aspectos teóricos y a los seminarios prácticos para desarrollar sus conocimientos. En cuanto a la adaptación psicológica de ellos, si me pregunta por eso no lo puedo contestar. Yo supongo... esto es un tema que se evalúa mal en la licenciatura de medicina. Probablemente, tendríamos que requerir un cierto tiempo, dedicar un poco de atención a esta adaptación. Es decir, yo creo que no se hace a los estudiantes, van con sus médicos adjuntos, pasan visita, claro, tendrán sus vivencias, sus sentimientos. Los estudiantes van con los médicos, ven a los enfermos y supongo que los enfermos les transmitirán sus angustias...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:33 (225:228)</p> <p>“Sí. A veces un estudiante, no es la norma, algún estudiante, por razones... las que sean, siente apego por un paciente determinado y después necesita apoyo psicológico para superar la muerte de ese paciente.”</p> <p>P18: 000.txt - 18:38 (260:274)</p> <p>“Posiblemente, las crisis nerviosas más acusadas, quizás pertenecen al género femenino; sí que puede haber una crisis al ver un hombre joven, o un paciente joven, o un muchacho, que tienen xxx y va mal y mal, puede desencadenarle una crisis nerviosa, a la estudiante. De llanto o lo que sea. Mientras que en el varón, en general, se dan más los cuadros depresivos. No tanto de ansiedad sino más de depresión. [Ante la identificación, digamos, la cercanía de una persona muy joven igual que él] Pero, todo el mundo se defiende como puede de esto. Forma parte como decíamos antes, del aprendizaje. No les enseñan eso tampoco. “</p> <p>P21: 000.txt - 21:29 (174:178)</p> <p>“Puede existir, pero no lo manifiestan mucho. Y después lo que les atormenta es que se creen enfermos ellos, muchas veces. Son un poco hipocondríacos. Lo he observado durante toda la vida. Esto de hipocondríacos es real y pasa...”</p> <p>P29: 000.txt - 29:29 (164:169)</p> <p>“En estos pasan dos cosas. Que muchas veces piensan en la posibilidad de tener aquella enfermedad, que esta ahí. O cuando yo les hago, por ejemplo, una práctica de enseñarles a palpar el xxx, pues piensan si tienen xxx. Y, a veces, te explican que un familiar suyo tiene una dolencia de esta.”</p>	<p>La enfermedad o el dolor físico o emocional están asociados al sufrimiento humano y al ser estos la materia de trabajo del médico, pudiera creerse que la formación les prepare para afrontarlo.</p> <p>No es el caso en estricto sentido. Al menos así lo considera un amplio sector del profesorado entrevistado. Aunque sostienen que con la práctica constante las dificultades para afrontar el dolor humano se logran superar, hasta que se asumen como intrínsecas al ejercicio profesional.</p> <p>El proceso de afrontarlo requiere un cierto tiempo de adaptación supervisado por el tutor. El alumnado ha de aprender a manejar sus propios sentimientos y a tomar la distancia necesaria para analizar la situación del paciente y tratarle en consecuencia.</p> <p>Nuevamente, los procesos de identificación consigo mismo o con un familiar cercano favorecen emociones negativas en el alumnado como tristeza o depresión. Toman contacto por vez primera con la inminencia de la muerte en algunos casos. Cabe preguntarse si está previsto esto en alguna parte del currículo.</p> <p>Antes, frecuentemente surge un proceso de identificación personal con la enfermedad; el alumno cree padecer la enfermedad que se está describiendo y genera un cierto nivel de ansiedad que le lleva a indagar y preguntar al profesor.</p> <p>Se señala como estrategia educativa en el manejo de estos impactos, la actuación del propio profesor-médico ante el paciente que, con frecuencia, está angustiado, y la preparación teórica del caso que ayude al alumno a comprender y asimilar la situación del paciente en cuestión.</p>
----------------------	----	----	--	---

Impactos emocionales		<p>P27: 000.txt - 27:29 (163:178)</p> <p>“... el primer impacto, pienso yo, es la relación con un enfermo. Es el primer impacto, no es lo mismo aprenderse que esta enfermedad tiene estos síntomas, que saber extraer de un enfermo esos síntomas. El primer impacto es la relación, tener un señor delante que, a lo mejor, se parece a tu padre y tener que interrogarle y preguntarle cosas, a veces, íntimas y luego tocarle, tocarle arriba y abajo. Es el primer impacto, saber perder ese miedo delante de un señor o una señora que tienen ahí delante. El segundo podría ser el impacto no ya con el enfermo sino con la enfermedad. Ver una persona, si no muriéndose, una persona muy enferma, verla sufrir y saber que se va a morir, que tiene un cáncer que no se va a curar. Eso supongo que al alumno también le debe producir un cierto shock.</p> <p>P24: 000.txt - 24:26 (203:215)</p> <p>“... la actitud, por ejemplo de pacientes que se tienen que hacer una biopsia de xxx porque tienen -y ellos lo saben-, una probabilidad alta de tener un carcinoma de xxx es muy variable. Si al paciente le quitas la angustia por la relación que tienes con él y no manifiestas angustia, obviamente, los alumnos no tienen ningún problema, no se les manifiesta ningún trasvase. Ya digo, esta situación se da porque el paciente está demasiado angustiado y deja salir su angustia, se le puede transmitir la angustia al alumno, pero si le explicas estas situaciones sobre lo que pasa después y lo que no pasa y tal, habitualmente lo integran bien.”</p>	
----------------------	--	---	--

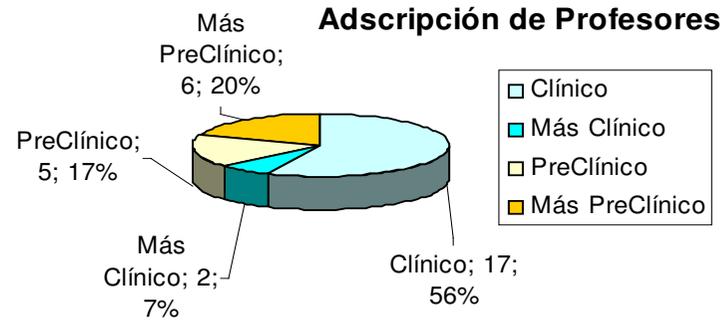
Impactos fisiológicos	10	15	<p>P 1: 000.txt - 1:56 (579:584)</p> <p>Hay gente que puede marearse cuando ve una punción xxx. Rápidamente tienen un desequilibrio en un momento dado. Hay personas que sí. Pero, después, no necesariamente son los que más se van a asustar ni después se irán, sino que pueden superar perfectamente los problemas iniciales.</p> <p>P12: 000.txt - 12:10 (65:73)</p> <p>“... Algún estudiante se mareo por ejemplo, cuando ve algún procedimiento tipo biopsia de la médula ósea, alguna punción xxx, es frecuente que, de los 40 que pasan cada cuatrimestre, uno o dos sufran episodios de lipotimia. Pero, actitudes de ansiedad, por ejemplo, yo no he percibido. No. Ni gente que tuviera un rechazo a... o una fobia a ver al enfermo o que tuviera problemas así. Al menos no, no lo he sabido percibir.”</p> <p>P13: 000.txt - 13:23 (128:135)</p> <p>No es infrecuente que en el primer contacto que tienen con un quirófano, se mareen algunos. Esto siempre pasa en todos los cursos, lo cual no está relacionado con una falta de interés por la cirugía, sino [que se debe] al impacto de ver el ambiente de quirófano, las incisiones, o los abordajes quirúrgicos, quizás a algunos les impacta un poco. Pero, a lo mejor estas personas lo superan y luego son cirujanos. Yo creo que esto es momentáneo.</p> <p>P14: 000.txt - 14:30 (341:360)</p> <p>“... quizá valga la pena el hecho de que vean cómo es una autopsia, que la autopsia es necesaria para determinadas cosas, de la misma manera que son importantes los cursos previos de anatomía, hacer disecciones sobre órganos, que también es una cosa un poco no agradable de hacer. En este sentido, sí nos hemos encontrado alguna vez con problemas de este cariz. Personas que se hayan mareado, personas que prefieran estar fuera. Ver una autopsia no es una cosa agradable ni mucho menos, ni por el escenario, ni por la práctica, ni por los olores que se desprenden, ni por nada. Quizás es una imagen muy brutal de lo que somos. En el momento en que se abre y que se ve lo que hay ahí dentro, el shock a veces es bastante importante de cara a los estudiantes y algunas personas se han desmayado, o algunas personas se han mareado o han salido, pero también entienden que es una cosa que se ha de ver, ellos han decidido hacer medicina...”</p> <p>P27: 000.txt - 27:34 (190:200)</p> <p>Mareos sí. Eso sí. Mareos al ver sangre sí, pero eso es casi es más fisiológico que psicológico, eso. Mareos sí que hay, al ver un pinchazo en la pleura, la aguja, todo esto sí. Pero depresiones no, pero es que tampoco les tengo tanto tiempo. Vienen a algún seminario, les enseño cómo se palpa un xxx, cómo se diagnostica y se van. Les voy conociendo si van viniendo, pero no les tengo conmigo tres meses cada día como para ver todo el proceso, si alguno se deprime. De todas maneras yo diría que decepciones no vemos, y gente que abandona la carrera por el shock este tampoco recuerdo ninguno.</p>	<p>Otra consecuencia de los impactos emocionales son las reacciones fisiológicas, como mareos, lipotimias, desmayos, palidez que llegan a presentar algunos alumnos al afrontar: disecciones, cirugías, punciones, decesos. No existe reporte alguno de que estas impresiones hayan sido comentadas por el alumnado afectado con los profesores.</p> <p>El alumno ha de ir entrenándose para controlar incluso estas reacciones fisiológicas sobre todo ante aquellos pacientes cuyas dolencias revisten olores o vistas desagradables.</p>
-----------------------	----	----	--	---

Impactos fisiológicos		<p>P 28: 000.txt - 28:23 (158:164)</p> <p>“... muchos de ellos es la primera vez que ven la muerte de cerca, y esto lo veo sobretodo aquí en la unidad, cuando están en xxx y hay un paro xxx... claro, se quedan pálidos, porque nunca han visto una cosa parecida y yo creo que les impacta. <u>¿Han hablado de eso con usted?</u> Re. No, nunca.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:19 (214:224)</p> <p>“si un paciente tiene un xxx te puedes encontrar que huele muy mal, esto es probable delante de determinadas complicaciones infecciosas, o determinadas manifestaciones de ciertas neoplasias puedes ver a una paciente que esté sufriendo, que lo esté pasando mal, que esté en situaciones relativamente desagradables o que tengas que ver algún tipo de manipulación del paciente, de colocación de tubos, de maniobras que puedan ser relativamente agresivas y que de entrada como primer contacto pues te puedan repeler un poquito.”</p>	
-----------------------	--	--	--

Transición PreClínico-Clínico

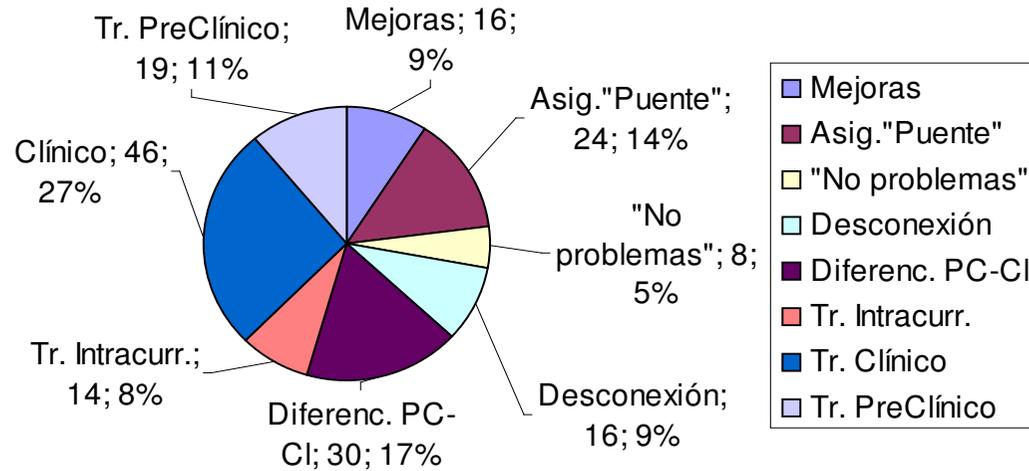


Gráfica



Gráfica

Transición PreClínico-Clínico



Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (14) que se aludió a la temática correspondió a un profesor, mientras que dos de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 173 las referencias de los 30 profesores. Un profesor no opinó al respecto.

Por la relevancia de la categoría *Transición PreClínico-Clínico*, se ha considerado pertinente desglosar la adscripción del profesorado en la Gráfica : el 58% (17) corresponde a profesores del ciclo Clínico, que puede sumarse al 7% (2) de profesores de Clínico que imparten clases también en el ciclo PreClínico. Luego, 17% (5) de profesores se adscriben al ciclo PreClínico y estos pueden sumarse al 20% (6) de profesorado que, siendo de PreClínico, también imparte seminarios en asignaturas del Clínico.

Por su parte, la Gráfica muestra que el 27% (46) de las 173 alusiones correspondió a la subcategoría de “Transición del Clínico”, mientras que la de “No problemas” fue menos mencionada, representando el 5%, (8 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Transición desde PreClínico	12	19	<p>P 2: 000.txt - 2:2 (9:12)</p> <p>“... La preclínica sería un inicio a los conocimientos teóricos y una forma de educar el pensamiento, la lógica del pensamiento, para luego poderlo aplicar a la práctica. Para mí, esto sería la diferencia entre la preclínica y la clínica.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:34 (173:175)</p> <p>“En la preclínica se está en el laboratorio una hora al día o dos horas al día y punto, aquí no, aquí desde las ocho y media hasta la una, cada día, de lunes a viernes.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:2 (26:30)</p> <p>“... a partir de tercer curso los alumnos empiezan a compenetrarse con los procedimientos de exploración y de valoración de síntomas y signos generales que presentan, o sea, los signos y síntomas de la enfermedad.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:1 (12:20)</p> <p>“El cambio quizás coincide con la edad de los estudiantes, porque yo tengo a los de tercero en xxx y los veo quizá más jóvenes, más inexpertos, más miedosos, respecto a la relación con los pacientes. En tercero, cuando los conocen, es el primer contacto que tienen con enfermos y están todavía con aquella sensación como si no les tocara, como que todavía tienen que estar sólo en los laboratorios y en las aulas, con cierto miedo al hospital.”</p> <p>P25: 000.txt - 25:5 (33:52)</p> <p>“En tercero, tanto en la parte de Semiología propedéutica, como en la parte de Cirugía, les ponemos en contacto con enfermos. Tercero se considera preclínico en el programa, y en la docencia, pero ya hay un componente de Clínica que es la Semiología. Los estudiantes trabajan con enfermos simulados, hacen historias clínicas, exploraciones a enfermos reales y nosotros les hacemos ver a enfermos y, a veces, bajar a quirófano. Tienen un contacto con el enfermo y al año siguiente, hacen un poco más de esto y la actitud es ya un poquitín de más madurez, de más responsabilidad, de menos miedo diría yo.... creo que es -lo resumiría un poco-, de cierto miedo en el Preclínico con la práctica del enfermo... Y coincide también con un año más, un poco más maduros, más expertos en los estudios de medicina, veo un cambio de actitud de más responsabilidad y de más interés también... esto es sutil, quizá, pero es esto.”</p>	<p>El enfoque aquí, a diferencia del análisis curricular, se ha puesto en el alumnado; desde el punto de vista del profesorado ¿qué le ocurre al alumno durante esta fase? Recordemos que el estudiante ha superado la transición bachillerato-universidad y se ha adaptado a la dificultad que comporta el paso por los dos primeros cursos de Medicina. Ahora le espera el cambio de escenario de aprendizaje: de aula y laboratorio, al de aula y sala de hospital o consulta externa, cambio que implica otros de mayor o menor envergadura a los que habrá que adaptarse.</p> <p>Durante los cursos del preclínico, el alumno ha debido ir desarrollando un pensamiento estructurado y lógico, es decir, un pensamiento proposicional que da lugar al razonamiento clínico. La edad del alumnado (19-21 años) contribuye a la consolidación del pensamiento formal.</p> <p>Es el tercer año un curso propedéutico, en el cual el estudiante comienza a conocer la patología, la cirugía, la exploración y valoración de síntomas y signos, para conformar los síndromes de las enfermedades. En las asignaturas de Semiología y Fundamentos de Cirugía, elaborará sus primeras historias clínicas y conocerá algunos pacientes.</p> <p>En estos primeros encuentros con pacientes, el alumnado puede parecer temeroso o distante, puesto que carece de la experiencia para establecer contacto con el enfermo. El temor se va superando en la medida en que los encuentros se repiten, conocen mejor el hospital y su interés se estimula, aunque siempre habrá quienes tengan mayores dificultades para establecer la relación de confianza necesaria con el paciente, “aprendan” técnicamente el proceso de anamnesis sin la suficiente habilidad social de la empatía.</p>

Transición desde PreClínico				<p>Resumiendo, desde el preclínico la transición del alumnado comporta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de habilidades del pensamiento• Adaptación a nuevo escenario de aprendizaje• Conocimiento de enfermos como medios de aprendizaje y como personas• Superación del temor a experiencias desconocidas• Práctica de habilidades empáticas.
-----------------------------	--	--	--	---

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Transición desde Clínico	22	46	<p>P28: 000.txt - 28:1 (7:9) Qué estudia</p> <p>“En principio la enseñanza clínica es mucho más directa, o sea, el estudiante ya estudia enfermedades, no estudia síndromes.”</p> <p>P 4: 000.txt - 4:1 (6:13) Objeto de estudio</p> <p>“La clínica, se caracteriza porque la persona ya sabe el objeto de su educación, ya conoce el perfil humano, ya sabe cuáles son las posibilidades. Y la clínica es esto. Yo creo que es la aplicación de la Medicina a una persona concreta, a una patología concreta. “</p> <p>P31: 000.txt - 31:1 (7:9) otra realidad</p> <p>“Lo que me parece fundamental es que empiezan a tomar contacto con una realidad distinta, con una realidad diferente.”</p> <p>P24: 000.txt - 24:2 (8:13) Valoran cambios</p> <p>“Empiezan a tener contacto con lo que la mayoría de los alumnos de forma ocasional quieren tener y es un cambio que valoran como importante en este sentido.”</p> <p>P20: 000.txt - 20:47 (258:269) Amplían visión</p> <p>“En cuarto curso, como está muchas horas, empieza a hacer de médico, es así un poco como va viendo el oficio de la carrera directamente y creo que esto es importante... amplían su visión y a partir de aquí toman una actitud mucho más práctica y con más interés. Quiero decir que en cuarto curso es donde los estudiantes hacen, aprenden a hacer de médicos. No lo que es la Medicina, sino aprenden a hacer de médicos porque saben auscultar, preguntar, esto es hacer de médico, aunque yo creo que en cuarto curso aún no está todo dicho, que falta más...”</p> <p>P19: 000.txt - 19:21 (104:107) Estudios más de médico</p> <p>“...ellos ven como si la carrera cambiara, fuera más de médico. Yo creo que esta es la valoración más positiva que ellos hacen de cuarto curso.”</p> <p>P13: 000.txt - 13:3 (20:25) Trayectoria más concreta</p> <p>“Ya empieza a ver aparato por aparato y a tener conocimientos por patologías, mucho más específicos...”</p>	<p>El cambio al periodo Clínico de la enseñanza en Medicina comporta un conjunto de ajustes necesarios tanto en el alumnado como en la forma en que los nuevos contenidos le serán impartidos. Una nueva realidad se abre ante sus ojos.</p> <p>Es en este ciclo cuando el alumno reconoce su objeto de estudio y formación, el enfermo y el hacer de médico. En la etapa anterior ha aprendido lo básico sobre el ser humano, tanto a nivel anatomofisiológico como psicológico en libros y otros recursos. Ahora se trata de conocer a una persona real que tiene una patología específica.</p> <p>Después de los “duros” primeros cursos, en el estudiante renace la motivación por la carrera, valora positivamente el cambio a la clínica, la práctica estimula su curiosidad, es “cómo si la carrera cambiara”, y la asume con mayor responsabilidad y renovado interés.</p> <p>La estructura del contenido por aparatos y sistemas, posibilita establecer una trayectoria pedagógica en el alumno. Antes ha aprendido la anatomía y fisiología de esos mismos aparatos, ha conocido los principales síndromes, ahora comienza a conocer las enfermedades específicas.</p> <p>En sentido estricto durante el primer año de clínica –cuarto curso- el alumnado estudia las enfermedades, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento. Rota por los diferentes servicios del hospital y puede optar por ir a consulta externa, donde ‘vistanán’ con el médico a cargo o bien, asistir a la unidad de hospitalización en donde observa y practica con profesores, médicos y residentes.</p>

Transición desde Clínico		<p>P28: 000.txt - 28:3 (11:19) Qué hace</p> <p>“...cuando se entra en la fase clínica, el estudiante lo que está haciendo es estudiar enfermedades, el diagnóstico, el pronóstico, y el tratamiento de cada una de ellas... los estudiantes hacen rotación por los servicios de medicina y de cirugía y hacen historias clínicas, exploración física, aprenden algunas habilidades, participan en sesiones clínicas, en seminarios, etc.”</p> <p>P29: 000.txt - 29:33 (187:192) Dónde lo hace</p> <p>“Para introducirse en este mundo, los alumnos tienen dos posibilidades, una es ir a las consultas externas donde pasan visita los facultativos de staff; están con ellos viendo cómo entran enfermos. Y la segunda opción es estar con los residentes en la planta, en la unidad de hospitalización.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:1 (9:39) Adaptación</p> <p>“La enseñanza clínica, a diferencia de los cursos predecesores, lo que pretende es que haya una integración del estudiante, dentro de los servicios clínicos, de las unidades clínicas que conforman un hospital universitario y, en ese sentido, el cambio sustancial que se produce es que el alumno deja de estar centrado en unos capítulos básicos donde el enfermo es todavía un ser un poco extraño, y pasa a tener los primeros contactos con el paciente, y estos contactos serán tanto más fructíferos cuanto mayor sea la capacidad de integración que tengan los diferentes departamentos, del alumno dentro de la actividad cotidiana de una unidad clínica. Yo creo que tiene que ser una de las grandes finalidades del cuerpo docente, a nivel clínico.”</p> <p>P 2: 000.txt - 2:15 (83:88) Adaptación</p> <p>“Probablemente, a medida que van avanzando los días, precisamente porque van conociendo mejor la rutina, lo que se le puede pedir a cada situación, es cuando se adaptan mejor. Yo creo que es un problema de tiempo, más que de dificultad en sí misma o de comprensión. Es esa la adaptación que yo decía.”</p> <p>P 2: 000.txt - 2:19 (103:106) Maduración</p> <p>“A mí me da la sensación de que vienen de tercero a cuarto, todavía... demasiado pegados al profesor.”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:45 (362:364) Maduración</p> <p>“...ellos se van implicando más en la medida en que van madurando y que van entrando en las materias.”</p>	<p>Sin embargo, como todo proceso de cambio requiere también adaptación personal e integración socioacadémica al nuevo escenario escolar. La importancia de la integración del alumnado en los servicios del hospital reside en que favorece su autoconfianza y seguridad para iniciar el contacto con los enfermos, lo familiariza con el entorno y el equipo médico, de tal forma que palia los efectos de la transición.</p> <p>No es sólo cuestión de tiempo. Se requiere una estrategia didáctica específica que les permita ganar confianza, autonomía del profesorado y residentes y, por ende, aprovechar al máximo la práctica clínica.</p> <p>El profesorado sostiene que esta integración socioacadémica es fundamental en el inicio del periodo clínico. Sobretudo, de cara a las nuevas exigencias pedagógicas que habrá de afrontar.</p>
--------------------------	--	---	--

Transición desde Clínico		<p>P27: 000.txt - 27:17 (75:81) Memoria</p> <p>“Los contenidos no son una dificultad. Cuando uno empieza medicina supongo que tiene que saber que tendrá que estudiar como loco, pero hay libros que contienen lo que hay que aprender, ocupan dos estanterías y eso hay que meterlo aquí, (señala su cabeza)... Es un proceso largo y difícil, en el que hay que poner empeño...”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:3 (31:46) Aprendizaje</p> <p>“...en cuarto curso se definen las enfermedades que hay. Los xxx aprenden poco a poco el funcionamiento normal y después a conocer las lesiones o los síntomas de las lesiones del sistema xxx. Primero a través de una valoración de la topografía de las lesiones y después tratando con los medios llegar a un diagnóstico etiológico y conocer las enfermedades... partir de cuarto curso, el alumno ya ha recibido todos los conocimientos que tiene [que aprender] sobre patología del sistema xxx.”</p> <p>P 9: 000.txt - 9:1 (9:39) Razonamiento</p> <p>“...la capacidad de enfocar los problemas por parte del alumno cambia radicalmente. ...en el nivel clínico, el alumno está posiblemente más capacitado para abordar un problema e intentar integrar todos aquellos conocimientos que tenía de las asignaturas preclínicas dentro de ese problema. Al revés es muy difícil. Puede entender un problema anatómico, puede entender un problema de fisiología, algo de genética, pero de ahí a ver la realidad del enfermo es muy difícil que llegue a esto.”</p> <p>P21: 000.txt - 21:16 (94:112) Razonamiento</p> <p>“... cada paciente es un mundo y una misma enfermedad en un paciente o en otro, puede presentar matices totalmente distintos, es decir, el estudiante ha de hacer un esfuerzo más importante, no sólo memorístico sino imaginativo, de búsqueda... de contestaciones coherentes, razonadas.”</p> <p>P27: Roca.txt - 27:5 (26:35) Habilidades clínicas y razonamiento</p> <p>“... ahí interviene la interrelación con un enfermo, con un señor. Saber sacarle la información a un enfermo, saber comportarse delante de él y saber cortarlo cuando se enrolla, saber sacarle la verdad, saber cuándo te miente y saber explorar y tocarlo y todos los aspectos que hay de interrelación con un enfermo. Eso sería lo primero, lo gordo, que se encuentran...”</p> <p>P12: 000.txt - 12:8 (39:41) Procedimientos</p> <p>“Ellos... hacen una serie de procedimientos.”</p> <p>P30: 000.txt - 30:4 (11:13) Aplicación conocimientos</p> <p>“... el estudiante tiene que aplicar los conocimientos generales a una enfermedad en concreto.”</p>	<p>La primera de ellas, no es ajena al periodo anterior, es decir, el contenido es muy extenso, por lo que en mucho se requiere nuevamente procesos de análisis y síntesis, aparte de la memoria.</p> <p>El alumnado ha de aprender casi la totalidad de las enfermedades –las más relevantes- que afectan los sistemas y aparatos de cada asignatura. Generalmente, no volverá a revisar estos contenidos en los cursos subsiguientes, sino hasta la especialidad en su caso.</p> <p>Todos los estudiantes conocerán la fisiopatología, la anatomía patológica, la clínica, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de las enfermedades. Deben, entonces, desarrollar su razonamiento clínico, es decir, aprender a pensar articulando conocimientos, información del paciente, de pruebas complementarias, establecer un diagnóstico y orientar su terapéutica; asimismo, debe aprender a establecer diagnósticos y terapéuticas de acuerdo con las características individuales de cada enfermo, lo que supone, nuevamente, operaciones mentales superiores: análisis y síntesis.</p> <p>Pero obtener esta información, implica también el desarrollo de las habilidades clínicas propiamente dichas, como la anamnesis y la exploración física. El alumnado ha de iniciarse en el aprendizaje de la entrevista clínica, obtener información relevante para el diagnóstico y terapéutica, sin obviar información indirecta que el enfermo vierte, como actitudes, estados de ánimo y otras de contexto social. El estudiante puede poseer un escaso desarrollo de habilidades sociales y habrá de desarrollarlas, particularmente la empatía y el contacto social.</p> <p>Asimismo, la práctica clínica exige el aprendizaje de una serie de procedimientos clínicos y administrativos que, al principio, suelen ser ajenos al alumnado, por ejemplo, el protocolo del quirófano o de la visita diaria, o de la consulta externa.</p> <p>En síntesis, intenta aplicar conocimientos básicos obtenidos en el periodo preclínico a una enfermedad específica.</p>
--------------------------	--	---	---

Transición desde Clínico		<p>P12: 000.txt - 12:15 (100:112) Relaciones</p> <p>“... en la enseñanza clínica... la proximidad entre el médico-profesor y el estudiante de medicina es mucho más cercana y supongo que el estudiante tiende a estar mucho más receptivo y mucho más pendiente... normalmente la relación en la práctica alumno-profesor es uno a uno o dos a uno se puede hacer una relación muy estrecha... en cuatro semanas tienen ocasión de vivir muchas horas con su tutor-docente, con su profesor.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:18 (103:108) Relaciones</p> <p>“... como hay un soporte con conocimiento práctico, probablemente la relación que tienes con el alumno es mucho más de tú a tú, mucho más personalizada, y esto hace que, a veces, el tipo de relación que estableces con el alumno sea mucho más dinámica, mucho más fácil, mucho más ágil. ”</p>	<p>La organización de la práctica clínica brinda al estudiante –y al profesor- la posibilidad de estrechar sus relaciones con lo que la enseñanza se hace mucho más personalizada, a favor del aprendizaje y la formación médica del alumnado.</p>
--------------------------	--	---	--

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Transición intracurricular	8	14	<p>P 5: 000.txt - 5:2 (11:16) Maduración</p> <p>“La maduración del alumno en un año es bastante, se nota bastante y el interés por la clínica también. Claro, en tercero, al hacer el segundo cuatrimestre, ahí ya saben algo de Semiología, ya los ves más interesados. Si no, estarían muy perdidos, o sea, realmente creo que cuanto más cercana esté a la patología, es mucho más útil para ellos...”</p> <p>P25: 000.txt - 25:48 (347:350) Despiste</p> <p>“... También en la fase esta preclínico-clínico que a veces están un poquitín despistados y tal...”</p> <p>P 3: 000.txt - 3:22 (189:193) Maduración</p> <p>“Y creo que es porque realmente les falta mucho por madurar cuando vienen a tercero y es aún más manifiesta la progresión que pueden hacer de tercero a sexto, hasta que acaban la carrera. Se les nota una madurez enorme en sexto respecto a la que tenían en tercero.”</p> <p>P15: 000.txt - 15:28 (204:211) Mucha Exigencia</p> <p>“... quizás les exigimos demasiado a chavales que deben tener 18, 19 años. Es mucho. Se tendría que repartir en una parte básica en tercero con todas las aplicaciones que se quiera, para que puedan luego entender la clínica y, luego, una parte de xxx médica, con toda la metodología de aplicación y poder aprender de la experiencia, el uso diario del xxx...”</p> <p>P28: 000.txt - 28:9 (57:63) Despabilarse</p> <p>“En tercero ya se les hace hacer alguna historia clínica pero se les hace hacer quizás un par de historias clínicas en todo tercero de medicina, pero cuando hacen cuarto ya prácticamente en cada rotación tienen que hacer pues un par o tres o cuatro historias clínicas y ya empiezan un poquito a quitarse un poquito los miedos y a despabilar un poquito.”</p> <p>P26: 000.txt - 26:1 (7:13) Más interés</p> <p>“Conforme pasan los años hay quizás un mayor interés por parte del alumno, ya tiene más conocimientos de lo que se le va a explicar, con lo cual siempre aprovecha más, hace preguntas más interesantes, dijéramos, y dirigidas porque ya es un alumno que tiene una experiencia y unos conocimientos que no tiene el de la básica.”</p>	<p>La transición intracurricular implica, de acuerdo con el profesorado entrevistado-, procesos de adaptación social y académica, aunados a una actitud preactiva en el alumnado, respecto de su aprendizaje.</p> <p>El interés y la motivación se incrementan al pasar de tercero a cuarto cursos.</p> <p>La aplicación de los conocimientos básicos a la patología ayuda a la motivación y al ajuste del alumnado a la enseñanza clínica.</p> <p>Cada curso la madurez como médico se incrementa.</p> <p>A medida que se ajusta y supera la transición, la inseguridad y el temor iniciales en el alumnado, tienden a desaparecer con la práctica continua y le insta a tomar parte activa de su aprendizaje, participando, preguntando.</p> <p>La amplitud de los contenidos del periodo preclínico y clínico se aprecia como excesiva, por lo que demanda en el estudiante mayor implicación en cuanto a dedicación mental y de tiempo, al estudio, por lo que sus actividades de ocio y esparcimiento tenderán a disminuir, con lo cual el contexto social del alumno se reajusta.</p> <p>El alumnado se ve obligado a desarrollar mayores habilidades de concentración y asimilación de contenidos, así como a ser más eficaces en las prácticas y en la superación de cargas académicas.</p>

Transición intracurricular		<p>P10: 000.txt - 10:50 (478:489) Muchos conocimientos</p> <p>“Es una época en que hay que concentrar una adquisición de muchos conocimientos en un periodo de tiempo relativamente corto, donde uno tiene que hacer gala de que ha aprendido a sacarse el trabajo de encima y de que tiene una buena capacidad de trabajo. Yo no sé si hay alguna otra manera mejor de hacer que la gente salga de la carrera con un bagaje digamos teórico y práctico mínimamente suficiente, yo me temo que en el caso concreto de Medicina, es difícil, porque los conocimientos son amplísimos, cada vez son más amplios y, de alguna manera, hay que asumírselos. Lo que no se puede hacer es una carrera que dure diez años.”</p> <p><u>P28: 000.txt - 28:42 (374:403)</u></p> <p><u>creo que, repito, hasta tercero de medicina, creo que el estudiante tiene que dedicarse fundamentalmente a estudiar y, a partir de tercero, es cuando ya tiene que ir desarrollando, poco a poco, estas habilidades de dialogar con el paciente, de saber auscultar. No creo que sea importante, porque podemos pretender que en primero de medicina el estudiante ya empiece a tocar. Esto sería absurdo, para mi punto de vista sería absurdo. Yo creo que cada etapa tiene sus etapas, hasta tercero de medicina mucho teórico; cuarto, quinto y sexto, teoría acompañada con mucha práctica y acompañada con mucha y mejor experiencia en muchas cosas, en muchas habilidades y, a partir de sexto, entonces MIR y, después, ya la especialidad. Pero creo que cada cosa tiene que hacerse en su momento. No me preocupa excesivamente que los estudiantes de cuarto me lleguen sin haber tenido una experiencia clínica previa porque no la tienen porqué tener. Han hecho hasta ahora, han hecho preclínica. Creo que es importante que en cada etapa se cumpla el requisito. A mí no me preocupa que me lleguen aquí vírgenes. No creo que sea malo, creo que es bueno para ellos. Ya en tercero siempre han hecho alguna cosa y siempre ha habido [un acercamiento] y tal, pero cuando se ponen realmente la bata y cuando se ponen realmente el fonendo, que les hace mucha ilusión además, es en cuarto. Y cuando realmente forman parte de un equipo y ya pasan visita y ven y apuntan en la historia clínica y hacen esto, y el médico adjunto le dice “oye mira, vete a buscar no sé qué”, están contentísimos. Yo creo que en cada etapa tienen que desarrollar lo suyo.</u></p> <p><u>P 3: 000.txt - 3:59 (461:472)</u></p> <p><u>“... ellos se encuentran [con] que les viene un mundo muy nuevo, [en el que tienen que] dejar de ser saltadores de créditos (yo creo que utilizo esta descripción como caricatura porque creo que es muy positiva); tienen que hacer un salto de madurez. Y esto les descoloca un poco, les da inseguridad porque a ellos les gusta mucho más que les demos unos apuntes, que les digan las preguntas y que sepan las preguntas con tres o cuatro años de previsión y saber exactamente el día del examen, a qué hora será... Yo les digo: se ha acabado el colegio, esto no es un colegio, por lo tanto tienen que estudiar...”</u></p>	
----------------------------	--	---	--

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Diferencias entre PreClínico y Clínico	17	30	<p>P31: 000.txt - 31:2 (9:14)</p> <p>“Que en la básica es una realidad de estudiar la fisiología, la anatomía, la histología, otras disciplinas, pero no es un contacto tan directo con el paciente...”</p> <p>P28: 000.txt - 28:2 (9:10)</p> <p>“En la etapa preclínica se estudian fundamentalmente los grandes síndromes de la medicina.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:59 (334:337)</p> <p>“En tercero es saber sacar la información a un enfermo y para eso hay que saber establecer una relación que yo creo que es el impacto este.”</p> <p>P 5: 000.txt - 5:5 (26:32)</p> <p>“... ven la aplicación práctica, en tercero aún no la tienen, la intuyen pero no la tienen y en cuarto ya la tienen. Tienen este concepto de que lo que estudian lo van a usar. Y que va a ser muy útil porque ven que lo que tú les explicas son los problemas cotidianos y cómo tienen que enfocar a un paciente. Por eso son diferentes.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:14 (64:68)</p> <p>“... entran ya en contacto personal con un enfermo, que yo siempre digo el gran shock a la mitad de la carrera, pero eso no es una dificultad, es una fase distinta.”</p> <p>P 2: 000.txt - 2:1 (8:9)</p> <p>“Principalmente, la práctica, el manejo práctico de los casos clínicos.”</p> <p>P14: 000.txt - 14:2 (11:13)</p> <p>“... las ciencias clínicas, lo que tratan es de entender, explicar y poder diagnosticar y tratar los procesos patológicos...”</p> <p>P 7: 000.txt - 7:3 (10:11)</p> <p>“la enseñanza clínica requiere una formación al lado del paciente.”</p> <p>P12: 000.txt - 12:5 (30:31)</p> <p>“...la enseñanza práctica es mucho más participativa.”</p>	<p>Las principales diferencias entre los periodos preclínico y clínico para el alumnado residen en:</p> <p>PreClínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El estudiante estudia fisiología, anatomía, histología, entre otras ciencias básicas, pero no tiene contacto directo con el paciente. • Aprende a integrar los grandes síndromes de la enfermedad • Aprende el proceso de anamnesis • No aprecia la utilidad de estos conocimientos hasta que experimenta las asignaturas “puente” <p>Clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprende al lado de un paciente real • Comprende, explica, diagnostica y orienta la terapéutica de las enfermedades • Comienza a desarrollar su razonamiento clínico. • Aprende procedimientos clínicos • Participa más activamente de su aprendizaje <p>P29: 000.txt - 29:2 (14:16)</p> <p>Quizás esta sería la diferencia, enseñarles habilidades clínicas y razonamiento clínico.</p>

Diferencias entre PreClínico y Clínico		<p>P 3: 000.txt - 3:1 (10:20)</p> <p><u>“Pienso que es un cambio radical, porque hasta que el estudiante llega al periodo clínico se maneja con unos estudios básicos que pueden ser de materias de medicina o pueden ser de materias afines pero distintas conceptualmente o potencialmente para desarrollar actividades muy diferentes. El periodo clínico marca la diferencia porque es el primer contacto con los pacientes y yo creo que es cuando los estudiantes se dan cuenta propiamente de lo que teóricamente han escogido, le da un poco la concreción, la realización, supongo, de muchos de sus pensamientos...”</u></p>	
--	--	--	--

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Desconexión intracurricular	8	11	<p>P15: 000.txt - 15:5 (35:37)</p> <p>“Se dan fragmentos, se integra un poco en cuarto y en quinto, se integran un poquito sobre el papel más que sobre la realidad.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:18 (183:202)</p> <p>“... a pesar de que la asignatura está situada en cuarto curso, o sea, relativamente cerca de los periodos preclínicos no sabemos si la enseñanza se realiza de una forma debidamente programada y adecuada y con los adecuados fundamentos funcionales de lo que es el xxx, no sé, por ejemplo, si la anatomía es una anatomía muy funcional, si las enseñanzas de fisiología y demás están bien adaptadas a lo que después se van a encontrar en la clínica y a los conocimientos que necesitan en la clínica. En general notamos que los alumnos tienen algunas carencias en las bases generales, sobretodo en cuanto a lo que es estrictamente anatomía y fisiología del xxx. Quizás nos agradaría más que cuando empiezas a hablar de una estructura xxx, el alumno estuviera en ese momento más situado, sabiendo de qué tipo de estructura estamos hablando, qué funciones fundamentales se le atribuyen a esa estructura, donde está situada, etc. Y a veces tenemos dificultades.”</p> <p>P 7: 000.txt - 7:5 (20:24)</p> <p>“Uno de los problemas que hay es que durante la enseñanza práctica muchas veces, el estudiante o alumno rota antes de haber hecho la parte teórica o mientras está haciendo la parte teórica. Con lo cual, el nivel de conocimientos que tiene está poco formado.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:17 (91:97)</p> <p>“...Hay una barrera de comunicación entre los profesores de asignaturas básicas teóricas como puede ser bioquímica, genética o anatomía patológica, y los que tenemos un tipo de asignatura mucho más técnica.”</p> <p>P23: 000.txt - 23:35 (242:250)</p> <p>“...tener un diálogo fluido con profesores de asignaturas básicas, es realmente difícil, complicado... la gente [de clínica] se pone bastante más de acuerdo que no cuando se trata con la de preclínico... pienso que las formas de pensar son absolutamente dispares, distintas... están todavía con sus clases magistrales y es muy difícil poderlos cambiar.”</p>	<p>El nuevo plan de estudios ha cuidado que la mayoría de las asignaturas mantengan una secuencia basada en los niveles de complejidad de los contenidos. Esto ha sido un esfuerzo y logro considerables en cuanto a la integración de conocimientos en el periodo clínico.</p> <p>Sin embargo, en la práctica esto no se ha conseguido del todo, como lo afirma el profesorado de tercer y cuarto cursos.</p> <p>La integración se aprecia más lograda en algunas asignaturas y no en otras, a decir de su profesorado.</p> <p>La organización de las asignaturas también influye en la integración del conocimiento: la alternancia cuatrimestral entre teoría y práctica, deja insatisfecho al profesorado por el ajuste pedagógico que este colectivo y el alumnado, han de realizar para lograr los objetivos curriculares.</p> <p>Así como existen grandes diferencias entre los periodos preclínico y clínico, también se manifiestan divergencias y falta de comunicación entre el profesorado de ambos ciclos, situación que repercute seriamente no sólo en las relaciones entre colegas, sino en la calidad de la enseñanza, al desconocer ambas partes las metodologías docentes específicas de cada ciclo o asignatura, aun cuando estas se hallen relacionadas por abordar un mismo sistema o aparato.</p>

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
No Problemas	4	8	<p>P10: 000.txt - 10:3 (22:29)</p> <p>“Yo creo que no hacen una mala transición de una fase de conocimientos muy teóricos a una fase de contacto con la realidad de pacientes y enfermedades. Personalmente, creo que con el plan nuevo, esta fase de toma de contacto con lo que es propiamente la profesión, está bastante bien resuelta, otra cosa es que dispongamos del tiempo suficiente para que sea lo bastante profunda.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:17 (75:81)</p> <p>Es que los contenidos no son una dificultad. Cuando uno empieza medicina supongo que tiene que saber que tendrá que estudiar como un loco, pero sí que hay libros que contienen lo que hay que aprender, ocupan dos estanterías y eso hay que meterlo aquí, (señala su cabeza). Yo no hablaría de dificultad, es un proceso largo y difícil, que hay que poner empeño,</p> <p>P28: 000.txt - 28:38 (332:403)</p> <p>“Yo creo que llegar bien preparados tampoco se puede. Tienen que llegar a cuarto de medicina con una buena base sólida teórica de los grandes síndromes y yo creo que esto lo saben bien. Creo que el estudiante de tercero de medicina no tiene que saber todavía tocar una barriga bien tocada, o auscultar bien auscultado. Eso son cosas que se van adquiriendo en las etapas clínicas. Yo creo que es importante en cada etapa hacer lo que corresponde a cada etapa. Y la etapa preclínica es preclínica y por eso se llama preclínica, porque no hace falta que hagan clínica, tienen que estudiar y tienen que aprenderse bien de memoria algunas cosas y tienen que... ahora en la etapa clínica podrán ir aplicando todo esto. Yo no creo que sea muy importante que el estudiante no llegue virgen, a mí ya me gusta que llegue virgen al cuarto de medicina, porque tienen tres años de clínica y en tres años de clínica se puede aprender mucho... No creo que sea malo, creo que es bueno para ellos. No creo que sea importante, porque no podemos pretender que en primero de medicina el estudiante ya empiece a tocar. Esto sería absurdo, para mi punto de vista sería absurdo. Yo creo que cada etapa tiene sus etapas, hasta tercero de medicina mucho teórico; cuarto, quinto y sexto, teoría acompañada con mucha práctica y acompañada con mucha y mejor experiencia en muchas cosas, en muchas habilidades y, a partir de sexto, entonces MIR y, después, ya la especialidad. Pero creo que cada cosa tiene que hacerse en su momento. No me preocupa excesivamente que los estudiantes de cuarto me lleguen sin haber tenido una experiencia clínica previa porque no la tienen porqué tener.”</p> <p>P27: 000.txt - 27:50 (288:291)</p> <p>Este tránsito clínico de pasar de preclínica a ver enfermos yo pienso que lo tienen muy bien y muy fácil, yo pienso que es difícil de mejorar.</p>	<p>Para un reducido sector del profesorado las dificultades que entraña pasar del ciclo preclínico al clínico son fácilmente superables o no existen. En líneas generales consideran que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nuevo plan de estudios contempla y resuelve esta discontinuidad • La estructura del plan de estudios se integra por fases o etapas con sus objetivos propios, por lo que no es pertinente ni necesario pretender traslaparlas • El alumnado conoce de antemano la dificultad de la carrera • Solo requiere empeño por parte del alumnado • El tránsito es bastante sencillo • No es importante que el estudiante tenga experiencia clínica previa • Quizá se necesite más tiempo para atender adecuadamente la adaptación del alumnado.

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Asignaturas "Puente"	7	24	<p>P 3: 000.txt - 3:13 (97:103)</p> <p>"... lo que supone la transición... se inicia en tercero y sencillamente continúa en las patologías médicas en toda la enseñanza clínica posterior. Yo creo que ese tránsito hay que verlo al inicio de Semiología General."</p> <p>P 3: 000.txt - 3:9 (53:68)</p> <p>"Nuestro esfuerzo es intentar convencerles de que ha llegado el momento de la verdad, es decir, que aquello que están estudiando tiene un sentido, que es el sentido que ellos mismos han pensado en su momento cuando han iniciado esa carrera, que yo creo que casi se han olvidado con esta carrera automatizada de saltar créditos. Y, entonces, es necesario ya ese cambio mental para poder estudiar bien la asignatura, si no se produce este cambio mental yo les digo que vamos a tener un choque entre los docentes y ellos, porque esa asignatura no se puede estudiar si uno se le tiene planteada simplemente como saltarla en sus créditos. Por lo tanto, veo ahí una situación un punto de transición fundamental y que creo que se produce en Semiología General y no en cuarto, en patología médica. Y nosotros provocamos directamente, en nuestro proceso docente, ese choque. Es así."</p> <p>P19: 000.txt - 19:7 (48:52)</p> <p>"Los de cuarto ya han tenido su contacto el año anterior con la parte clínica cuando han hecho la propedéutica de los Fundamentos de Cirugía y en cuarto ya están más metidos en todo lo que es la enseñanza clínica..."</p> <p>P14: 000.txt - 14:11 (88:90)</p> <p>"La asignatura de tercero de Anatomía Patológica es, además, una asignatura puente entre básicas y clínicas, entonces es una asignatura clave... en tercero...en este periodo de cuatro meses sepan entender, por ejemplo, cuáles son los mecanismos que producen una neumonía, cuáles son las respuestas celulares y, al mismo tiempo, puedan ver en un pulmón, cuáles son las alteraciones características de una pulmonía, que mediante una historia clínica y unas imágenes, puedan diagnosticar de una manera bastante esquemática una enfermedad." [otra parte de su contenido] ha pasado a los cursos de cuarto y quinto en forma de asignatura relacionada con cada una de las especialidades, con nervioso, con patología renal, con patología respiratoria, cardiaca, etc."</p> <p>P15: 000.txt - 15:2 (65:67)</p> <p>"Yo creo que [Farmacología] sería una materia que podría ayudar mucho a esta transición entre la parte preclínica y la clínica."</p>	<p>Se ha denominado asignaturas "puente" a tres asignaturas cuyo contenido y estructura están más relacionadas con la parte clínica de la enseñanza médica. Estas son:</p> <p><i>Semiología general y propedéutica clínica</i></p> <p><i>Fundamentos de Cirugía</i> <i>Anatomía Patológica</i></p> <p>Además existen dos asignaturas más cuyo contenido es transversal al currículo, es decir, se reparte a lo largo de toda la formación, con una mayor carga básica en el ciclo PreClínico:</p> <p><i>Farmacología</i> <i>Radiología General y Medicina Física</i></p> <p>En ambos casos, son contenidos que habrán de apoyar el diagnóstico y la terapéutica de las enfermedades, a lo largo de la formación.</p> <p>En el caso de Semiología se trata de la asignatura con mayor número de créditos de toda la carrera; en ella el alumnado experimenta la iniciación en el quehacer médico, aprende a interrogar y a auscultar. Toma contacto con pacientes reales por vez primera.</p> <p>Por su parte, en Anatomía patológica, el alumnado puede aplicar sus conocimientos bioquímicos en la identificación de enfermedades, hecho que continuará realizando a lo largo de la formación, con asignaturas de cursos superiores.</p>

<p>Asignaturas "Puente"</p>		<p>P15: 000.txt - 15:21 (149:160)</p> <p>"...cuando se ven abocados a tener que recetar... es cuando vienen a pedir cursos, cursillos, recetas, manuales, chuletarios para llevar en el bolsillo, en fin, todos lo necesarios para poder salir, cuando de hecho lo que les falta son los conocimientos de base para estructurar sus propias ideas. Entonces, cogen recetas prefabricadas, más que pensar farmacológicamente y esto es un <i>handicap</i> importante."</p> <p>P24: 000.txt – 24:15 (92-97)</p> <p>"Radiología y Medicina Física reúne conocimientos de todo lo que utiliza, o sea, procedimientos físicos para tratar de hacer un diagnóstico o un tratamiento, entonces da cosas como son la radioterapia, la medicina nuclear, el radiodiagnóstico y la rehabilitación, que son materias bastante diferentes."</p> <p>P22: 000.txt - 22:1 (7:21)</p> <p>"...hay una parte preclínica en tercero y nuestra asignatura la tenemos repartida, que es radiología y medicina física, entre las dos partes. Tenemos unas clases en la parte preclínica, en las que yo concretamente explico las bases del tratamiento con radiaciones, la radiobiología, la radioprotección, cómo se hace la radioterapia. Y luego en la parte clínica explico de manera integrada, con unos compañeros de cirugía y de medicina, a la vez que ellos explican algún tumor, algún cáncer. Luego, el último día yo les explico cómo se hace la radioterapia de este tumor. Nosotros participamos en la parte preclínica dando la visión general de la asignatura y en la parte clínica cómo aplicamos la radioterapia en los diferentes cánceres."</p>	<p>Respecto de Farmacología es una las asignaturas fundamentales y base del quehacer médico, pues constituye el núcleo de la terapéutica, por lo mismo, se halla implicada en todas las enfermedades contenidas en asignaturas de casi toda la formación. De ahí su carácter transversal.</p> <p>En el caso específico de Radiología General y Medicina Física, los estudiantes habrán de utilizar el recurso imagenológico para establecer diagnósticos y avances terapéuticos en la mayoría de las enfermedades, por lo que su contenido está presente en todo el currículo utilizando la actual gama de tecnología aplicada. Por lo que atañe a Medicina Física, se trata de que el alumnado conozca y utilice todos los recursos actualmente disponibles para la rehabilitación de personas con secuelas de diferentes enfermedades, por lo que también se corresponde con contenidos de diversos cursos.</p>
-----------------------------	--	---	---

Subcategoría	Profesores #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Mejoras a la transición PC-CI	10	16	<p>P26: 000.txt - 26:28 (168:168) Cambiar plan de estudios</p> <p>Cambiar el plan de estudios.</p> <p>P 9: 000.txt - 9:42 (333:340) Redefinir objetivos</p> <p>“... en primer lugar, redefinir otra vez los objetivos de la rotación, redefinir cómo se va a evaluar todo eso. Esta redefinición comporta muchas cosas, posiblemente tener que ajustarse con el tiempo, integrarse en trabajos extras, potenciar algunas actitudes que sean muy personales de algún alumno, por ejemplo.”</p> <p>P17: 000.txt - 17:9 (51:54) Enfoque clínico</p> <p>“... plantearía en todos los cursos y en todas las asignaturas las bases clínicas como fundamento del desarrollo de la asignatura, el examen práctico y lo que fuera necesario...”</p> <p>P18: 000.txt - 18:1 (14:17) Enfoque por problemas</p> <p>“... intentaría hacer una enseñanza integral en el que anatomía, fisiología y patología se enseñaran juntas. En módulos de trabajo activo, por problemas.”</p> <p>P 1: 000.txt - 1:65 (695:701) Conexión profes-contenido</p> <p>“Primero lo que favorecería sería la interconexión entre los profesores de básicas y los profesores de clínicas, esto me parece fundamental; que los profesores de básicas sepan los requerimientos que tenemos los clínicos y que los clínicos sepamos un poco qué es lo que se está haciendo en este momento en las básicas.</p> <p>P 2: 000.txt - 2:45 (253-263)</p> <p>A mí me parece importantísimo que hagan muchísimas más prácticas en los cursos previos. Las básicas deberían estar llenas de alumnos, con los cuales se maneja la gran mayoría de las labores administrativas. Creo que es importante saber cómo funciona el hospital, y además, tiene un contacto con la experiencia básica del manejo de cómo funciona el hospital. Yo creo que esto se debería hacer en primero. ir ocupando diversos puestos en el hospital en los tres primeros años; [así], cuando llegasen a los años clínicos podrían entender mejor, sabiendo en qué consiste la estructura organizativa de un hospital, los departamentos que tiene, qué se solicita, en qué sitios, cómo se hace, y poder aprovechar muchísimo mejor la experiencia que luego van a vivir en un tiempo muchísimo más corto.</p>	<p>Una vez asumida la dificultad que entraña la superación de la transición intracurricular PC-CI, las consideraciones al respecto por parte del profesorado, se inclinan hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el plan de estudios actual • Redefinir objetivos de la práctica clínica • Enfatizar el enfoque clínico en todas las asignaturas, integrando la enseñanza desde cursos iniciales • Adoptar el enfoque didáctico de la enseñanza basada en solución de problemas desde los cursos preclínicos • Favorecer la comunicación del profesorado de ambos ciclos, así como la integración de contenidos. • Reestructurar la enseñanza práctica, de forma que el alumnado participe de ella desde los cursos preclínicos. • Desarrollar programas prácticos de introducción al hospital desde primeros cursos. • Organizar las prácticas en grupos reducidos promoviendo un aprendizaje personalizado. • Establecer un sistema de tutorías a lo largo de la licenciatura, tanto de profesores como entre pares ‘peer tutoring’, de cursos posteriores sobre cursos iniciales <p>No obstante, en el profesorado también hay quien duda de la factibilidad de estrategias facilitadoras de la transición PC-CI.</p>

Mejoras a la transición PC-CI		<p>P25: 000.txt - 25:51 (360:421) más tiempo de prácticas</p> <p>“Creo que es fundamental el acomodamiento de las prácticas. Para mí, lo ideal sería grupos más reducidos, más profesores involucrados en las prácticas y reducir las clases teóricas... Es lo que siempre pienso, cuanto más contacto con el alumno, mejor enseñanza y mejor aprendizaje, porque yo también estoy más satisfecho y ellos aprenden más, y les puedo motivar más. Si yo tengo 2 y les tengo que dedicar cuatro horas, aprovecharé mucho más porque me podrán preguntar. Cuando hay 40 no preguntan, cuando hay 10, una pregunta, cuando hay dos, para la misma actividad pueden surgir fácilmente 10 preguntas, porque se ven relajados. Entonces, yo decía, grupos reducidos, más tutores involucrados para poder practicar mejor asistencia personalizada.”</p> <p>P10: 000.txt - 10:56 (514-541) tutorías profesores y alumnos</p> <p>“...Que cada estudiante tuviera un tutor, esto sería muy bueno.... Un tutor a nivel personal, que quizá pudiera ser el mismo durante toda la carrera o durante el periodo preclínico y luego otro clínico, no lo sé... quizá pudiera ser que tuviera un cierto sentido, el que un estudiante de preclínicas tuviera como referencia a un estudiante del periodo clínico, que el joven tuviera también de referencia a un estudiante que ya estuviera en las fases casi finalizando la carrera, un poco para hacerle ver cuáles pueden ser los problemas o las reacciones, o... en fin...”</p> <p>P20: 000.txt - 20:66 (374:381)</p> <p>“Yo diría que una enseñanza más integrada. Sólo teóricamente porque la aplicabilidad de esto es difícil. Dar una teoría que no se pueda aplicar es un poco hablar de utopía. Pero yo creo que [lo mejor sería] una enseñanza más integrada, que cuando se hable de fisiología del aparato xxx, saber introducir un poco la clínica. De patología y de clínica desde primero en adelante sería más fácil.”</p> <p>P31: 000.txt - 31:50 (311:326) Duda de cómo</p> <p>“... pienso que es una situación de progresión. Una progresión en positivo del alumno, en cuanto a conocimientos y en cuanto a habilidades de relación y demás, y sí, el que la fase preclínica esté muy separada, la básica de la clínica y que esto pueda seguir un ritmo ascendente, organizado, como debe de ser y tal, yo no sé si es tan fácil, igual sí. El aprendizaje vendría concretamente del corte, de pasar de una época a otra, pero es que esto es difícil de solucionar. Otra cosa es que en la fase preclínica o básica, tal vez, se impartan algunas asignaturas que puedan influir al alumno, para que luego la fase clínica vaya en otra disposición, o mejor preparados. Tal vez, no lo sé si sería esto. Se hace en Semiología, a veces, se hace en la misma fase básica, que eso también es una preparación, ya que seguro que puede servir para eso.”</p>	
-------------------------------	--	--	--

HU: Medicina Estudiantes

File: [C:\DOCUME~1\GABI\ESCRIT~1\Medicina Estudiantes 2]

CODES	PRIMARY DOCS																													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
1. Actitud de médicos y	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	2	1	4	1	0	2	1	1	0	0	0	1	1	4	1	0	0	0	25	
2. Actitud Motivación P	1	0	0	0	1	1	0	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15	
3. Actitudes y reaccion	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	14	
4. Actitudes y reaccion	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	10	
5. Ambiente y cultura h	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	
6. Apoyo familiar +	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	10
7. Calidad institucional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
8. Caract. Profesorado	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
9. Competencia clínica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
10. Competencia Clínica	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	5	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	23
11. Competencias académi	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
12. Competencias académi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
13. Contenido Clínico +	1	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	19
14. Contenido clínico -	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7
15. Estrategia de apoyo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
16. Estrategia de Apoyo	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	1	15
17. Estrategia de apoyo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18. Estructura Clínico -	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
19. Estructura Clínico +	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	10
20. Evaluación Rendimien	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	2	1	2	0	0	0	1	17
21. Evaluación Rendimien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
22. Expectativas Futuro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
23. Experiencia clínica	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6
24. Experiencia clínica	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	3	0	2	0	1	0	0	2	2	2	3	0	2	2	1	1	31
25. Ética Médica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
26. M.I.R.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
27. Mejoras currículo	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	1	0	1	0	15
28. Metodología docente-	1	1	2	1	1	1	3	1	3	1	0	0	5	2	5	1	2	4	1	1	2	1	3	0	3	0	2	3	1	51-
29. Metodología docente+	1	1	0	0	2	2	2	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	3	2	0	2	0	0	3	0	0	1	2	0	29+
30. Momentos de dificult	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
31. Motivación alumnado	0	2	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	0	16-
32. Motivación alumnado	0	0	1	0	0	2	0	0	6	1	2	1	0	6	0	2	1	1	1	0	2	2	0	3	0	1	2	1	3	38+
33. Motivación profesora	0	0	4	4	0	1	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	20
34. Organización Clínico	0	0	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	2	2	0	20
35. Organización clínico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
36. Personas relevantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	9
37. Practica profesional	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
38. Práctica profesional	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	16
39. Problemática profes	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
40. Relaciones alumno-al	1	0	0	1	0	3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	11
41. Relaciones profesor-	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9
42. Relación alumno-alum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4
43. Relación alumno-paci	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	3	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	15
44. Relación alumno-resi	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
45. Relación alumno-resi	0	0	2	0	0	1	3	0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	17
46. Relacs Estudiantes P	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	9
47. Relacs Estudiantes P	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0	14
48. Relacs Médico-pacien	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	12
49. Relacs. médico-pacie	0	0	1	0	2	1	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
50. Relacs. Profesor-est	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0	0	0	4	0	2	0	1	0	1	17	
51. Residentes Rol	0	0	2	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	2	1	3	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	20

52. Resultados académico	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	9		
53. Resultados Académico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5		
54. Sistema sanitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
55. Sucesos -	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	14		
56. Sucesos +	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	8		
57. Transición intracurr	0	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	12		
58. Valoración instituc	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Totals	24	18	26	18	14	28	20	12	50	11	28	28	15	43	19	22	33	37	23	8	23	18	28	19	25	17	16	19	33	675

ENCUESTAS AL ALUMNADO M-1

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

CUARTO CURSO DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA UB – BELLVITGE

Gabriela Cabrera

Barcelona, 2003

INDICE

Datos generales de la población	3
Gráficos totales del análisis	4
Alumnado	7
Profesorado	10
Currículo actual	13
Mejoras al Currículo	17
Evaluación del Rendimiento	21
Resultados académicos propios	24
Metodología Docente	27
Apoyos al aprendizaje	31
Competencias clínicas	34
Competencias académicas	38
Calidad Institucional	42
Profesión médica	43
Personas y elementos para la formación	47
Sucesos de la transición PC-CI	54
Transición intracurricular PC-CI	59

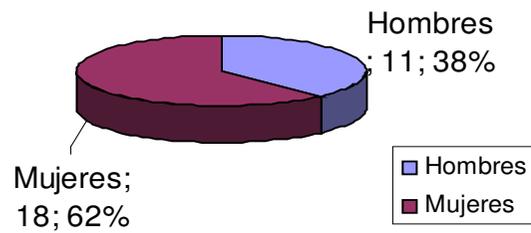
DATOS GENERALES

TOTAL DE ALUMNOS ENCUESTADOS	M-1	29 de xxx
HOMBRES		11
MUJERES		18

EDAD

21-23 AÑOS

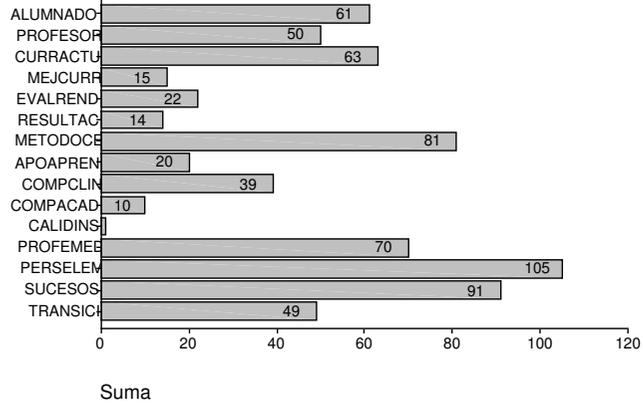
Alumnado encuestado



GRÁFICOS TOTALES DEL ANÁLISIS

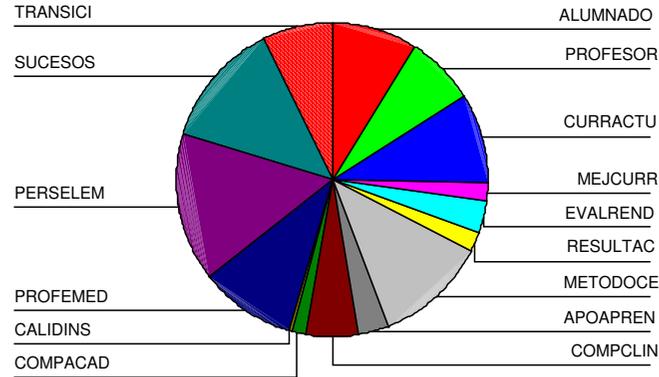
Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del alumnado



Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

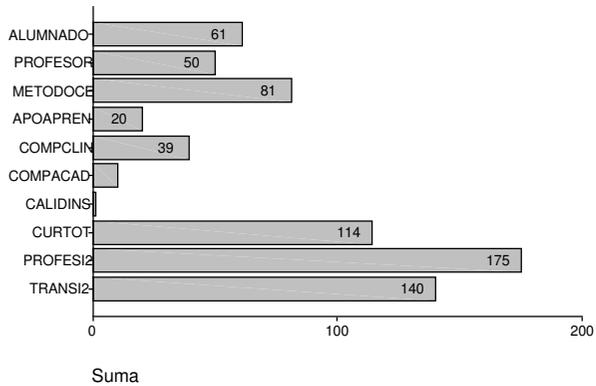
Opiniones del alumnado



Con categorías reducidas

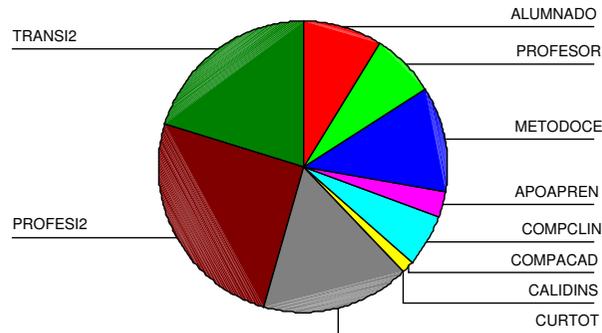
Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del alumnado

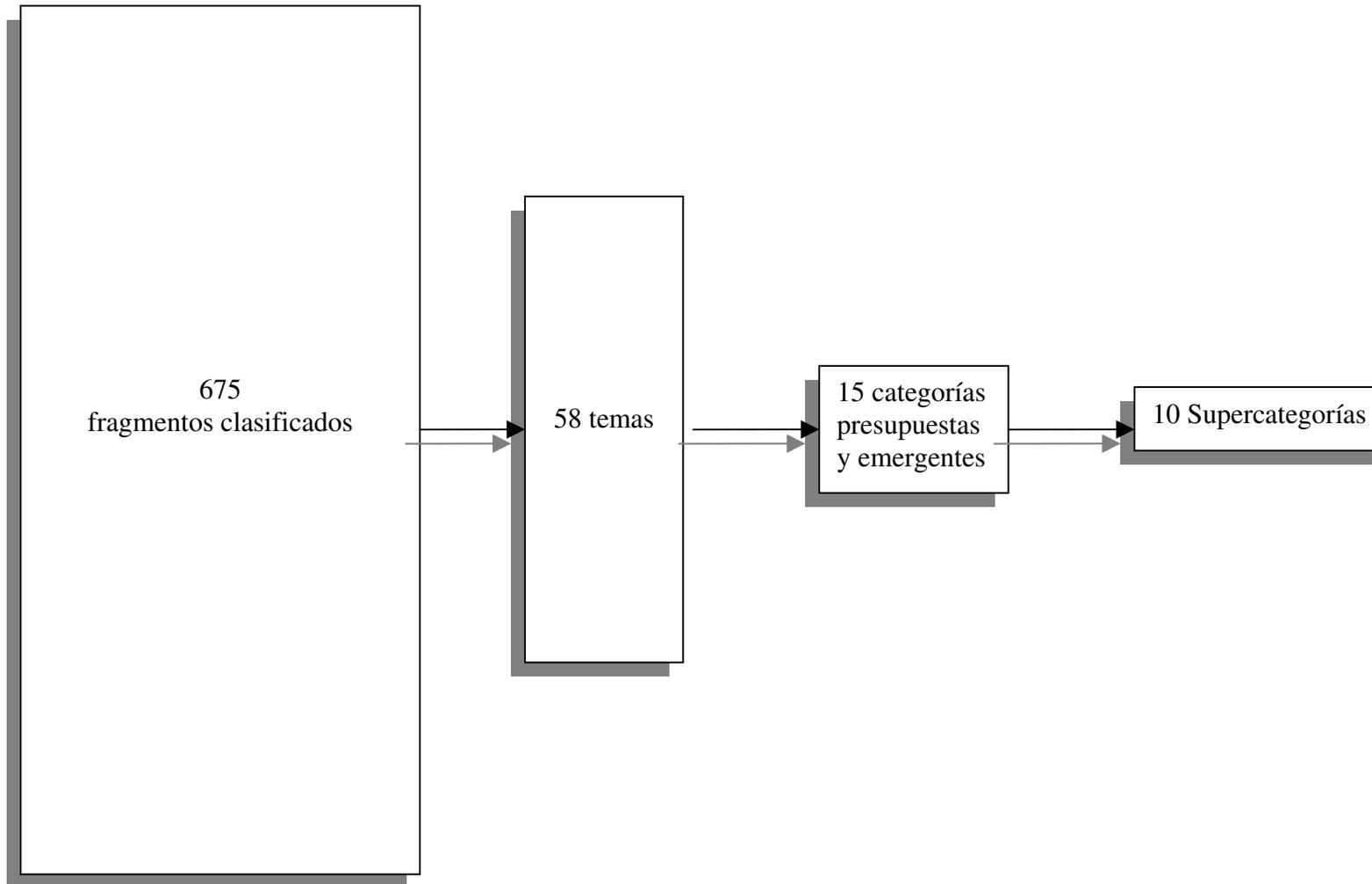


Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del alumnado

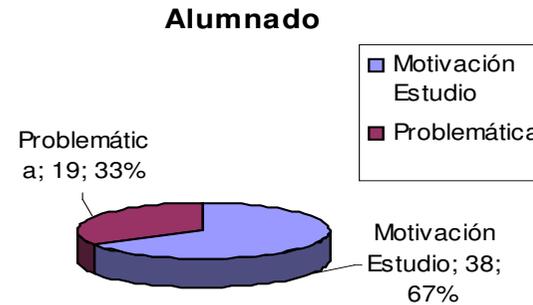
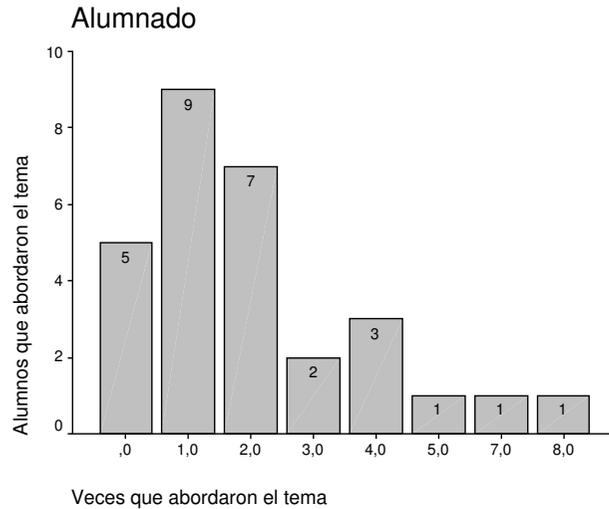


29 encuestas, transcritas en 48 folios.



ALUMNADO

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Alumnado” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (8) que se aludió a la temática correspondió a un solo estudiante, mientras que nueve de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 57 las referencias de los 24 estudiantes.

La Gráfica muestra que el 67% de las 57 alusiones correspondió a la subcategoría de “Motivación del Alumnado”, mientras que la de “Problemática” fue menos mencionada, representando el 33%, (19 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

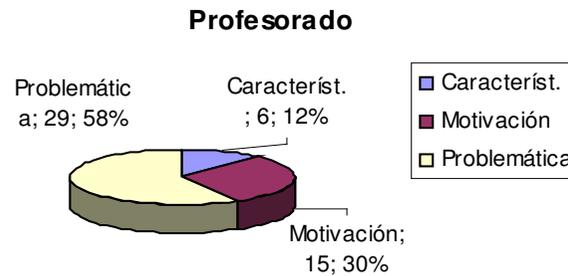
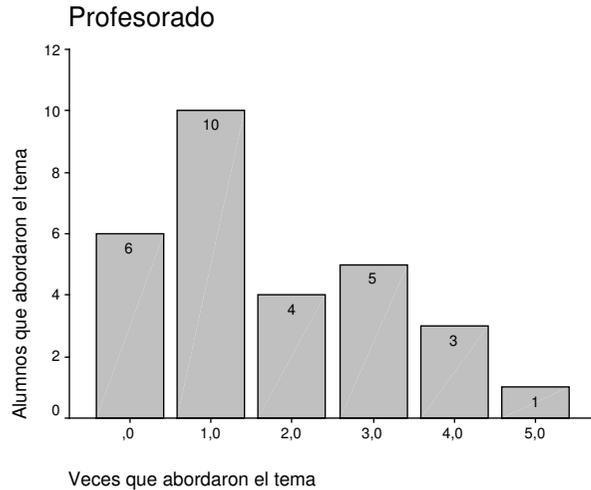
Categoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Motivación	18	38	<p>P24: 1Chico.txt - 24:1 (6:10)</p> <p>"La verdad es que me ha gustado mucho, y me ha ayudado mucho para saber realmente qué es la Medicina. Llevábamos mucho tiempo nada más en la universidad, estudiando nada más y no sabiendo bien qué era la Medicina. "</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:3 (22:23)</p> <p>"Hay médicos maravillosos y con muchas ganas de que los alumnos aprendan y eso es de gran ayuda."</p> <p>P10: 1Chica.txt - 10:1 (6:9)</p> <p>"Ha habido de todo. El que en las prácticas aprendas más o menos, te sientas a gusto o te muestres interesada, depende en buena parte del profesor y de la motivación que te transmitan."</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:19 (114:122)</p> <p>"Residentes (ves a gente como tú que también está aprendiendo y te explican las cosas mil veces si hace falta) creo que son también un gran estímulo."</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:3 (17:18)</p> <p>"El aprendizaje clínico ha hecho que me apasione lo que estoy haciendo o estudiando."</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:12 (51:53)</p> <p>"Satisfacción [por] ver que puedes llegar tu sola a un diagnóstico correcto haciendo la historia, exploración."</p> <p>P 6: 1Chica.txt - 6:4 (35:38)</p> <p>"Positivamente me sorprende y me alegra una de mis compañeras de prácticas que con su actitud con los pacientes y sus ganas de aprender me anima a ser lo mismo."</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:10 (82:84)</p> <p>"Mi compañero (pareja) es la persona que más me apoya porque me hace ver que se siente orgulloso de mí."</p>	<p>La motivación del alumnado es un elemento sustancial en el proceso educativo, máxime cuando se refiere a la motivación en la enseñanza superior, pues la misma entraña una de las primeras experiencias educativas volitivas del estudiante. En el caso de Medicina, es conocido que la motivación producto de la reciente elección vocacional del bachillerato, decae durante el primer curso, debido, en parte, a los contenidos de las asignaturas del ciclo preclínico de los dos primeros cursos, y a los efectos de la transición bachillerato-universidad.</p> <p>Al respecto, el alumnado ha señalado como fuentes de motivación durante su estancia en el primer semestre de enseñanza clínica, los siguientes aspectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La práctica clínica • El profesorado motivado y/o comprometido con la enseñanza • El apoyo de los residentes • La propia experiencia de aprendizaje y • La actitud entusiasta de los compañeros • El apoyo familiar/pareja

Problemática	6	19	<p>P22: 1Chico.txt - 22:8 (58:59) “Familia y compañeros han sido comprensivos con el estrés de época de exámenes.”</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:10 (62:66) “Suspendí el primer examen que hice en la carrera. Me desmotivó mucho y llegué a pensar que no podría cursarla, pero ya no he vuelto a suspender ninguno, esa vez lloré...”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:8 (43:46) “Algunos de los doctores que se nos asignaron no tenían interés (ni obligación) de enseñar por lo que a veces sentías que molestabas, lo cual desmoralizaba bastante.”</p> <p>P10: 1Chica.txt - 10:2 (10:12) “Más de una vez yo me he visto yendo detrás del médico como un “perrito” faldero y la verdad es que es una sensación bastante incómoda.”</p> <p>P26: 1Chico.txt - 26:8 (52:53) “Desilusión al comprobar el ambiente generalizado de antipatía hacia la Administración.”</p>	<p>En todo curso escolar existen algunos puntos de inflexión que obligan al alumnado y al profesorado a realizar un esfuerzo adicional para remontar obstáculos. En el caso de medicina, estos momentos se hallan identificados en la época previa a los exámenes semestrales. Así lo señala el alumnado.</p> <p>También, elemento central en la problemática de la educación es la desmotivación escolar y sus efectos sobre el desempeño académico. Al respecto, el alumnado encuestado considera que los principales aspectos que contribuyen a la desmotivación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus resultados académicos • El desinterés del profesorado • El rechazo o indiferencia de profesorado • Los problemas administrativos de la institución
--------------	---	----	--	--

PROFESORADO

La categoría “Profesorado” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (5) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que 10 de ellos las tocaron por lo menos una vez. 6 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 50 las referencias de los 23 estudiantes.

Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra que el 58% de las 50 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que la de “Funciones” fue la menos mencionada, representando el 12%, (6 veces).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

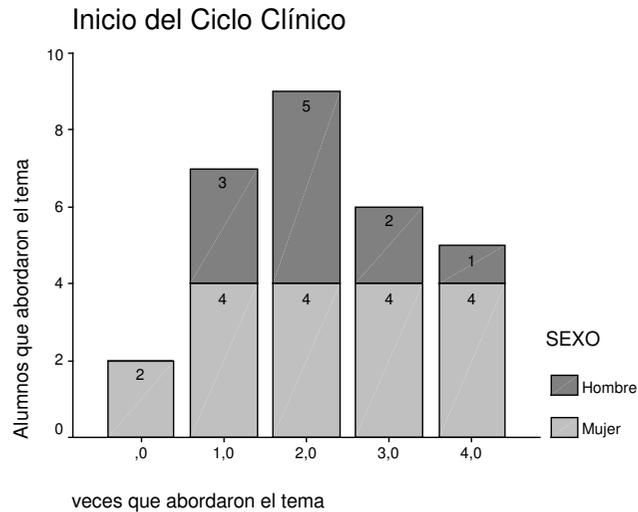
Profesorado

Cate- goría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Características	6	6	P29: 1Chico.txt - 29:13 (71:72) “Tenemos en gran mayoría muy buenos profesores y que se implican bastante.” P19: 1Chico.txt - 19:12 (60:61) “Determinados profesores son muy buenos y transmiten la información.”	El alumnado considera que, en general, el profesorado está bien preparado en su asignatura. Asimismo, opinan que la mayoría se implica bastante en la enseñanza de sus alumnos, preparando adecuadamente las clases y los apuntes.
Motivación	13	15	P 6: 1Chica.txt - 6:2 (16:18) “... poder aprender a veces de personas con mucha experiencia, ganas de enseñar y sensibilidad con los pacientes.” P 8: 1Chica.txt - 8:3 (32:33) “Hay bastantes médicos que sí se preocupan por que entiendas qué hacer.” P11: 1Chica.txt - 11:3 (15:16) “Te enseñan mucho y te hacen trabajar mucho para acabar siendo fructífera porque aprendes mucho.” P21: 1Chico.txt - 21:3 (18:18) “Lo que más valoro es un médico dispuesto a enseñarte”	De acuerdo con el alumnado, la motivación del profesorado hacia su trabajo docente, se expresa en: <ul style="list-style-type: none"> • Deseo y disposición de enseñar • Interés y esfuerzo por que el alumno comprenda los contenidos • Mayor carga académica en la asignatura

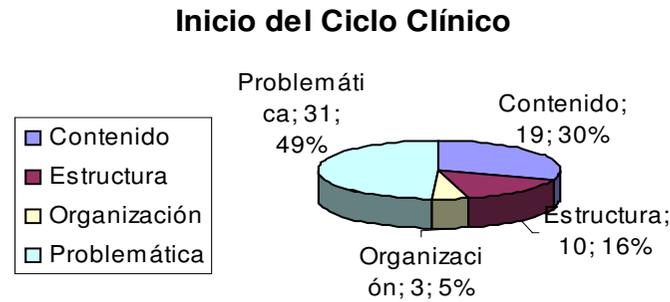
<p>Problemática</p>	<p>18</p>	<p>29</p>	<p>P 6: 1Chica.txt - 6:3 (22:26)</p> <p>“...a dedicación al estudiante por parte del médico y residente es insuficiente (a veces por exceso de trabajo y otras por falta de interés).”</p> <p>P 7: 1Chica.txt - 7:5 (17:20)</p> <p>“Que durante los seminarios con el doctor xxx, o bien no tenía ganas de hacerlo y nos decía que tenía faena y se iba al bar, o lo hacía con pocas ganas y acabábamos media hora antes”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:8 (38:40)</p> <p>“...residentes de cada especialidad, mucho más dispuestos a atenderte que propios adjuntos.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:9 (31:32)</p> <p>“Que haya profesores de práctica que no les guste la docencia y te lo digan!!”</p> <p>P22: 1Chico.txt - 22:6 (36:37)</p> <p>“Algún profesor no merece tal calificativo por su desinterés hacia mi formación.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:7 (40:42)</p> <p>“Algún doctor-profesor-coordinador de prácticas que no sólo no se interesara por nosotros sino que tampoco por el buen funcionamiento de las prácticas.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:8 (29:30)</p> <p>“No exista una evaluación de los profesores de prácticas.”</p>	<p>El alumnado encuestado considera que la problemática del profesorado de cuarto curso reside en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demasiada carga de trabajo en los docentes impide la atención adecuada al estudiante • Residentes más dispuestos que los adjuntos • Profesores a quienes disgusta la docencia • De la coordinación de prácticas que no se interesa por el funcionamiento de las prácticas • Falta de interés en la prácticas. • No existe evaluación de los profesores de prácticas
---------------------	-----------	-----------	---	---

EL CURRÍCULO ACTUAL DE MEDICINA UB-BELLVITGE

Los tópicos referidos a la categoría “currículo actual” se distribuyeron como sigue:



Gráfica



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (4) que se aludió a la temática correspondió a cinco estudiantes, mientras que 6 de ellos las tocaron por lo menos una vez. 2 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 63 las referencias de los 27 estudiantes.

La Gráfica muestra cómo el 49% (31 referencias) de las citas se refirió a la “Problemática” del ciclo Clínico; mientras que el 5% (3 referencias) correspondió a la “Organización” del Clínico.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Clínico: Contenido, estructura y organización	22	32	<p>P 6: 1Chica.txt - 6:1 (14:16)</p> <p>“Los aspectos más positivos han estado con la adquisición de nuevos conocimientos directamente relacionados con la práctica médica...”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:1 (13:18)</p> <p>“Ver lo que estás estudiando. Aprendes cosas más rápido si lo ves y te lo explican, que leyendo un listado de libros. Aprender una sistemática de oficio. Ver el trato médico-paciente entre diferentes situaciones (psicología, trato humano).”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:3 (17:18)</p> <p>“El aprendizaje clínico ha hecho que me apasione lo que estoy haciendo o estudiando.”</p> <p>P 8: 1Chica.txt - 8:1 (14:16)</p> <p>“En general, las prácticas hospitalarias han supuesto una experiencia positiva, por poder tener una visión práctica de los conocimientos adquiridos entre otros.”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:10 (35:36)</p> <p>“Las prácticas clínicas son fundamentales para la enseñanza médica además de toda la teoría.”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:2 (15:17)</p> <p>“Práctica clínica, representa la parte más activa del estudio de la Medicina, y permite comprender e interiorizar mejor los conceptos.”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:1 (5:8)</p> <p>“Muy útil la asistencia a consultas externas, más quirófano, más visita en planta. Siempre con la atención y comentarios del tutor asignado.”</p>	<p>El alumnado valoró su experiencia de aprendizaje en el primer cuatrimestre del periodo Clínico, en los aspectos siguientes:</p> <p><u>Contenido</u>: Consideran muy positiva la adquisición de nuevos conocimientos. Es en ese contexto en donde inician el aprendizaje del quehacer médico.</p> <p><u>Estructura</u>: Aprecian que los conocimientos están ahora directamente vinculados con la práctica clínica, por lo que consideran que esta es fundamental para su formación. Asimismo, consideran que la puesta en práctica de los nuevos conocimientos favorece su comprensión y, por ende, el aprendizaje.</p> <p><u>Organización</u>: La organización de las prácticas es valorada de acuerdo con el servicio o planta hospitalaria en que se imparten. Consideran útil poder optar por la práctica en Planta hospitalaria o en consulta externa.</p>

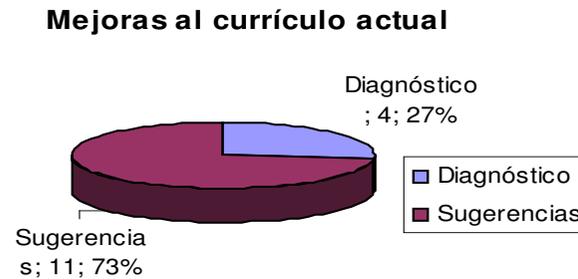
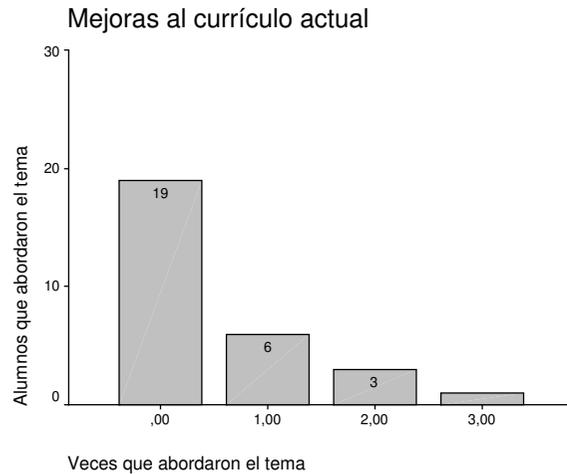
Clínico - Problemática	18	31	<p>P 2: 1Chica.txt - 2:3 (19:20)</p> <p>“Demasiada materia en muy poco tiempo. Conocimientos muy superficiales.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:12 (71:79)</p> <p>“...la teoría va más dirigida a la práctica clínica. Tienes que saber de cada asignatura lo que sabrás al acabar la carrera y eso supone una carga impresionante de información ya que encuentro que es muy limitado tener que dar toda la xxx por ejemplo, más cirugía xxx y xxx, todo junto en una asignatura y en un sólo cuatrimestre ¡y esto sólo una asignatura!”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:9 (60:64)</p> <p>“En clase casi no se habla de la experiencia clínica, porque apenas hay tiempo. Durante las prácticas tampoco es mucho mejor, porque hay bastante descoordinación entre lo que quiere que consigamos el coordinador de la asignatura, lo que nos enseña el adjunto...”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:10 (33:35)</p> <p>“No usan una sistemática didáctica cuando visitan a los pacientes o con contradicciones entre teoría y práctica.”</p> <p>P 8: 1Chica.txt - 8:6 (53:55)</p> <p>“Hay días en que no haces nada y resulta una pérdida de tiempo (no te hacen caso, no tienes nada que hacer, no hay objetivos claros de las prácticas.)”</p> <p>P 8: 1Chica.txt - 8:2 (20:23)</p> <p>“Hacer prácticas de una asignatura determinada cuando acabas de empezar las clases teóricas, de modo que no tiene conocimientos suficientes para seguir entender lo que se hace en el hospital.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:5 (24:27)</p> <p>“En algunas prácticas no nos involucramos demasiado (por ejemplo, en xxx) por lo que dos semanas o un mes en ellas, nos han hecho tener la sensación de pérdida de tiempo.”</p> <p>P13: 1Chica.txt - 13:5 (14:15)</p> <p>“Que en la mayoría de las prácticas nos limitamos a seguir al profesor sin hacer nada.”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:4 (32:34)</p> <p>“Perder mucho tiempo esperando que aparezca el adjunto, a primera hora o si he de ir a hacer alguna gestión.”</p>	<p>La problemática referida por el alumnado encuestado se ha organizado de acuerdo con los criterios siguientes:</p> <p><u>Contenido:</u> Este se aprecia muy extenso y amplio, imposible de cubrir en las horas fijadas durante el cuatrimestre, lo que da como resultado conocimientos muy superficiales sobre cada temática –enfermedad- de las asignaturas.</p> <p><u>Estructura:</u> Se aprecia que la vinculación entre el contenido teórico y la práctica existe descoordinación y, en algunos casos, contradicción. También se reporta la falta de objetivos claros en las prácticas lo cual conduce a la pérdida de tiempo.</p> <p><u>Organización:</u> Este es el aspecto más señalado por el alumnado. Destaca la forma alternada de cursar las asignaturas (el grupo inicial procedente de tercer curso, se divide en dos al pasar a cuarto), en la que el grupo que inicia el cuatrimestre por la práctica, encuentra dificultades para comprender los contenidos al faltarle la teoría.</p> <p>Otro aspecto es la coordinación y funcionamiento de las prácticas en el hospital. Los seminarios se desarticulan de las prácticas. Se considera que en algunos servicios la coordinación central es nula, llegando incluso a dejarla en manos del propio alumnado, cuyos resultados son la pérdida de tiempo, falta de involucramiento en tareas de aprendizaje, falta de atención por parte de los profesores e insatisfacción alta en el alumnado.</p> <p>No obstante, los estudiantes aprecian como reducido el tiempo destinado a las prácticas, ya que cuando comienzan a familiarizarse con el servicio en turno, la práctica concluye y han de rotar hacia un nuevo servicio.</p>
------------------------	----	----	--	---

<p>Clinico – Problemática</p>		<p>P23: 1Chico.txt - 23:11 (47:49) “Estamos hartos de que los profesores, con la excusa de ser médicos, nos dejen tirados en clase y no avisen.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:7 (40:42) “Algún doctor-profesor-coordinador de prácticas que no sólo no se interesara por nosotros sino que tampoco por el buen funcionamiento de las prácticas.”</p> <p>P20: 1Chico.txt - 20:1 (6:8) “Estamos decepcionados con la organización del servicio de xxx. No hay coordinación entre prácticas en planta y seminarios.”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:3 (10:12) “Es bueno que nos den libertad para organizarnos nosotros mismos las prácticas, pero no una libertad sin control.”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:7 (32:33) “Cuando empiezas a habituarte a un servicio ya tienes que cambiar porque ha acabado el mes.”</p>	
-------------------------------	--	--	--

MEJORAR EL CURRÍCULO ACTUAL

La categoría “Mejoras el currículo actual” es de carácter emergente en el contexto de las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (3) que se aludió a la temática correspondió a un solo estudiante, mientras que seis de ellos las tocaron por lo menos una vez. 19 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 15 las referencias de los 10 estudiantes.

La Gráfica muestra que el 73% de las 15 alusiones correspondió a la subcategoría de “Sugerencias”, mientras que la de “Diagnóstico” fue menos mencionada, representando el 27%, (4 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Diagnóstico	4	4	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:28 (36:39)</p> <p>“...creo que la carrera aún se basa demasiado en la teoría y poco en las habilidades clínicas (saber intubar, coger una vía venosa, etc.)”</p> <p>P28: 1ChicoSTA.txt - 28:1 (5:8)</p> <p>“Muy útil la asistencia a consultas externas, más quirófano, más visita en planta. Siempre con la atención y comentarios del tutor asignado.”</p> <p>P20: 1Chico.txt - 20:4 (12:16)</p> <p>“... varios alumnos quedan confinados en quirófano y las prácticas resultan poco útiles.”</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:12 (46:48)</p> <p>“Si los doctores o doctoras hubiesen estado más encima de nosotros o nos hubiesen hecho trabajar más, las hubiésemos aprovechado más intensamente.”</p>	<p>El estado actual del ciclo clínico es visto como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demasiado enfocado a la teoría y poca práctica clínica que desarrolle habilidades. • Buena estructura de la enseñanza clínica, siempre y cuando sea supervisada por los tutores. • Escasa organización en prácticas de cirugía. • El profesorado exige menos de lo esperado por el alumnado.

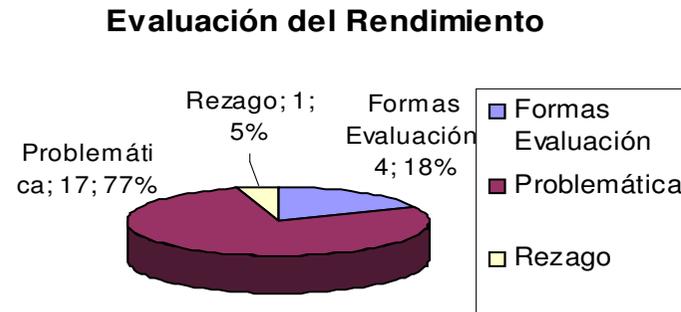
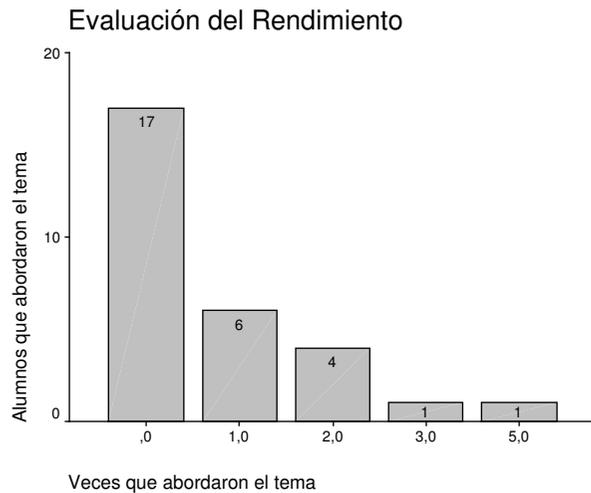
Sugerencias para la mejora	10	11	<p>P18: 1Chica.txt - 18:23 (79:81)</p> <p>“Se hagan optativas de temas carentes en el plan de estudios.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:24 (138:144)</p> <p>“La asignatura nueva que se hace en Bellvitge y es una optativa llamada “Habilitats clíniques i desenvolupament personal i professional” se tendría que hacer desde primero (en otras universidades europeas es así) y como troncal... es algo que me gustaría que ofreciera la universidad.”</p> <p>P26: 1Chico.txt - 26:10 (69:72)</p> <p>“Es necesario un planteamiento por parte de los tutores en el hospital de más explicaciones prácticas ‘monográficas’ acerca de las patologías más comunes en cada especialidad.”</p> <p>P 5: 1Chica.txt - 5:10 (20:21)</p> <p>“...disminuir un poco las horas dedicadas a la teoría.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:6 (33:34)</p> <p>“Creo que el contacto con el paciente tendría que ser desde el primer curso y no en el tercero.”</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:8 (34:37)</p> <p>“Pienso que sería mejor tener que entregar un informe de prácticas y una evaluación por el tutor para ver si realmente las hemos aprovechado.”</p> <p>P10: 1Chica.txt - 10:5 (22:25)</p> <p>“Yo quizás fomentaría más la asistencia a consulta externa ya que creo que es donde más se puede aprender y donde el médico puede prestarte más atención.”</p> <p>P20: 1Chico.txt - 20:4 (12:16)</p> <p>“En las prácticas de xxx sería conveniente una mayor rotación entre quirófano, CCEE y visita en planta...”</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:21 (122:125)</p> <p>“ ‘eliminaría’ de la docencia a aquellos individuos que no quieren compartir sus conocimientos, porque de nada sirve un profesor que no quiere que sus alumnos aprendan.”</p>	<p>Por lo que respecta a las sugerencias aportadas para la mejora de la enseñanza clínica, el alumnado se inclinó por:</p> <p><u>Currículo:</u> En lo que atañe al contenido, se expresa la necesidad de crear asignaturas optativas sobre temas no incluidos en el plan de estudios. Asimismo, se sugiere que la asignatura de nueva creación en Bellvitge “Habilitats clíniques i desenvolupament personal i professional”, se imparta desde primer curso de manera obligatoria. Por otra parte se advierte la necesidad de ampliar las sesiones monográficas sobre patologías más comunes en la población.</p> <p>En cuanto a la estructura del currículo actual, el alumnado considera necesario reducir las horas de teoría; implantar el contacto con pacientes desde primer curso e instrumentar la evaluación de la práctica de forma diferente a la actual, sugiere un informe de prácticas y una valoración personal del tutor sobre el avance del alumno.</p> <p>Finalmente, en lo que a la organización corresponde, los estudiantes sugieren ampliar la asistencia a consulta externa por ser un escenario reducido en donde la atención del profesor es más personalizada. Asimismo, se sugiere una mayor rotación entre quirófano, consulta externa y visita en planta, en algunos servicios.</p> <p><u>Profesorado:</u> Se sugiere retirar de la docencia a profesores poco motivados hacia su trabajo.</p> <p><u>Metodología docente:</u> El momento que se considera más oportuno para las sesiones y seminarios de repaso y aclaración de dudas, es justo antes de los exámenes.</p> <p><u>Apoyos al aprendizaje:</u> En lo que se refiere a los recursos que apoyan el aprendizaje, el alumnado sugiere la disponibilidad de un plano del hospital que contribuya a facilitar la indispensable integración social y ubicación de servicios diversos que el alumno debe conocer para optimizar su tiempo de prácticas. Por otra parte, se advierte la necesidad de contar con el servicio de bibliotecas los fines de semana.</p>
----------------------------	----	----	--	--

Sugerencias			<p>P 2: 1Chica.txt - 2:11 (72:74)</p> <p>“Se deberían hacer los seminarios y clases de dudas a final del cuatrimestre (antes de exámenes) que es cuando se necesitan y se aprovecharían más.”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:9 (44:45)</p> <p>“... el estrés. Se evitaría con evaluación continuada.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:5 (25:25)</p> <p>“Falta de un plano del hospital”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:23 (79:81)</p> <p>“Bibliotecas abiertas el fin de semana”</p>	
-------------	--	--	--	--

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO

La categoría “Evaluación del Rendimiento” es de carácter emergente en el contexto de las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (5) que se aludió a la temática correspondió a un solo estudiante, mientras que seis de ellos las tocaron por lo menos una vez. 17 estudiantes no se refirieron a ella. En total, sumaron 22 las referencias de los 12 alumnos.

La Gráfica muestra que el 77% de las 22 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática de Evaluación”, mientras que la de “Rezago” fue menos mencionada, representando el 5%, (1 ocasión).

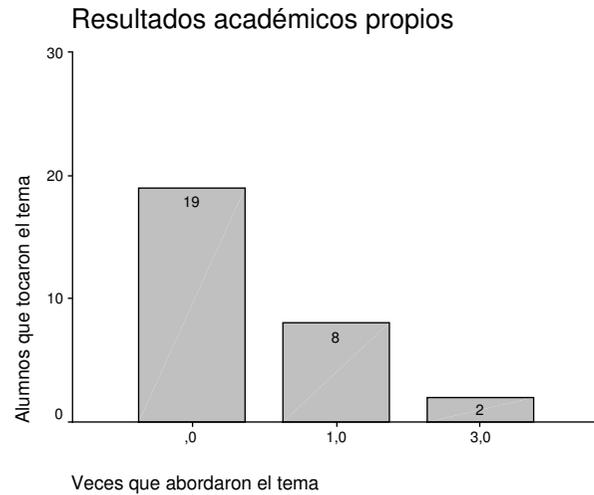
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Evaluación (Formas de)	4	4	<p>P12: 1Chica.txt - 12:4 (17:19)</p> <p>"[al] preparar los exámenes mis resultados han ido mejorando."</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:9 (53:55)</p> <p>"... mucho trabajo durante el curso y sobre todo en periodo de exámenes."</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:11 (49:50)</p> <p>"...hacer la historia clínica a pacientes colaboradores."</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:7 (25:34)</p> <p>"...aunque [aún] no hayamos hecho las prácticas de xxx, pienso que serán en las que más aprenderemos porque tenemos que presentar casos y demás, y también tenemos que ser evaluados por el coordinador de prácticas. Creo, aunque sea mucha faena es positivo...."</p>	<p>El proceso de evaluación del rendimiento implica, para el alumnado, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación adecuada de exámenes • Trabajo arduo durante el curso • Colaboración de pacientes • Prácticas clínicas adecuadamente organizadas
Evaluación-Rezago	1	1	<p>P12: 1Chica.txt - 12:10 (62:66)</p> <p>"Suspendí el primer examen que hice en la carrera... pero ya no he vuelto a suspender ninguno..."</p>	<p>El índice de rezago académico es muy bajo en la enseñanza de Medicina de la UB, lo que se refleja en una única alusión al rezago y la afirmación de que sólo se reprobó una vez hasta el cuarto curso.</p>

Evaluación – Problemática	8	17	<p>P21: 1Chico.txt - 21:4 (22:25)</p> <p>“Un examen sólo sirve para obligarte a estudiar el temario. No sirve para aprender, porque ni en las revisiones hay un trabajo educativo de ejercicio.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:19 (88:91)</p> <p>“...de las notas depende nuestro futuro y no de nuestra capacidad o habilidad o conocimientos, porque una cosa son las notas y otra muy diferente lo que hayas aprendido.”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:14 (74:75)</p> <p>“...hacen preguntas en lo exámenes que no corresponden con lo explicado . ”</p> <p>P16: 1Chica.txt - 16:7 (26:28)</p> <p>“Cómo ha corregido el examen algún profesor de xxx, porque no constaba lo que él había preguntado.”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:17 (80:81)</p> <p>“No nos podemos llevar el examen. En las revisiones dudan de ti...”</p> <p>P23: 1Chico.txt - 23:8 (22:24) (40:42)</p> <p>“Las revisiones de examen son muestra de supremacía de profesores donde te humillan... donde los alumnos no tenemos más que asistir.”</p> <p>P 4: 1Chica.txt - 4:3 (21:22)</p> <p>“La evaluación es muy arbitraria, ya que en algunos servicios no saben ni quién eres.”</p> <p>P22: 1Chico.txt - 22:4 (22:23)</p> <p>“Las evaluaciones en algunas asignaturas no han sido todo lo equitativas que deberían haber sido.”</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:9 (38:39)</p> <p>“Algunos pacientes son bastante poco colaboradores y hasta desagradables.”</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:5 (23:24)</p> <p>“Tener que estudiar muchas horas diarias durante el periodo de exámenes.”</p> <p>P22: 1Chico.txt - 22:8 (58-59)</p> <p>“...el estrés en época de exámenes.”</p>	<p>De acuerdo con el alumnado encuestado, los aspectos a destacar como problemáticos en la evaluación del rendimiento académico, son los siguientes:</p> <p><u>Objetivos:</u> Se advierte que los objetivos institucionales de evaluación del rendimiento no están claros para el alumnado. Este considera que su función es obligarles a cubrir todo el temario de la asignatura. Por otra parte, existe la asunción de que las notas no reflejan lo aprendido, pero que son importantes, en tanto su futuro profesional dependa de ellas. (Alusión indirecta al examen MIR)</p> <p><u>Criterios:</u> Se advierte inconformidad con que los exámenes contengan temáticas no expuesta en clases, con la falta de claridad en las pautas de corrección de exámenes, en las que también se señala percibir desconfianza hacia el alumnado por parte del profesorado.</p> <p>Asimismo, aprecian que en las revisiones de exámenes, el profesorado asume actitudes de excesiva autoridad sobre el alumnado.</p> <p>Los estudiantes consideran que la evaluación no equitativa ni personalizada ya que en algunos servicios, los evalúan quienes no les han conocido durante su estancia allí.</p> <p><u>Organización:</u> La organización de la evaluación práctica implica la preparación de pacientes para participar en la misma, no obstante, algunos alumnos se encuentran con pacientes poco dispuestos a colaborar, hecho que repercute negativamente en su desempeño durante el examen práctico</p> <p><u>Efectos:</u> El tener que estudiar muchas horas diarias en época de exámenes genera estrés en el alumnado.</p>
---------------------------	---	----	---	--

RESULTADOS ACADÉMICOS PROPIOS

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



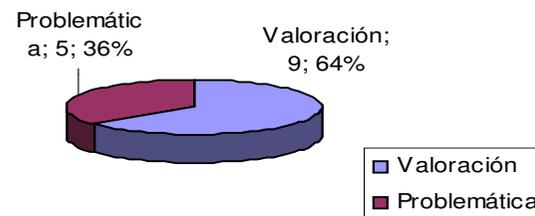
Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (2) que se aludió a la temática correspondió a dos estudiantes, mientras que ocho de ellos las tocaron por lo menos una vez. 19 estudiantes no se refirieron a ella. En total, sumaron 14 las referencias de los 10 alumnos.

La Gráfica muestra que el 64% de las 14 alusiones correspondió a la subcategoría de “Valoración”, mientras que la de “Problemática” fue menos mencionada, representando el 36%, (5 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Resultados académicos propios



Gráfica

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Valoración	6	9	<p>P 4: 1Chica.txt - 4:2 (16:17)</p> <p>“Considero que mis conocimientos académicos están en relación a lo que he aprendido.”</p> <p>P 4: 1Chica.txt - 4:8 (50:51)</p> <p>“Realización al comprobar cuánto se aprende y cómo lo pones en práctica ...”</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:9 (53:55)</p> <p>“Muchísima satisfacción y motivación ante buenos resultados después de mucho trabajo durante el curso y sobre todo en periodo de exámenes.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:4 (24:25)</p> <p>“Mis resultados académicos los valoro muy positivamente.”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:10 (40:44)</p> <p>“Aunque entiendo que el no estar tan protegidos nos ayuda a madurar y a ‘sacarnos las castañas del fuego’. No se nos regala nada. Lo que queremos, hemos de buscarlo nosotros mismos.</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:5 (23:25)</p> <p>“Los resultados académicos son gracias al trabajo personal y no a la enseñanza ya que no explican en clase”</p>	<p>En general, la valoración sobre los resultados académicos es bastante positiva salvo excepciones que se detallan en el siguiente apartado (Problemática). Al respecto, el alumnado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera que sus conocimientos reflejan lo aprendido • Obtiene sentido de realización personal al poner a prueba su aprendizaje en la práctica. • Logra alta satisfacción y motivación por sus resultados académicos fruto del esfuerzo personal. • Asume una actitud de autonomía, iniciativa y proactividad en el logro de sus objetivos académicos, independientemente de la metodología docente o el profesorado en particular.

Evaluación – Problemática	5	5	<p>P12: 1Chica.txt - 12:10 (62:66)</p> <p>“Suspendí el primer examen que hice en la carrera. Me desmotivó mucho y llegué a pensar que no podría cursarla, pero ya no he vuelto a suspender ninguno, esa vez lloré, pero estoy segura que por un suspenso no lloraré nunca más.</p> <p>P22: 1Chico.txt - 22:3 (20:21)</p> <p>“Mis resultados académicos no han sido como yo hubiese esperado.”</p> <p>P26: 1Chico.txt - 26:2 (18:21)</p> <p>“Mis continuas puntuaciones bajas en los exámenes prácticos me hacen dudar de si realmente aprendo todo lo que debiera en la práctica clínica, en contra de lo que yo pensaba.”</p>	<p>La problemática de los resultados académicos tiende a ser menor en la enseñanza de Medicina de la UB, sin embargo, de cara a las actuales exigencias que demanda la formación médica en Europa, es pertinente cubrir incluso estos flancos que pudieran parecer mínimos. En virtud de lo anterior, las consideraciones del alumnado de cuarto curso dan cuenta de lo siguiente:</p> <p>La experiencia de no aprobación de una asignatura genera desmotivación académica y frustración personal que pueden llegar a incidir en el desempeño académico posterior.</p> <p>La no superación de la parte práctica de las asignaturas sugeriría una atención especial hacia esta área, toda vez que es una constante en la formación médica. DUDA.</p>
---------------------------	---	---	--	--

METODOLOGÍAS DOCENTES

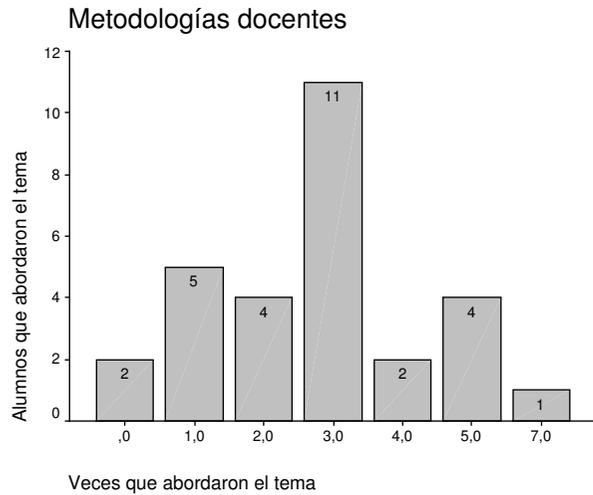
La subescala *Metodologías Docentes* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Aprend. Bas. Problemas
2. Reunión de evidencias
3. Observación directa procedimientos
4. Uso de pacientes estandarizados
5. Uso de maniqués en prácticas
6. Seminario.
7. Clase magistral
8. Exposición de temas por alumnos
9. Discusión de casos / temas
10. Prácticas de laboratorio
11. Prácticas de Disección
12. Supervisión clínica
13. Tutoría de asignatura
14. Sistemas Aprendizaje autónomo
15. Simulación con ordenadores
16. Uso Recursos audiovisuales

El alumnado se refirió a 6 de ellas, pero señaló cuatro no contempladas:

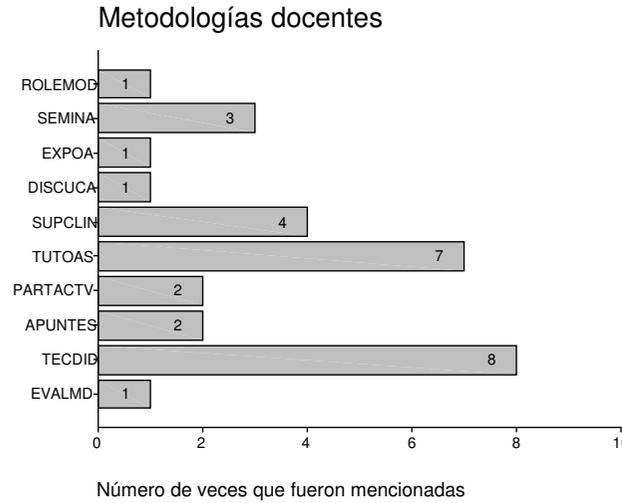
1. Observación directa procedimientos
2. Seminario
3. Exposición de temas por alumnos
4. Discusión de casos / temas
5. Supervisión clínica de prácticas
6. Tutoría de asignatura
7. **Participación activa del alumnado en clase**
8. **Apuntes de clase**
9. Técnicas didácticas
10. Evaluación de Métodos Docentes

La frecuencia y el tipo de estrategias de *Metodologías docentes* se distribuyeron como sigue.



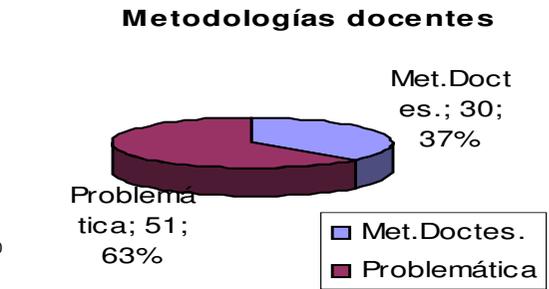
Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (7) que se aludió a estas actividades correspondió a un estudiante, mientras que cinco de ellos las tocaron por lo menos una vez. Dos alumnos no se refirieron a ellas. En total, sumaron 81 las referencias de los 27 estudiantes.



Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (8) correspondió a la subcategoría “Técnicas didácticas”, mientras que “Aprendizaje por modelamiento”, “Exposición de alumnos”, “Discusión de casos” y “Evaluación de Metodología docente” fueron mencionadas por lo menos una vez.



Gráfica

Por su parte la Gráfica muestra que 51 (63%) de las 81 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que “Metodologías” fueron menos mencionadas, representando el 37% (30 alusiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Modelamiento	1	1	P 5: 1Chica.txt - 5:1 (14:15) “La práctica clínica: permite ver lo que se explica en clases y, frecuentemente, permite aprenderlo mejor.”	La práctica clínica es el escenario idóneo para el aprendizaje por modelamiento <i>-role modelling-</i> , ya que el alumnado observa cómo el profesor-médico realiza cada una de las tareas que conforman el quehacer médico.
Seminario	3	3	P 7: 1Chica.txt - 7:6 (23:24) “Los seminarios los he encontrado interesantes e instructivos.”	Los seminarios son, junto con la discusión de casos y el aprendizaje por modelamiento las metodologías adecuadas para la enseñanza clínica. Y son altamente valorados por el alumnado.
Exp. casos Alumnos	1	1	P 1: 1Chica.txt - 1:8 (31:35) “[valoro positivamente] la presentación de casos.”	El que el alumno exponga ante sus compañeros y profesores contribuye a desarrollar la competencia de comunicación verbal y fortalece la autoestima. <u>Esta categoría pasó a Competencias Académicas</u>
Discusión de casos	1	1	P 1: 1Chica.txt - 1:8 (31:35) “[valoro positivamente] la discusión de casos.”	Por su parte, la discusión de casos contribuye a socializar el conocimiento nuevo, a desarrollar el razonamiento clínico (hipotético-deductivo) y la capacidad de elaborar y expresar argumentos.
Sup. Clín. prácticas	3	4	P 5: 1Chica.txt - 5:1 (14:15) (65:66) “La práctica clínica: permite ver lo que se explica en clases y, frecuentemente, permite aprenderlo mejor...En algunos servicios están pendientes de ti. Te explican y ayudan.” P 8: 1Chica.txt - 8:3 (32:33) “Hay bastantes médicos que sí se preocupan por que entiendas qué hacer.”	La práctica clínica supervisada garantiza una enseñanza médica de calidad; esto es comprendido por el alumnado que valora en alto la supervisión de su práctica.
Tutoría de asignatura	5	7	P17: 1Chica.txt - 17:15 (70:71) “Profesores: Algunos muestran interés y explican bien. Se ofrecen para ayudarte.” P19: 1Chico.txt - 19:3 (27:28) “Algún tutor es muy bueno, y se dedica mucho a enseñar...” P24: 1Chico.txt - 24:5 (17:20) “También está muy bien que por estudiante tengamos nada más a un doctor, porque puedes aprovechar más el tiempo y aprovechar el doctor.”	La tutoría de asignatura cuando se imparte, es altamente apreciada por el alumnado. Reconocen y valoran el que el profesor-tutor les dedique atención pedagógica en algunos casos personalizada.

Particip. Activa	2	2	<p>P 1: 1Chica.txt - 1:8 (31:35)</p> <p>“Participación activa en historias clínicas de pacientes”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:10 (53:54)</p> <p>“Motivación durante seminarios con participación activa de los estudiantes.”</p>	<p>La participación activa de alumnado es una premisa de aprendizaje significativo y también una estrategia didáctica de gran potencia en la asimilación de conocimientos, integración social y desarrollo personal. El alumnado de Medicina tiende a preferirla sobre las clases tradicionales “magistrales”.</p>
Apuntes	2	2	<p>P 2: 1Chica.txt - 2:10 (67:68)</p> <p>“Profesores que preparan unos buenos apuntes y los pasan a la clase (mejor antes de dar la teoría).”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:20 (83:83)</p> <p>“Pasen fotocopias de las clases dadas”</p>	<p>El profesorado prepara las clases con resúmenes, capítulos de libros, o artículos científicos, cuyo contenido es presentado en PowerPoint y/o fotocopias. Este material es proporcionado al alumnado como recurso como parte de la clase, siendo muy apreciado por los estudiantes</p>
Técnicas Didácticas	6	8	<p>P10: 1Chica.txt - 10:3 (13:17)</p> <p>“... también hay profesores... que muestran interés por ti, te explican los casos antes de entrar en las habitaciones a visitar al paciente e intentan explicarte cosas en la medida de lo posible.”</p> <p>P19: 1Chico.txt - 19:12 (60:61)</p> <p>“Determinados profesores son muy buenos y transmiten la información.”</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:10 (42:44)</p> <p>“También felicito a todos aquellos [profesores] que nos han explicado, porque delante de un paciente se te quedan más las cosas.”</p>	<p>Es un lugar común afirmar que no todos los profesionales excelentes son excelentes en la docencia. En el caso de la enseñanza superior, es frecuente escuchar las críticas del alumnado respecto de profesores connotados a quienes no se les logra entender en clase. Esto se debe a que impartir una clase, es decir, llevar a efecto el proceso enseñanza-aprendizaje requiere una preparación específica en el profesorado.</p> <p>De ahí, que cuando el alumnado tiene delante a profesores que se esfuerzan en que su información sea asimilada por los estudiantes, lo estimen en gran valía.</p>
Eval. Met. Docte.	1	1	<p>P14: 1Chica.txt - 14:18 (113:116)</p> <p>“Los métodos de enseñanza son muy distintos dependiendo de quien los realice. Se nota quien está a gusto enseñando a los alumnos y quienes consideran un “estorbo” al estudiante.”</p>	<p>El alumnado en conjunto, distingue con bastante claridad si el profesor que tiene delante está utilizando o no métodos adecuados de enseñanza.</p>

Metodología – Problemática		<p>51</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:9 (60:64)</p> <p>“En clase casi no se habla de la experiencia clínica, porque apenas hay tiempo. Durante las prácticas tampoco es mucho mejor, porque hay bastante descoordinación entre lo que quiere que consigamos el coordinador de la asignatura, lo que nos enseña el adjunto...”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:10 (33:35)</p> <p>“No usar una sistemática didáctica cuando visitan a los pacientes o con contradicciones entre teoría y práctica.”</p> <p>P20: 1Chico.txt - 20:2 (8:9)</p> <p>“No hay una atención pedagógica hacia los alumnos.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:22 (89:91)</p> <p>“Muy mal que den las clases por ordenador, (diapositivas con mucha letra y poca imagen) y muy rápido sin que quede ningún concepto claro.”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:14 (74:76)</p> <p>“Profesores que dan las clases para cumplir el temario dado, sin preocuparse de la comprensión de la materia.”</p> <p>P13: 1Chica.txt - 13:8 (20:23)</p> <p>“Que llegues al hospital y tu tutor no esté en el lugar y quedes tirada. Cuando comienzas las prácticas no conoces al tutor que tendrás, a veces sólo sabes el servicio donde está.”</p> <p>P 1: 1Chica.txt - 1:22 (78:78)</p> <p>“Tutores: ‘no lo conozco’”</p> <p>P23: 1Chico.txt - 23:17 (75:77)</p> <p>“Los tutores que no nos apoyan lo suficiente”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:1 (17:19)</p> <p>“Práctica clínica: no he aprendido demasiado, porque hemos perdido mucho el tiempo, el adjunto no te hace caso, el residente tiene mucho trabajo...”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:2 (8:10)</p> <p>“En las prácticas de xxx hemos estado muy <i>abandonados</i>”</p>	<p>La problemática principal referida por el alumnado se centra en los aspectos: didáctica de la enseñanza, metodología docente, organización de la práctica y actitud del profesorado.</p> <p><u>Didáctica de la enseñanza:</u> Al respecto destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de enfoque didáctico en la visita a enfermos. • Falta de coordinación entre el tutor o titular y los adjuntos. • Falta de atención pedagógica hacia el alumnado • Tiempo insuficiente de clase para la extensión de contenidos • Desconocimientos de estrategias didácticas • Exceso de recursos tecnológicos <p><u>Metodología docente:</u> Concretamente se han referido a la tutoría. Señalan el escaso o nulo contacto con los tutores asignados, la falta de apoyo y desinterés por parte de los tutores.</p> <p><u>Organización de la práctica:</u> La participación e involucramiento del alumnado en la práctica depende del tutor asignado en el Servicio. El ir detrás del médico sin participación activa, el permanecer relegado, la observación pasiva y la sensación de pérdida de tiempo, son constantes en las citas del alumnado. Se señala la falta de una función concreta en el alumnado.</p> <p><u>Actitud del profesorado:</u> El tema preponderante en las opiniones del alumnado es el desinterés de algunos profesores hacia la formación y aprendizaje de los estudiantes. Profesores que no se ocupan de la enseñanza, que delegan en los adjuntos o en los residentes esta responsabilidad de forma permanente; indiferencia para las propuestas o preguntas del alumnado.</p>
----------------------------	--	--	---

<p>Metodología – Problemática</p>		<p>51</p>	<p>P13: 1Chica.txt - 13:5 (14:15) “Que la mayoría de las prácticas nos limitamos a seguir al profesor sin hacer nada.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:16 (97:101) “Tener que espabilarte mucho para aprender. A veces te paras en un quirófano y naturalmente tienes que ir detrás del cirujano y te tienes que hacer pesada si quieres que te explique algo. Por suerte no siempre es así.”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:7 (38:42) “En las operaciones sólo te dejan mirar (y a veces ni sólo [eso]).”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:1 (17:19) “Práctica clínica: no he aprendido demasiado, porque hemos perdido mucho el tiempo, el adjunto no te hace caso, el residente tiene mucho trabajo...”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:15 (81:84) “Algunos de los doctores asignados no tenían interés en enseñar, no nos daban ningún tipo de apoyo ni académico ni personal (por suerte hemos encontrado a pocos así).”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:13 (73:75) “Los profesores no enseñan (la mayoría) sólo vienen a soltar un rollo por obligación y luego hacen preguntas en los exámenes que no corresponden con lo explicado.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:17 (95:98) “Como factores negativos destacaría el hecho de que dependiendo del doctor tutor nuestra ‘involucración’ con el caso era escasa, en muchas ocasiones nos sentíamos desplazados y a veces hasta sentíamos que molestábamos.”</p> <p>P 4: 1Chica.txt - 4:13 (75:79) “En general, aunque no todos, los profesores y coordinadores de prácticas no se molestan en solucionar problemas que planteas y creo que no tienen en cuenta las posibles propuestas que podemos plantear.”</p>	
-----------------------------------	--	-----------	--	--

ACTIVIDADES DE APOYO AL APRENDIZAJE

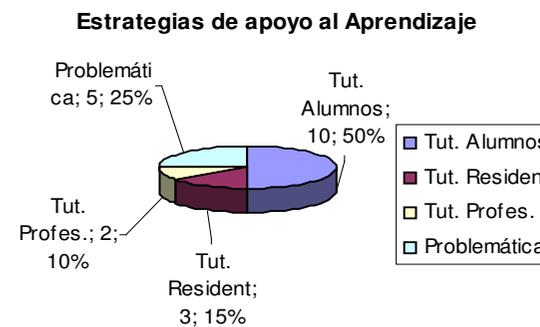
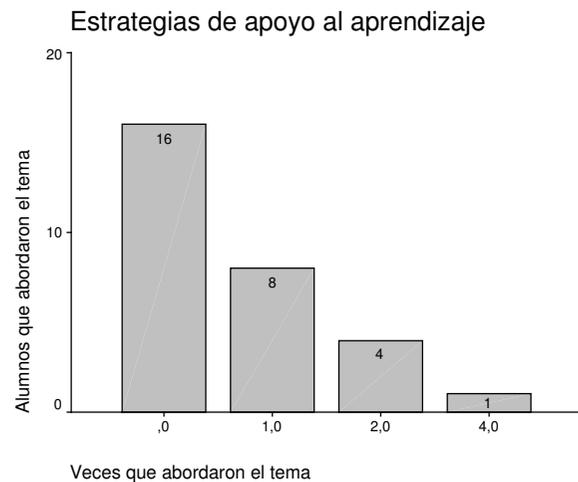
La subescala *Actividades de Apoyo* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Conferencias
2. Congresos y Jornadas
3. Prácticas de Verano
4. Cursos monográficos
5. Cursos a distancia
6. Prácticas en Lab/Deptos.
7. Sesiones clínicas
8. Tutoría de Profesores
9. Tutoría entre alumnos
10. Servicio de Atención Psicológica

El alumnado se refirió a 2 de ellas, pero señaló otra no contemplada:

1. Tutoría de Profesores
2. Tutoría entre alumnos
- 3. Tutoría de Residentes**

La frecuencia y el tipo de actividad de *Apoyo al aprendizaje* se distribuyeron como sigue.



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (4) que se aludió a estas actividades correspondió a un estudiante, mientras que ocho de ellos las tocaron por lo menos una vez. 16 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 20 las referencias de los 13 alumnos.

La Gráfica muestra que el 50% de las 20 alusiones correspondió a la subcategoría de “Tutoría de Alumnos”, mientras que las “Tutoría de profesores fue la menos mencionada, representando el 5%, (2 veces). La “Problemática” representa el 25% de las referencias del alumnado.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Cate- goría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Tutoría Alumnos	10	10	<p>P 8: 1Chica.txt - 8:7 (64:67)</p> <p>"En general valoro positivamente a la gente de mi alrededor: por ejemplo (los compañeros de mi curso y de otros) que comparten sus opiniones sobre las diferentes prácticas."</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:18 (113:113)</p> <p>"[Valoro positivamente al] tutor alumno de curso superior."</p>	La tutoría entre pares, tanto del propio grupo como de los cursos superiores, es muy apreciada por el alumnado. El sistema de tutor-alumno parece funcionar adecuadamente cuando es utilizado.
Tutoría Residentes	2	3	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:19 (114:122)</p> <p>"...con los residentes que he estado, aún teniendo mucha faena por hacer, se han preocupado mucho por mi, me han explicado muchas cosas, han hecho también posible que los alumnos perdamos el miedo "a entrar a las habitaciones" por decirlo así, ya que ves a gente como tú que también está aprendiendo y lo dicho, te explican las cosas mil veces si hace falta), creo que son también un gran estímulo."</p>	<p>La tutoría que imparten los residentes con el alumnado en los centros sanitarios es una realidad, tanto como que, no obstante no estar reglamentada, el personal docente delega en los residentes mucha de la labor de tutoría y seguimiento de la introducción y progreso académico del alumnado.</p> <p>Los estudiantes se identifican bastante con los residentes no solo por la edad e intereses cercanos, sino porque en la perspectiva de futuro mediato del alumno está convertirse en residente. De esa forma, los estudiantes aprecian positivamente su relación pedagógica con los residentes.</p>
Tut. Prof..	2	2	<p>P12: 1Chica.txt - 12:12 (79:81)</p> <p>"Los profesores, aunque hay de mejores y peores, también suelen ser un buen apoyo."</p>	La alusión a la tutoría de profesores en el escenario clínico es sumamente escasa. Sólo se reconocen excepciones.
Problemática	5	5	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:26 (133:136)</p> <p>"Tutor profesor de la universidad (personalmente lo he llamado muchas veces, siempre se ha puesto su secretaria, me ha dicho que me llamará y aún no lo ha hecho..."</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:6 (26:27)</p> <p>"Tener un médico asignado que no lo ves nunca, o te evita o te deriva."</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:16 (78:79)</p> <p>A veces te sientes sólo y sin ningún recurso para quejarte de la actitud de los profesores.</p>	El sistema tutorial docente funciona de manera deficiente, es decir, a pesar de que se asigna institucionalmente tutores al alumnado, estos no siempre establecen contacto o estrechan relación con el alumno. De esta forma, los problemas académicos que se presentan a los estudiantes no siempre logran ser conocidos y, por ende, tampoco solucionados, situación que el alumnado afirma resentir.

COMPETENCIAS CLÍNICAS

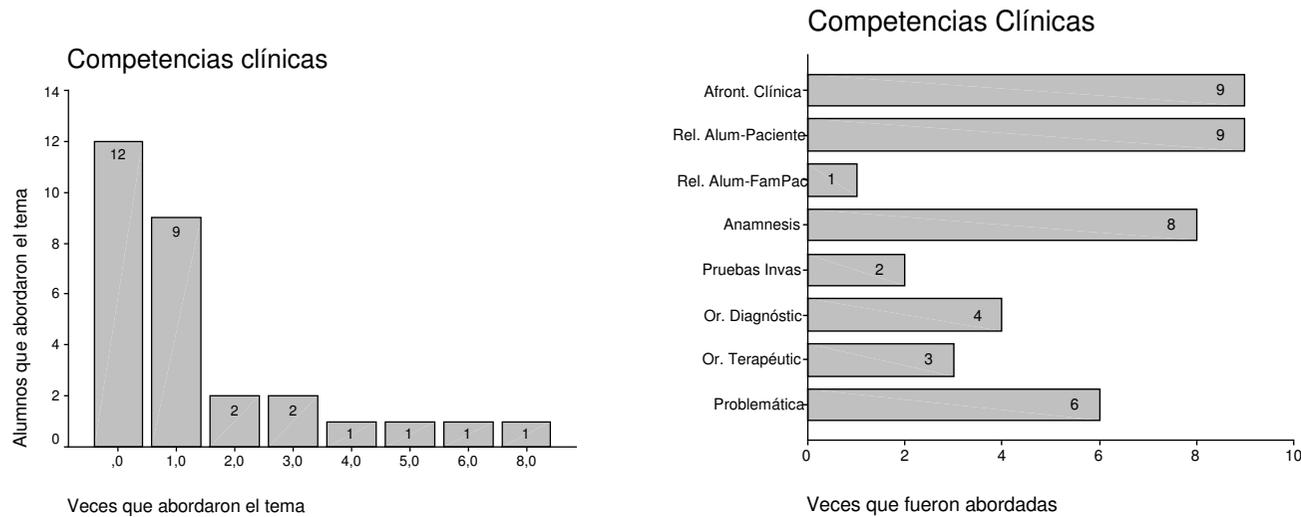
La subescala *Competencias Clínicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Explorar (Anamnesis)
2. Conformar síndromes
3. Orientar diagnóstico (Prueb/imag)
4. Orientar terapéutica

El alumnado se refirió a tres de ellas, pero señaló otras no contempladas específicamente:

1. Explorar (Anamnesis)
2. Orientar diagnóstico (Prueb/imag)
3. Orientar terapéutica
- 4. Afrontar la Clínica (Pasó a Sucesos)**
- 5. Relación alumno-paciente**

La frecuencia y el tipo de actividad de las *Competencias Clínicas* se distribuyeron como sigue.



La Gráfica muestra que dos de las subcategorías “Anamnesis” y “Relación Alumno-Paciente” obtuvieron el mayor número de menciones (9) lo que representa el 21% para cada una —“Afrontamiento de la Clínica” pasó a la Categoría Sucesos-. La menos abordada fue la de “Relación con familiar del paciente con una sola mención 3%. En total, sobre ellas opinaron 17 estudiantes.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcat e-goría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Afront. Clínica	4	9	<p>P11: 1Chica.txt - 11:14 (56:57)</p> <p>“Satisfacción [por] entender el lenguaje médico con todos sus tecnicismos.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:12 (44:47)</p> <p>“Empatía del doctor con el paciente y familiares al informar sobre un diagnóstico de un mal pronóstico... Resolución de situaciones complejas en el trato con pacientes descontentos o con conductas inapropiadas.”</p>	<p>El afrontamiento de la enseñanza clínica supone para el alumnado un cúmulo de nuevas experiencias académicas, sociales y personales. Se trata de afrontar el reto de “hacer de médico”, presenciar y practicar intervenciones médicas supervisadas, tanto de profesores titulares, adjuntos, residentes, otro personal sanitario, como de ellos mismos en menor medida.</p> <p>Su iniciación implica comenzar a empaparse de la ‘jerga’ técnica médica, en entrevistar a pacientes reales, conociendo sus comportamientos y reacciones, aprendiendo cómo solventar diferendos con ellos. A relacionarse con familiares del paciente. Entre otras experiencias significativas.</p>
Rel. Alumno-Paciente	9	9	<p>P29: 1Chico.txt - 29:2 (16:16)</p> <p>“Me ha gustado mucho el trato con el paciente”</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:15</p> <p>“...Hablar con los pacientes, preguntarles por sus síntomas... es la parte más impresionante de estar en el hospital...”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:9 (34:34)</p> <p>“La paciencia de los pacientes con los estudiantes”</p>	<p>Durante la enseñanza clínica de cuarto curso también inicia el aprendizaje de la relación con el paciente. El alumnado les interroga, les explora físicamente, les valora. Algunos alumnos se sienten más satisfechos con esta relación directa, otros menos. En todo caso, agradecen la confianza y paciencia de los pacientes que colaboran en su formación como médicos.</p>
Rel. Alum-FamPac	1	1	<p>P14: 1Chica.txt - 14:16 (104:108)</p> <p>Lo peor es hablar con la familia. Es muy duro tener que comunicar a la familia un empeoramiento, o incluso una muerte.</p>	<p>Otro de los nuevos aprendizajes que contribuyen a desarrollar la competencia clínica es la relación del alumnado con los familiares del paciente. No es directa, puesto que la responsabilidad es del profesor-médico o residente, pero el alumno está presente y, en casos excepcionales, participa de la interacción con ellos.</p>

Anamnesis	7	8	<p>P11: 1Chica.txt - 11:12 (51:53)</p> <p>“Satisfacción [por] ver que puedes llegar tu sola a un diagnóstico correcto haciendo la historia, exploración.”</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:12 (55:57)</p> <p>“Motivación durante las consultas donde tenías participación activa (exploración física, orientación del enfermo...) Por ejemplo xxx.”</p>	<p>El llevar a cabo una metódica y correcta anamnesis es una experiencia altamente satisfactoria y motivante para el alumnado. En particular aquellas en que se brinda al estudiante la oportunidad de participar activamente el proceso diagnóstico.</p>
Pruebas Invasivas	2	2	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:7 (35:43)</p> <p>“Ahora hemos aprendido a manejarnos en planta, a hacer historias clínicas y exploraciones, pero creo que la carrera aún se basa demasiado en la teoría y poco en las habilidades clínicas (saber intubar, coger una vía venosa, etc.). Resulta que hay ciertos procedimientos que no podemos hacer porque, en principio, hay problemas legales y, en cambio, en enfermería pueden pinchar desde casi el primer curso (no es justo creo yo).”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:8 (34:37)</p> <p>“Siempre se agradece el hecho de que nos permitan experimentar las técnicas instrumentales. A mí personalmente me gustó mucho hacer una punción lumbar aunque esta fue fallida.”</p>	<p>Se advierte una avidez de conocimientos prácticos sobre técnicas instrumentales (pruebas invasivas) diversas, a las que, por norma, criterios del tutor u oportunidad, no todos los estudiantes tienen acceso, para su decepción.</p> <p>Esta carencia puede ser resarcida con el apoyo de maniqués especialmente diseñados para la práctica iniciatoria.</p>
Orientación Diagnóstica	3	4	<p>P11: 1Chica.txt - 11:12 (51:53)</p> <p>“Satisfacción [por] ver que puedes llegar tu sola a un diagnóstico correcto haciendo la historia, exploración.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:11 (56:58)</p> <p>“Emoción cuando piensas “eso yo ya lo había pensado” y resulta que el médico adjunto dice o hace lo que tú ya pensabas.”</p>	<p>La experiencia de corroborar sus conocimientos teóricos en combinación con razonamiento clínico para arribar a un diagnóstico, contribuye a afirmar la confianza y autoconcepto académicos del médico en ciernes.</p>
Orient. Terap.	2	3	<p>P14: 1Chica.txt - 14:3 (19:20)</p> <p>“[valoro positivamente] participar, con mi opinión, en la terapéutica con los pacientes.”</p>	<p>En menor medida, pero en cuarto curso, también se inician en los procesos terapéuticos, situación que les resulta motivadora y estimulante para su formación médica.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemática</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>P 1: 1Chica.txt - 1:13 (42:43) “Poca práctica de habilidades clínicas. Poca responsabilidad”</p> <p>P 1: 1Chica.txt - 1:12 (41:41) “Falta de contacto con más pacientes de forma directa”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:21 (87:88) “Muy poca enseñanza psicológica de la práctica en relaciones médico-paciente-familia.”</p> <p>P13: 1Chica.txt - 13:6 (16:17) “Que no te enseñan a hacer faenas como abrir vías, pinchar,…”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:14 (54:56) “Falta de información al estudiante respecto a si debe ponerse guantes o no para ayudar con un paciente o tocar algún producto (¿si es aséptico o no?)”</p>	<p>En el ámbito de desarrollo de la competencia clínica, el alumnado advierte carencias en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa responsabilidad para ellos en las prácticas clínicas • Escaso contacto directo con el paciente • Ausencia de enseñanza sobre la dinámica psicológica de relaciones con paciente y familiares. • Escasa o nula oportunidad de aprender técnicas instrumentales invasivas. • Falta de información al alumnado sobre medidas básicas de seguridad en las prácticas clínicas.
---	----------	----------	--	--

COMPETENCIAS ACADÉMICAS

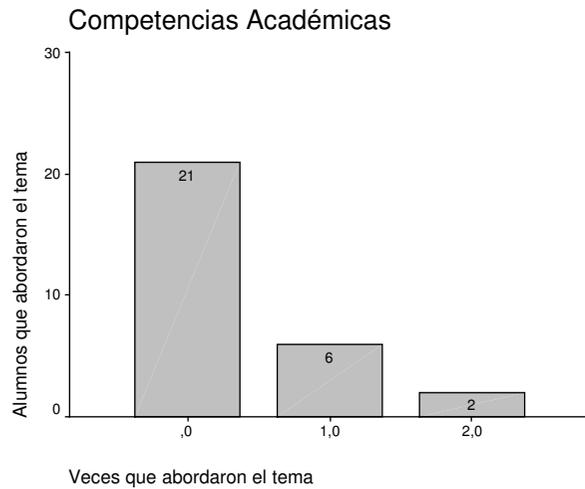
La subescala *Competencias Académicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Aprendizaje Autónomo
2. Metod. Investig. Científica
3. Reflexión Análisis Crítico
4. Integr. Conoc. Teór. Y Prácticos
5. Discusión Grupal
6. Toma de decisiones
7. Exposición oral de temas/casos
8. Búsq. Soluciones creativas
9. Redacción técnica médica
10. Empatía interpersonal
11. Trabajo en equipo
12. Trabajo bajo presión
13. Manejo Ansiedad f/Exámenes
14. Búsqueda informatizada
15. Organización Tiempo Estudio
16. Org. Contenidos Material Estudio

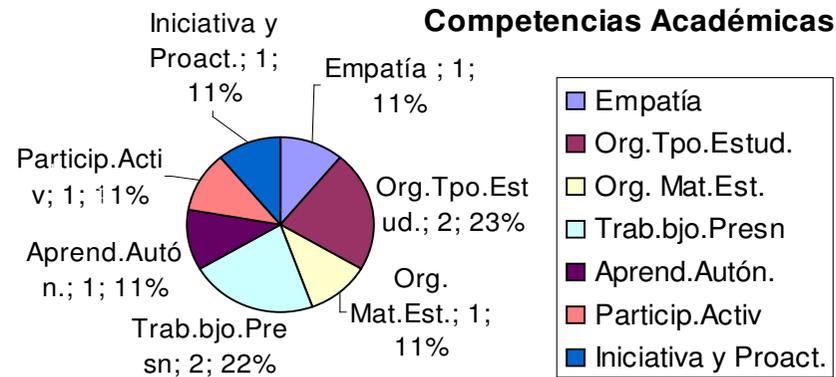
El alumnado se refirió a 5 de ellas y aportó dos más:

1. Aprendizaje Autónomo
2. Empatía interpersonal
3. Trabajo bajo presión
4. Organización Tiempo Estudio
5. Org. Contenidos Material Estudio
6. Participación activa en clase
7. Iniciativa y proactividad

La frecuencia y el tipo de *Competencias Académicas* se distribuyeron como sigue.



La Gráfica muestra cómo el mayor número (2) de veces que se aludió a estas competencias correspondió a dos estudiantes, mientras que seis de ellos las abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 10 las referencias de los 8 estudiantes.



La Gráfica muestra cómo dos subcategorías “Trabajo bajo presión”, y “Org. del Tiempo para estudiar”, fueron las que más se abordaron (dos ocasiones cada una). En tanto que la “Empatía” y “Org. del material para estudiar”, sólo fueron abordadas una vez, lo mismo que las subcategorías emergentes: “Participación activa en clase” y la de “Iniciativa y proactividad”.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcat e-goria	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Empatía	1	1	P18: 1Chica.txt - 18:12 (44:47) "Empatía del doctor con el paciente y familiares en informar sobre un diagnóstico de un mal pronóstico. Resolución de situaciones complejas en el trato con pacientes descontentos o con conductas inapropiadas."	La empatía es una competencia básica en la formación médica. La capacidad de ponerse en el lugar del otro, de comprender lo que siente o puede pensar el otro es fundamental en el caso de Medicina cuya premisa principal es aliviar el dolor y curar a las personas. De ahí la relevancia que esta competencia implica. La empatía, directamente relacionada con la comunicación, también lo está en la capacidad de negociación y solución de conflictos. Consta de un aporte de habilidad personal, nato o aprendido, más lo que, mediante el modelaje, desarrolla durante los años de formación, en la enseñanza clínica particularmente.
Org. del tiempo de estudio	2	2	P12: 1Chica.txt - 12:5 (23:24) "Tener que estudiar muchas horas diarias durante el periodo de exámenes." P 2: 1Chica.txt - 2:9 (55:57) "Desmotivación al estudiar para los exámenes porque te das cuenta que lo podías haber preparado mejor durante el curso."	Uno de los ajustes propios de la transición bachillerato-universidad es el de la organización del tiempo para estudiar. En Medicina, debido a la amplitud de contenidos y objetivos del currículo, el alumnado ha de adaptar su tiempo para cubrir la demanda académica. Dedicar más horas al estudio de lo que hacía en bachillerato, e ir haciendo ajustes dependiendo de la dificultad de la asignatura, la organización curricular o la exigencia del profesorado, Un ajuste importante se realiza en el tránsito a la enseñanza clínica, cuando la enseñanza obliga a pasar cinco horas continuas en el hospital.
Org. del material de estudio	1	1	P12: 1Chica.txt - 12:4 (17:19) "He ido aprendiendo cómo estudiar la Medicina y cómo preparar los exámenes y mis resultados han ido mejorando."	Los ajustes en la organización del material de estudio dependerán de la amplitud del contenido, los objetivos de aprendizaje, el grado de dificultad para el alumno y la exigencia del profesorado, pero, en cualquier caso, supone un desarrollo de competencia académica en el estudiante, que suele reflejarse en su rendimiento académico.
Trabajo bajo presión	2	2	P19: 1Chico.txt - 19:13 (66:66) "Demasiada información en poco tiempo" P17: 1Chica.txt - 17:5 (21:23) "Presión que ponen algunos profesores sobre ti con respecto a que tú no sabes nada y ellos todo, y debes remediarlo estudiando más."	A la amplitud del contenido se suman, la exigencia del profesorado y la propia del alumnado, dando lugar a una permanente situación de trabajo bajo presión, a la cual los estudiantes han de habituarse no sin dificultades y desajustes emocionales y, en algunos casos, con consecuencias fisiológicas tales como trastornos digestivos.

Aprend. autónomo	1	1	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:22 (129:132)</p> <p>"Hay algún profesor... que explica fatal las lecciones y extremadamente deprisa, con lo cual tienes que recurrir a comisiones de apuntes."</p>	<p>Cuando el alumnado se encuentra con dificultades para adaptarse al estilo de enseñanza de un profesor, ha de ejercitarse en otras formas de comprender el contenido y lograr los objetivos curriculares. Este puede ser una forma de aprendizaje autónomo. DUDA S.R.E.</p>
Part. Activa	1	1	<p>P21: 1Chico.txt - 21:10 (53:54)</p> <p>"...seminarios con participación activa de los estudiantes."</p>	<p>La participación activa del estudiante en clases es una actividad que puede ser: promovida desde la propia metodología docente, por la dinámica social del grupo y, también, por la personalidad de sus integrantes. De cualquier modo, su práctica resulta motivante para el aprendizaje y favorecedora de competencia académica.</p>
Iniciativa y Proactividad	1	1	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:16 (97:101)</p> <p>"Tener que despabilarte mucho para aprender. A veces te paras en un quirófano y naturalmente tienes que ir detrás del cirujano y te tienes que hacer pesada si quieres que te explique algo. Por suerte no siempre es así."</p>	<p>Tomar la iniciativa es un recurso adecuado para aprovechar de mejor manera las situaciones de aprendizaje en que las condiciones no son las más óptimas para aprender. En el escenario de hospital, en el que la prioridad es la atención al paciente, el alumnado ha de adoptar una actitud proactiva y propiciarse experiencias de aprendizaje, dentro de un marco académico que le permite unas pero no otras.</p> <p><u>Estos fragmentos pasaron a otras categorías.</u></p>

CALIDAD INSTITUCIONAL

La categoría “Calidad Institucional” es de carácter emergente en el contexto de las encuestas al alumnado.

Únicamente se abordó en una ocasión por una estudiante:

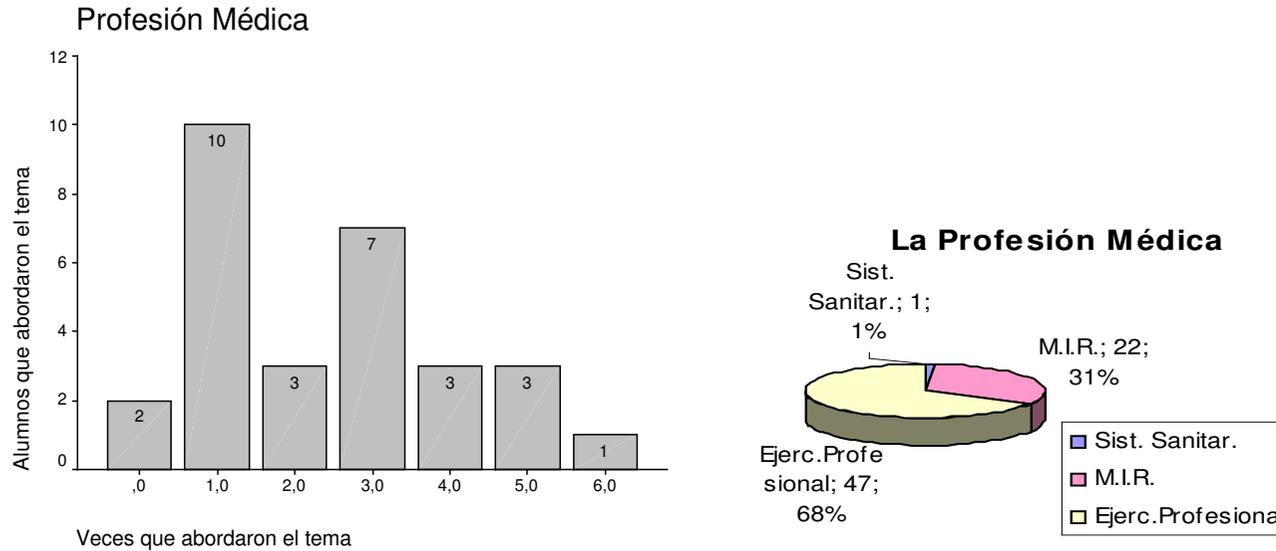
P18: 1Chica.txt - 18:8 (29:30)

“No exista una evaluación de los profesores de prácticas.”

Lo que nos indica que esta carencia institucional se detecta entre el alumnado aunque el nivel de concienciación es bajo.

PROFESIÓN MÉDICA

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Profesión Médica” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (6) que se aludió a la temática correspondió a un solo estudiante, mientras que diez de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 70 las referencias de los 27 alumnos.

La Gráfica muestra que el 68% de las 70 alusiones correspondió a la subcategoría de “Ejercicio Profesional”, mientras que la de “Sistema Sanitario” fue menos mencionada, representando el 1%, (1 ocasión).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

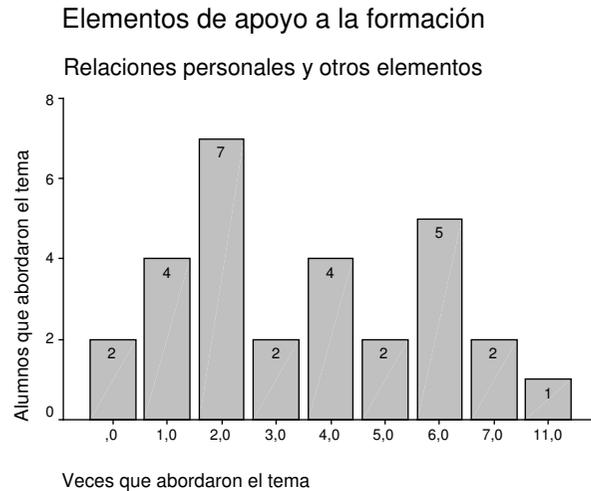
Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Sistema sanitario	1	1	P26: 1Chico.txt - 26:6 (37:38) "A una mujer no se le dio el tratamiento más efectivo por el elevado coste."	Durante la práctica clínica, el alumnado tiene oportunidad de presenciar la cotidianidad del quehacer médico, en cual se desarrolla en un marco normativo establecido por el Estado español y la Generalitat de Catalunya, a través del Institut Català de Salut, es el sistema sanitario.
M.I.R.	13	22	P17: 1Chica.txt - 17:6 (24:24) "Presión con el MIR" P 9: 1Chica.txt - 9:19 (114:122) "Residentes (es otra cosa que me ha impactado porque con los residentes que he estado, aún teniendo mucha faena por hacer, se han preocupado mucho por mi, me han explicado muchas cosas, han hecho también posible que los alumnos perdamos el miedo "a entrar a las habitaciones" por decirlo así, ya que ves a gente como tú que también está aprendiendo y lo dicho, te explican las cosas mil veces si hace falta) creo que son también un gran estímulo." P16: 1Chica.txt - 16:13 (73:74) "[Los] residentes te plantean preguntas interesantes, solucionan problemas y dudas. [te dan un] trato más personal." P 3: 1Chica.txt - 3:3 (17:19) (74:75) "Hemos podido aprender de la experiencia personal de los residentes y de sus consejos en relación a la carrera y la profesión... Los residentes son los que más apoyo tanto académico como personal nos han dado." P28: 1Chico.txt - 28:4 (13:21) "Creo que influye demasiado el carácter de los médicos residentes. En algunas prácticas pasamos más tiempo con los residentes que con nuestros propios tutores. Eso tiene su parte positiva ya que ellos han pasado por nuestra etapa recientemente y nos entienden bien. Por otro lado, a menudo están demasiado sobrecargados de trabajo y no pueden explicarnos con suficiente detenimiento nuestras dudas. Otros, simplemente, no nos atienden." P29: 1Chico.txt - 29:4 (22:24) "[valoro negativamente el] haberme dado cuenta de lo dura que es a veces la Medicina y saber que el futuro está muy negro en nuestra futura profesión."	Aunque el alumnado es conciente en todo momento de la inminencia del examen MIR, se ha recogido una sola mención directa sobre el mismo, aludiendo a la presión que, innegablemente ejerce éste a lo largo de toda la carrera. Normalmente sobrecargados de trabajo, los residentes tienden a acoger al alumnado, promoviendo su integración y adaptación al entorno hospitalario, ofreciéndoles apoyo y en algunos casos amistad, brindándoles un trato más cercano y personal. A petición del profesorado titular o adjunto, asumen funciones docentes o tutoriales con el alumnado, por lo que pasan bastante tiempo con ellos explicándoles los casos clínicos a su cuidado, su diagnóstico, terapéutica y pronóstico. El alumnado admira su labor y agradece este apoyo necesario. También se dan casos excepcionales de no contar con el apoyo del residente, generalmente esto se debe a su fuerte carga de trabajo. Todo esto le permite al alumnado atisbar lo que puede ser su futuro profesional mediato. No siempre esta concienciación es positiva, a veces, causa desazón y desánimo en algunos estudiantes.

Ejercicio profesional - identidad, práctica	21	47	<p>P24: 1Chico.txt - 24:2 (8:10)</p> <p>“Llevábamos mucho tiempo nada más en la universidad, estudiando nada más y no sabiendo bien qué era la Medicina.”</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:3 (12:15)</p> <p>“El hecho de ir al hospital nos ha ayudado a darnos cuenta de que realmente nos estamos formando como médicos y que tenemos que prepararnos a fondo para ser buenos doctores el día de mañana.”</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:11 (64:67)</p> <p>“El hecho de poder asistir a las intervenciones quirúrgicas y hacer un poco lo que hace un residente (en este primer cuatrimestre).”</p> <p>P 6: 1Chica.txt - 6:2 (16:18)</p> <p>“...y poder aprender a veces de personas con mucha experiencia, ganas de enseñar y sensibilidad con los pacientes.”</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:6 (37:42)</p> <p>“Ver que todavía hay profesionales de la salud que se interesan de verdad por el estado de salud de sus pacientes, por sus preocupaciones... Y que no tienen ningún inconveniente en explicar con paciencia al paciente las pruebas que se le deben realizar, en qué consiste su enfermedad...”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:7 (30:31)</p> <p>“Muchos doctores [por] su calidez y humildad hacia los pacientes.”</p> <p>P 7: 1Chica.txt - 7:14 (42:43)</p> <p>“Me ha agradado el buen trato humano que tienen algunos médicos (no todos) y residentes con sus pacientes.”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:11 (40:42)</p> <p>“Enfermos muy graves cuya causa de enfermedad es por ejemplo el tabaco y no lo dejan y no puedes convencerles para que lo dejen.”</p> <p>P 6: 1Chica.txt - 6:12 (90:93)</p> <p>“Creo que la actitud de algunos profesores y médicos más que un apoyo es una dificultad en el aprendizaje clínico y una fuente de desánimo (más que por la profesionalidad, es por el trato que dan a pacientes y alumnos).”</p>	<p>La práctica clínica viene a reforzar una identidad profesional en formación. Principalmente, porque al resultar satisfactoria y motivante, reconcilia al estudiante con la profesión elegida, después de casi tres cursos en que la vocación se hallaba aparcada.</p> <p>Comienza a hacer de médico a través de un modelamiento identitario en el alumnado observa a los profesores, médicos y residentes ejercer el oficio.</p> <p>El alumnado percibe los sucesos que ocurren en el escenario clínico, de entre ellos destacan las relaciones médico-paciente-familiares. Observan y aprenden cómo relacionarse, como manejar sus relaciones con los pacientes, con calidez y calidad, sin perder objetividad. También observan las conductas contrarias, es decir, la distancia y falta de involucramiento de algunos médicos con sus pacientes.</p> <p>Asimismo, los estudiantes comienzan a comprender los límites y la incertidumbre de su hacer profesional, cuando todos los recursos disponibles fallan ante la voluntad contraria de un paciente o la propia enfermedad.</p> <p>Es esta fase un periodo de mayor sensibilidad en el alumnado cuya identidad profesional aún débil, busca afianzarse en las normas, por lo que los casos que cuestionan su esquema de valores y ética les afectan más.</p>
---	----	----	--	--

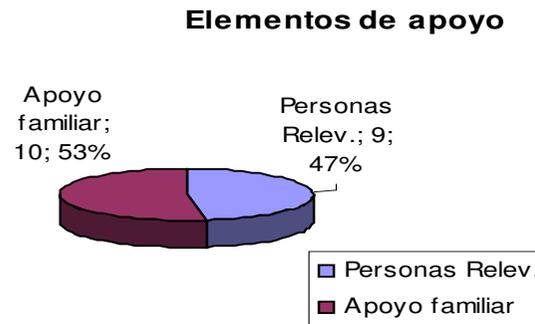
<p>Ejercicio profesional - identidad, práctica y ética</p>			<p>P25: 1Chico.txt - 25:11 (59:60) “Es triste cómo tratan a los pacientes y ni los miran a la cara.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:8 (42:44) “Ver las negligencias que se pueden llegar a cometer en un quirófano aunque no corra peligro la vida del paciente.”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:13 (51:53) “Falta de tacto para hablar entre médicos de pacientes o de la práctica de otros médicos (críticas negativas) delante del estudiante.”</p>	
--	--	--	---	--

Personas y Elementos en la Formación

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Personas – Relaciones interpersonales” se distribuyeron como sigue:

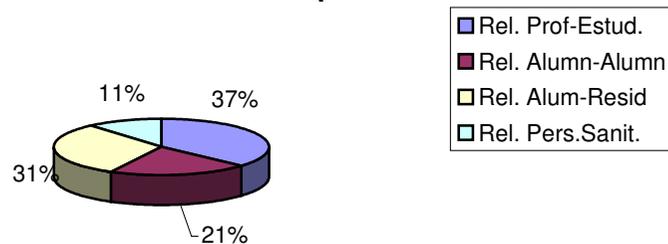


Gráfica



Gráfica

Relaciones personales



Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (11) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que cuatro de ellos la abordó por lo menos una vez. En total, sumaron 105 las referencias de los 27 alumnos. Por la relevancia de la categoría “Personas” referida a las relaciones personales, se ha considerado pertinente desglosarla; concentra 9 fragmentos de los 105, en tanto que la de “Apoyo familiar” cuenta con 10 fragmentos.

La Gráfica muestra que el 53% de las 19 alusiones correspondió a la subcategoría de “Apoyo Familiar”, mientras que la de “Personas relevantes” fue menos mencionada, representando el 47%, (9 ocasiones).

Por su parte, la Gráfica muestra que el 37% de las 86 alusiones correspondió a la subcategoría de “Relaciones Profesor-Estudiante”, mientras que la de “Relaciones Alumno-Personal Sanitario” fue menos mencionada, representando el 11%, (8 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Personas relevantes	7	9	<p>P26: 1Chico.txt - 26:4 (32:33) "Me marcó el primer médico que se me asignó para introducirme en este mundo." P23: 1Chico.txt - 23:6 (33:34) "Algunos profesores que te inculcan la mentalidad de la correcta práctica médica, como persona." P12: 1Chica.txt - 12:6 (32:34) "Me han impactado algunos profesores en concreto en los que se notaba el interés en que aprendiéramos y nos gustara la Medicina."</p>	<p>Durante la formación se halla uno en contacto con determinadas personas, en este caso médicos y profesores que dejarán una huella educativa en el alumnado.</p> <p>Los estudiantes de cuarto curso se han referido a los profesores que les han "introducido" a la clínica, los que muestran congruencia personal y profesional; y aquellos que les demuestran interés genuino en su aprendizaje.</p>
Apoyo Familiar	10	10	<p>P 6: 1Chica.txt - 6:9 (78:80) "En primer lugar creo que es muy importante el apoyo de la familia, pareja y amigos en los momentos más críticos." P11: 1Chica.txt - 11:18 (78:79) "Familia siempre a tu lado apoyándote y dándote ánimos." P22: 1Chico.txt - 22:8 (58:59) "Familia y compañeros han sido comprensivos con el estrés de época de exámenes." P29: 1Chico.txt - 29:14 (73:74) "Familia: Apoyo total, tanto emocional como económico"</p>	<p>Aprecian en alta estima el apoyo emocional y económico que les brinda su familia, sobre todos en momento críticos como cuando padecen estrés previo a exámenes.</p> <p>El estar cerca de su familia y contar con su ánimo continuo es un elemento que ya se ha descrito como factor favorecedor de las transiciones académicas.</p> <p>Con menor frecuencia, dado que no es la condición mayoritaria, también valoran el apoyo de su pareja.</p>

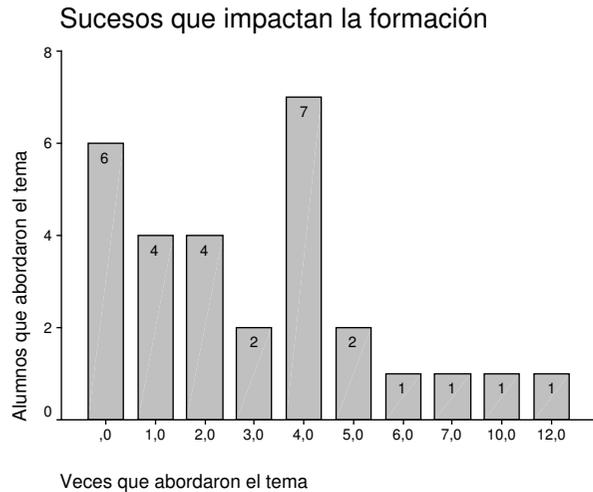
Relaciones Profesor-estudiante	18	26	<p>P 6: 1Chica.txt - 6:11 (84:86)</p> <p>“También creo que son importantes aquellos médicos, profesores y residentes que son capaces de tratar a los alumnos como iguales.”</p> <p>P 7: 1Chica.txt - 7:10 (29:30)</p> <p>“La atención que tuvieron con nosotros los adjuntos, en los momentos de que disponían.”</p> <p>P 7: 1Chica.txt - 7:13 (39:40)</p> <p>“El buen trato humano y docente que hemos recibido de parte de los médicos y residentes.”</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:5 (22:27)</p> <p>“Algunos médicos parecen demasiado inaccesibles y a veces no nos atrevemos a preguntarles algunas dudas. La mayoría de las veces nuestro temor es excesivo y al atrevernos a preguntar descubrimos que no son “ogros” y explican muy bien porque saben mucho.”</p> <p>-----</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:15 (81:84)</p> <p>“Algunos de los doctores asignados no tenían interés en enseñar, no nos daban ningún tipo de apoyo ni académico ni personal (por suerte hemos encontrado a pocos así).”</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:19 (116:119)</p> <p>“Es muy desagradable recibir un trato despreciativo, más aún cuando tampoco puedes defenderte debido a la posición que ocupa el estudiante en la escala de importancia y valor de algunos médicos.”</p> <p>P16: 1Chica.txt - 16:5 (22:23) (80:83)</p> <p>“El trato que ves por parte de algún adjunto (Dr. xxx) en su trato con los pacientes. Su humor. El trato con los alumnos.”</p> <p>P23: 1Chico.txt - 23:11 (47:49)</p> <p>“Estamos <i>hartos</i> de que los profesores con la excusa de ser médicos nos dejen tirados en clase y no avisen.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:17 (83:86)</p> <p>“Profesores: Hay buenos profesionales que son nefastos docentes. Algunos no se dan cuenta ni de lo que hacen ni dejan de hacer y me da la impresión como si ellos nunca hubiesen estudiado.”</p>	<p>Las que se establecen entre profesores y estudiantes son relaciones relevantes el proceso enseñanza aprendizaje y en la propia formación del joven universitario.</p> <p>Entre los elementos satisfactorios para los estudiantes están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención a sus necesidades y condición de estudiantes. • El trato humano • El trato “entre iguales”, sin sombra de supremacía. <p>Sin embargo, con mucha menor frecuencia, subsisten situaciones en las que se dan fricciones entre los profesores y el alumnado. Aunque se presentan en menor medida, ameritan una atención especial, pues los pocos casos, se mencionaron con mayor frecuencia en las encuestas.</p> <p>En ellos, destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trato sin interés en enseñarles. • El trato con menosprecio o prepotencia • El trato con indiferencia, del profesor que ‘ignora’ la presencia del estudiante.
--------------------------------	----	----	---	---

Personas – Relaciones Alumno-Alumno	12	15	<p>P 6: 1Chica.txt - 6:10 (81:83)</p> <p>“... creo que los compañeros de clase son muy importantes y que afortunadamente en mi clase hay un ambiente muy positivo.”</p> <p>P 8: 1Chica.txt - 8:7 (64:67)</p> <p>“En general valoro positivamente a la gente de mi alrededor: por ejemplo (los compañeros de mi curso y de otros) que comparten sus opiniones sobre las diferentes prácticas.”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:17 (76:77)</p> <p>“Compañeros muy buena relación y apoyo mutuo en buenos y malos momentos.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:15 (75:76)</p> <p>“Compañeros ¡los mejores! El ambiente en clases es muy bueno.”</p> <p>---</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:18 (87:89)</p> <p>“Hay demasiada competitividad en clase pero es inevitable ya que de las notas depende nuestro futuro y no de nuestra capacidad o habilidad o conocimientos...”</p>	<p>Entre el profesorado se menciona la competitividad entre el alumnado. Sin embargo, por lo que respecta al grupo de cuarto curso, de la cohorte 99, (Campus Bellvitge) esta aún es menos notoria. De hecho, en sus opiniones de la encuesta del momento 1, resaltan los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración positiva de la buena relación entre el alumnado • Estimación buena respecto del ambiente que se vive en el grupo. • Aprecio entre los compañeros de grupo. <p>---</p> <p>Se reconoce cierto grado de competitividad entre los estudiantes del grupo, pero se acepta argumentando el vínculo de las notas con el futuro mediato (M.I.R.)</p>
-------------------------------------	----	----	--	---

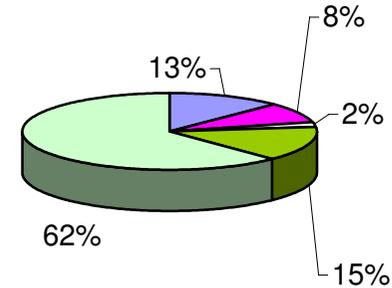
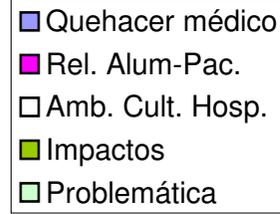
Relaciones Alumno-Residente	16	22	<p>P21: 1Chico.txt - 21:7 (38:40)</p> <p>“Relación con la mayoría de residentes de cada especialidad, mucho más dispuestos a atenderte que propios adjuntos.”</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:12 (88:89)</p> <p>“Algunos residentes me han animado descubriéndome lo apasionante que es la Medicina.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:6 (35:36)</p> <p>“Muy buena relación con los pacientes y los residentes.”</p> <p>P22: 1Chico.txt - 22:5 (31:32)</p> <p>“Los residentes, en general, suelen portarse bien y te explican algo.”</p> <p>----</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:19 (80:81)</p> <p>“Hay residentes que no te hacen ni caso, vas con ellos, pero hacen como si tú no estuvieras.”</p> <p>P23: 1Chico.txt - 23:18 (78:79)</p> <p>“Algunos residentes se creen más importantes ignorándote.”</p>	<p>Como se ha mencionado por el profesorado y por el mismo alumnado en la subescala de “Apoyos al Aprendizaje” y la subcategoría “Tutoría de Residentes”, la relación que se establece entre el alumnado y los jóvenes médicos residentes suele ser relevante en el proceso formativo.</p> <p>De ahí que el alumnado destaque su apego a los médicos residentes, por su disposición a enseñarles y por la atención a sus demandas académicas y de acogida.</p> <p>En mucha menor medida se han señalado casos de indiferencia por parte de médicos residentes.</p>
-----------------------------	----	----	---	--

Relaciones Alumno-Personal Sanitario	8	8	<p>P19: 1Chico.txt - 19:8 (45:45) "Sentirme acogido por el personal sanitario"</p> <p>P 7: 1Chica.txt - 7:9 (27:28) "La buena atención las enfermeras(os) cuando te mareas."</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:16 (74:75) "Muy didácticas tanto profesores, residentes, enfermeras, doctores."</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:3 (19:21) "No he tenido muchas relaciones con el personal médico por que no se muestran muy accesibles y pasan de los estudiantes (la mayoría)."</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:13 (85:89) "Algunos doctores, enfermeras, residentes y profesores han tratado mal a los alumnos, con cierto desprecio. Verdaderamente han sido poquísimos casos, pero no despreciables, ya que las quejas entre alumnos han sido repetidas sin excepción."</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:10 (40:41) "Algunas enfermeras no te ayudan en nada cuando se lo pides."</p>	<p>En el escenario clínico conviven, además de los profesores, médicos y residentes, otro personal sanitario como enfermeras, administrativos, químicos y asistentes. El alumnado también ha de relacionarse con ellos.</p> <p>En buena medida, su adaptación al entorno hospitalario depende de la acogida que reciba el estudiante. En esto juega un papel relevante el personal de enfermería, a quien recurren para conocer diversos procedimientos y quienes les brindan información y auxilian en caso necesario, como mareos ante determinados casos clínicos.</p> <p>La calidad de las relaciones personales entre el personal de un servicio o consulta externa depende en gran medida del ambiente que ahí se haya generado. Por ello, también puede suceder que el estudiante encuentre un ambiente poco favorecedor para su adaptación o aprendizaje, en el que el personal no colabore con ellos.</p>
--------------------------------------	---	---	---	--

SUCESOS



Sucesos con impacto en la formación



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (12) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que cuatro de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 91 las referencias de los 23 estudiantes. Seis alumnos no opinaron al respecto.

Por su parte, la Gráfica muestra que el 62% (59) de las 91 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que la de “Ambiente y Cultura del Hospital” fue menos mencionada, representando el 2%, (2 ocasiones).

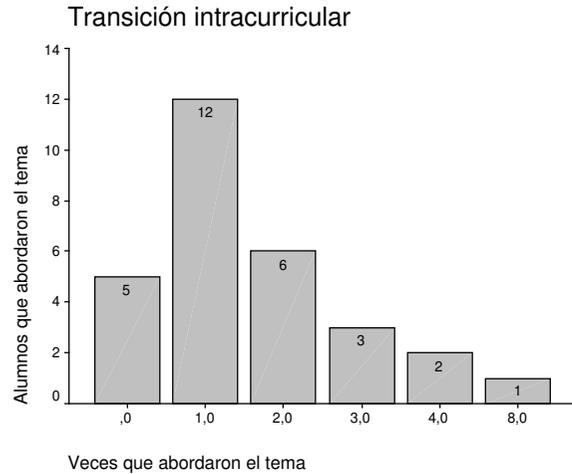
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Quehacer Médico	9	12	<p>P27: 1Chico.txt - 27:11 (48:49)</p> <p>"Satisfacción y motivación"</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:13 (54:55)</p> <p>"Motivación poder curar y mejorar la calidad de vida de los pacientes."</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:5 (32:33)</p> <p>"Vivir la evolución de una paciente que de estar casi terminal, supera su enfermedad y se cura."</p>	<p>El experimentar el oficio genera en el alumnado motivación y satisfacción, particularmente al ser partícipes del proceso de "curar" a los pacientes.</p> <p>El hecho de presenciar cómo el paciente supera una dolencia grave, les motiva y reafirma su compromiso con la profesión elegida.</p>
Aluno frente a pacientes	8	8	<p>P14: 1Chica.txt - 14:15 (101:104)</p> <p>"Lo más novedoso de la práctica clínica es el trato directo con los pacientes. Hablar con los pacientes, preguntarles por sus síntomas... es la parte más impresionante de estar en el hospital."</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:9 (34:34)</p> <p>"La paciencia de los pacientes con los estudiantes"</p> <p>P19: 1Chico.txt - 19:9 (46:46)</p> <p>"Pensar que el paciente puede estar agradecido"</p>	<p>Por lo general, el mayor impacto se produce cuando el alumno toma contacto con los pacientes, personas 'reales' que, a la vez que esperan ser sanadas y atendidas por él, son su objeto de aprendizaje y colaboran en ello. Así, se establece una relación especial en que cada uno aporta algo que el otro necesita y ambos suelen agradecerlo.</p>
Ambiente y Cultura Hospitalaria	2	2	<p>P26: 1Chico.txt - 26:9 (63:65)</p> <p>"En general, la valoración es positiva, tanto el personal del hospital como el universitario y los compañeros mantienen un buen ambiente en las prácticas"</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:2 (15:15)</p> <p>"[valoro positivamente las] relaciones con personal clínico y pacientes."</p>	<p>Los ambientes de hospital, como toda organización de trabajo, pueden contener diferencias sustanciales entre las áreas que lo conforman. De ahí que varíe la experiencia del estudiante, pero, por lo general encuentran un ambiente de acogida, si bien novedoso.</p>
Impactos	4	4	<p>P21: 1Chico.txt - 21:6 (36:37)</p> <p>"Actuación rápida ante una emergencia quirúrgica de vascular, con el residente del último año."</p> <p>P16: 1Chica.txt - 16:11 (57:57)</p> <p>"Mareo: Aceptarlo y marchar antes de caer"</p>	<p>Los principales impactos suelen ser también emocionales o fisiológicos. La presencia de una urgencia vital directa es un hecho que puede marcar la visión profesional de un estudiante, tanto en sentido positivo como negativo. Por otra parte, también se dan reacciones fisiológicas ante las situaciones que se viven en el quirófano principalmente, entre ellas, los mareos o lipotimias, en las que el alumno ha de ser auxiliado o invitado a dejar el espacio, hasta que se recupere.</p>

Problemática	13	<p>P14: 1Chica.txt - 14:16 (104:108)</p> <p>“Lo malo es ver sufrir a las personas. Ver esa cara de resignación hacia su enfermedad. Lo peor es hablar con la familia. Es muy duro tener que comunicar a la familia un empeoramiento, o incluso una muerte.”</p> <p>P 6: 1Chica.txt - 6:12 (90:93)</p> <p>“Creo que la actitud de algunos profesores y médicos más que un apoyo es una dificultad en el aprendizaje clínico y una fuente de desánimo (más que por la profesionalidad, por el trato que dan a pacientes y alumnos).”</p> <p>P 6: 1Chica.txt - 6:8 (67:69)</p> <p>“En algunos casos en que crees que hay una actitud poco humana con el paciente reaccionas con sorpresa y rechazo.”</p> <p>P 5: 1Chica.txt - 5:5 (38:40)</p> <p>“Algunos adjuntos y residentes presentan gran frialdad respecto al enfermo y a los familiares y a veces no tienen mucho en cuenta sus sentimientos.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:9 (45:46) (61:61)</p> <p>“Ver cómo dan pronósticos malos a los pacientes o familiares. Indignación”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:8 (43:44)</p> <p>“La crueldad con la que comunican a un familiar que su paciente se va a morir.”</p> <p>-----</p> <p>P12: 1Chica.txt - 12:8 (42:45)</p> <p>“Hay personal del hospital (tanto doctores, como enfermeros, como residentes) que tratan a los estudiantes con cierto desprecio. No lo entiendo y menos sabiendo que ellos han pasado por lo mismo.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:12 (64:65)</p> <p>“Indignación y frustración cuando te hacían sentir que sobrabas.”</p> <p>P 1: 1Chica.txt - 1:11 (39:40)</p> <p>“Falta de atención de médicos y residentes con el hospital.”</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:10 (40:41)</p> <p>“Algunas enfermeras no te ayudan en nada cuando se lo pides.”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:18 (82:83)</p> <p>“[En] El servicio de xxx son unos prepotentes.”</p>	<p><u>Alumno frente al paciente:</u> El impacto más negativo dentro de la enseñanza clínica es el afrontamiento de dolor ajeno, físico y/o emocional.</p> <p>Si bien, durante la licenciatura en Medicina, el alumnado es más un observador que un participante del proceso clínico, en algunos casos apoya asiste a la comunicación de diagnósticos y pronósticos tanto al paciente como a sus familiares.</p> <p>Sensible y en una fase inicial de su formación médica, el estudiante se afecta emocionalmente ante las reacciones de estos. Y puede llegar a afectarse por el trato inadecuado que sus profesores, otros médicos, residentes o personal sanitario den a los pacientes, el que puede parecerle frío, inhumano o desconsiderado.</p> <p><u>Ambiente y Cultura del Hospital:</u> El ambiente del ambiente y cultura de algunas áreas del hospital, suele generar algún tipo de conflicto en el alumnado que arriba por vez primera a su experiencia clínica.</p> <p>Entre los elementos que este grupo de alumnos consideró, están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de consideración y atención hacia este alumnado “novato” • Actitudes prepotentes en algunos miembros del personal sanitario (médicos, residentes o enfermeras) • Indiferencia y falta de colaboración hacia el alumnado en algunos miembros de algunos servicios.
--------------	----	---	---

Impacto emocional y fisiológico	14	<p>P14: 1Chica.txt - 14:9 (68:72)</p> <p>“Me afecta negativamente ver la cara de tristeza de aquellos pacientes a los que se les comunica que su enfermedad es grave. Es muy duro ver llorar a alguien sin poder hacer nada para aliviarle el sufrimiento emocional.”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:9 (55:55)</p> <p>“Tristeza al ver casos graves”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:7 (39:41)</p> <p>“Ver la desolación de médicos adjuntos o residentes jóvenes, después de la muerte inesperada de un paciente.”</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:13 (56:59)</p> <p>“Tristeza al enterarme de la muerte de algún paciente que yo había visto.”</p> <p>P11: 1Chica.txt - 11:15 (63:65)</p> <p>“Tristeza que se muera un paciente de tu grupo”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:5 (45:46)</p> <p>“Tristeza cuando los pacientes se mueren”</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:16 (68:70)</p> <p>“Rechazo: no mirar. Intranquilidad, nerviosismo. Falta de concentración por el impacto” - - - -</p> <p>P17: 1Chica.txt - 17:13 (56:59)</p> <p>“Mareo al entrar por primera vez al quirófano y ver mucha sangre.”</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:10 (57:58)</p> <p>Alguna vez me he mareado por la poca delicadeza de los cirujanos o médicos.</p> <p>P16: 1Chica.txt - 16:12 (63:64)</p> <p>Mareos: Me ha dado rabia marearme en determinadas circunstancias.</p>	<p>Impactos emocionales: Ante la gravedad de un enfermo o su muerte, los alumnos se afectan emocionalmente, manifestando tristeza y sentimientos de impotencia.</p> <p>Este es un hecho a tener en cuenta, puesto que su manifestación no está directamente relacionada con la cantidad de tiempo que el estudiante haya estado con el paciente, sino con la calidad de la relación que entre ellos se haya establecido.</p> <p>Ante ella, el alumnado puede eludir la situación no mirando, manifestando a la vez, intranquilidad y falta de concentración.</p> <p>Por lo general, el estudiante se encuentra bastante solo ante este suceso, si acaso lo hablará con otro compañero o con el residente, en menor frecuencia con el tutor, pero en ningún caso lo hace con una persona preparada profesionalmente para ello. No existe una preparación específica para afrontar la muerte desde el punto de vista psicológico.</p> <p>Impactos fisiológicos: La falta de preparación cognitiva y emocional para afrontar la presencia de una herida, accidental o quirúrgica, tiene como consecuencia que el alumnado presente lipotimias o bajas de presión sanguínea, con mareo o desmayos.</p> <p>El hecho de que la cirugía o la atención urgente conlleve esta labor de forma intrínseca y que, a decir de un sector del profesorado, es una cuestión pasajera, no justifica la falta de preparación para estos eventos.</p>
---------------------------------	----	--	--

Transición PreClínico-Clínico

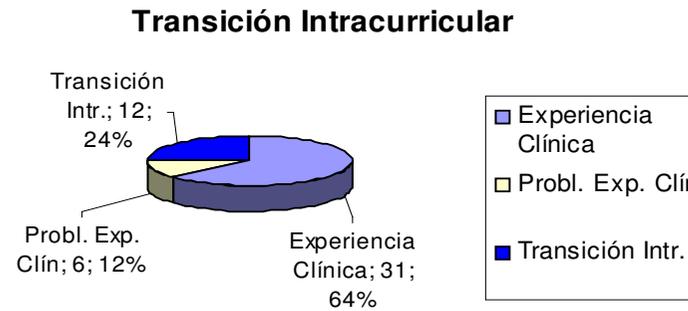


Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (8) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que doce de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 49 las referencias de los 24 estudiantes. 5 estudiantes no opinaron al respecto.

Por su parte, la Gráfica muestra que el 64% (31) de las 49 alusiones correspondió a la subcategoría de “Experiencia Clínica”, mientras que la de “Problemática de la Exp. Clínica” fue menos mencionada, representando el 12%, (6 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.



Gráfica

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Experiencia Clínica	22	31	<p>P26: 1Chico.txt - 26:3 (29:31) "Prácticamente se pueden sacar conclusiones positivas de todas las experiencias vividas en la práctica en hospital."</p> <p>P28: 1Chico.txt - 28:6 (28:31) "Mi experiencia durante este cuatrimestre ha sido muy positiva. Incluso me ha pesado terminar los periodos de prácticas, ya que me he integrado bien y he recibido mucho apoyo y atención."</p> <p>P 5: 1Chica.txt - 5:1 (14:15) "La práctica clínica: permite ver lo que se explica en clases y, frecuentemente, permite aprenderlo mejor."</p> <p>P21: 1Chico.txt - 21:2 (15:17) (36:37) "... representa la parte más activa del estudio de la Medicina y permite comprender e interiorizar mejor los conceptos... Actuación rápida ante una emergencia quirúrgica de vascular, con el residente del último año."</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:20 (120:122) "En general, considero positivo y totalmente necesario hacer prácticas en el hospital, porque es donde realmente se aprende..."</p> <p>P14: 1Chica.txt - 14:1 (14:16) "Contacto con el 'mundo' hospitalario: relación con pacientes 'reales', diagnóstico de enfermedades, contacto con la medicina 'real'."</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:11 (64:67) "...Y hacer un poco lo que hace un residente (en este primer cuatrimestre)."</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:6 (21:24) "El momento que más me ha gustado y en que más he aprendido, [ha sido] en consultas externas, ya que era el momento en que estábamos solos con el doctor y él te explicaba más."</p> <p>P26: 1Chico.txt - 26:1 (14:14) "[Valoro positivamente] La relación con el personal médico y la práctica clínica"</p>	<p>La experiencia clínica es altamente valorada por el alumnado. Varios son los elementos que los estudiantes destacan en este primer cuatrimestre del primer curso de Clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los nuevos conocimientos están directamente relacionados con la función médica de curar. 2. La EC permite la aplicación del conocimiento teórico 3. Propicia conocer el quehacer médico 4. Permite conocer el funcionamiento del hospital en su conjunto y, en particular, de los quirófanos 5. Permite 'hacer de médico' y contactar con los pacientes 6. Propicia la visualización del futuro profesional mediato a través de la relación con los residentes. 7. Una 'buena' EC depende de un profesorado motivador y personal sanitario acogedor 8. Podría demandarse una mayor exigencia académica. 9. Palió la discontinuidad pedagógica entre el ciclo PreClínico y el Clínico. <p>P24: 1Chico.txt - 24:11 (45:48) "En general me ha gustado mucho la experiencia, aunque pienso que si los doctores o doctoras hubiesen estado más encima de nosotros o nos hubiesen hecho trabajar más, las hubiésemos aprovechado más intensamente."</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:1 (6:10) "La verdad es que me ha gustado mucho y me ha ayudado mucho para saber realmente qué es la Medicina. Llevábamos mucho tiempo nada más en la universidad, estudiando nada más y no sabiendo bien qué era la Medicina. Pienso que se tiene que hacer..."</p>

<p>Problemática</p>	<p>5</p>	<p>6</p>	<p>P 1: 1Chica01946.txt - 1:24 (80:80)</p> <p>“Experiencia clínica (depende...)”</p> <p>P 3: 1Chica.txt - 3:17 (95:98)</p> <p>“Como factores negativos destacaría el hecho de que dependiendo del doctor tutor, nuestra involucración [sic] con el caso era escasa, en muchas ocasiones nos sentíamos desplazados y hasta a veces sentíamos que molestábamos.”</p> <p>P15: 1Chica.txt - 15:9 (60:64)</p> <p>“En clase casi no se habla de la experiencia clínica, porque apenas hay tiempo. Durante las prácticas tampoco es mucho mejor, porque hay bastante descoordinación entre lo que quiere que consigamos el coordinador de la asignatura, lo que nos enseña el adjunto,…”</p> <p>P16: 1Chica.txt - 16:10 (45:48)</p> <p>“Una mujer que se hizo cirugía <i>hariátrica</i> y llegó en un estado de desnutrición muy importante (¿qué hace la sociedad?, porque ella no tenía criterios para esta cirugía).”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:8 (42:44)</p> <p>“Ver las negligencias que se pueden llegar a cometer en un quirófano aunque no corra peligro la vida del paciente.”</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:9 (45:46)</p> <p>“Ver como dan pronósticos malos a los pacientes o familiares.”</p>	<p>Es un hecho que la experiencia clínica puede resultar positiva o negativa para el alumnado y que esto dependerá en gran medida del profesorado a cargo y, en menor medida, de las condiciones y circunstancias presentes en el servicio médico durante el mes que el estudiante realiza su práctica.</p> <p>Así, en un servicio sobrecargado de trabajo asistencial, el personal no se avocará a acoger al alumnado e integrarlo, pues tendrá otra prioridad. Se evidencia la necesidad de una figura o tutor responsable exclusivamente del alumnado rotante.</p> <p>La falta de preparación psicopedagógica para esta circunstancia o de las particularidades psicológicas que habrá de presenciar trae como consecuencia un choque frontal con el quehacer médico y sus intrínquilis, cuestión que pone en jaque el aún débil corpus de valores del joven alumnado.</p>
---------------------	----------	----------	--	---

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Transición intracurricular	6	12	<p>P 9: 1Chica.txt - 9:12 (71:79)</p> <p>"He notado claramente la diferencia entre primer ciclo y segundo ciclo. En el segundo ciclo la teoría va más dirigida a la práctica clínica. Tienes que saber de cada asignatura lo que sabrás al acabar la carrera y eso supone una carga impresionante de información... todo junto en una asignatura y en un sólo cuatrimestre..."</p> <p>P24: 1Chico.txt - 24:1 (6:10)</p> <p>"... Llevábamos mucho tiempo nada más en la universidad, estudiando nada más y no sabiendo bien qué era la Medicina..."</p> <p>P29: 1Chico.txt - 29:1 (14:15)</p> <p>"El después de tanto estudiar, poder por fin, empezar el aprendizaje clínico."</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:6 (17:21)</p> <p>"La práctica clínica sobre todo... Ahora se ha convertido en la mejor forma de aprender, aparte de servir como estímulo para querer saber nuevas cosas y disfrutar de lo que estamos aprendiendo..."</p> <p>P 9: 1Chica.txt - 9:9 (54:63) (17:21) (33:34)</p> <p>"La atención y la incansable ansia de un profesor de semiología en concreto (3°) para que aprendiésemos en el hospital, a hacer bien las historias clínicas y las exploraciones (cada día íbamos a la habitación de un paciente y él nos decía cómo se palpaba una barriga, etc.) Este profesor cambió mi manera de ver la carrera e hizo que la semiología de tercero, marcara realmente un antes y un después. Aparte del contenido de la asignatura, pues a partir de semiología empiezas a hacer de médico... Creo que el contacto con el paciente tendría que ser desde el primer curso y no en el tercero..."</p> <p>P13: 1Chica.txt - 13:2 (10:10)</p> <p>"Que en los primeros días vas perdido."</p> <p>P18: 1Chica.txt - 18:7 (28:28)</p> <p>"No ir identificado como estudiante"</p> <p>P25: 1Chico.txt - 25:9 (52:53)</p> <p>"Hace un año estaba motivado, pero cada día me gusta menos y me angustio más."</p>	<p>El paso de la enseñanza básica o preclínica a la clínica, comporta una transición intracurricular, entre el primero y el segundo ciclos. La división ha sido diseñada para que el conocimiento práctico del ciclo clínico tenga fundamentación en el ciclo básico del preclínico.</p> <p>El alumnado considera que ha pasado casi tres cursos, sólo estudiando arduamente y sin contacto con la Medicina, por lo tanto, arriba al ciclo clínico agobiado pero altamente motivado.</p> <p>Encuentra que la práctica clínica será su nueva forma de aprender Medicina y unos lo disfrutaban, en tanto que otros se angustian. El contenido de la asignatura de Semiología de tercer curso y las aportaciones de su profesorado, encuentran sentido y significado al inicio del ciclo clínico. Les han intentado preparar para el nuevo escenario académico, donde una nueva metodología docente, basada en la presencia de una persona, el paciente, será la constante.</p> <p>Un nuevo escenario, donde el alumnado clama ser tratado como estudiante, y pide que se les otorgue una identificación.</p> <p>Superar la transición, adaptarse y realizar los ajustes necesarios no es tarea fácil y, algunos estudiantes, no lograr superarla exitosamente en el transcurso del ciclo escolar."</p>

HU: MedicinaEstudiantes2
 File: [D:\BARCEL~1\TESISA~1\Atlas\MedicinaEstudiantes2]
 Edited by: Super
 Date/Time: 2004/12/20 - 14:14:55

 Codes-Primary-Documents-Table

Code-Filter: All
 PD-Filter: All

CODES	PRIMARY DOCS																													Totals
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Actitud del profesor	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	9
Ambiente y cultura h	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
Apoyo familiar	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	18
Apoyos al aprendizaj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Competencia académic	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Competencia clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	7	
Contenido del Clínic	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	4	2	2	1	0	0	0	0	19	
Estructura clinico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	
Evaluación del Rendi	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	0	0	0	11
Experiencia clínica	0	0	0	1	1	1	0	3	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	0	1	2	1	22
Impactos	0	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	15
Mejoras al currículo	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Metodología docente	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	2	1	1	2	0	1	1	1	1	1	21
Metodología docente	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Motivación alumnado	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	3	1	1	1	24
Motivación del profe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	2	11
Organización Clínic	0	0	3	2	2	0	5	0	0	0	1	1	3	2	0	1	0	1	0	0	1	2	0	2	1	0	1	0	2	30
Personas relevantes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
Problemática curricu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	8
Problemática profes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Profesión médica	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	2	0	0	0	2	13
Rel. alum-personal s	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
Rel. alumno-paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5
Relación alumno-alum	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	24
Relación alumno-resi	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	14
Relación médico-paci	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Relación profesor-es	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	14
Resultados académico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Rol residentes	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9
Transición PC-CI	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	1	1	1	0	2	0	4	1	1	1	0	0	2	21
Totals	5	13	9	11	11	1	19	5	5	10	9	16	20	10	7	7	6	14	12	9	10	14	24	20	23	15	9	7	16	337

ENCUESTAS AL ALUMNADO M-2

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

CUARTO CURSO DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA UB – BELLVITGE

Gabriela Cabrera

Barcelona, 2003

INDICE

Datos generales de la población	3
Gráficos totales del análisis	4
Alumnado	7
Profesorado	9
Currículo actual	11
Mejoras al Currículo	14
Evaluación del Rendimiento	15
Resultados académicos propios	17
Metodología Docente	18
Apoyos al aprendizaje	22
Competencias clínicas	23
Competencias académicas	25
Profesión médica	27
Personas y elementos para la formación	28
Sucesos de la transición PC-CI	34
Transición intracurricular PC-CI	37

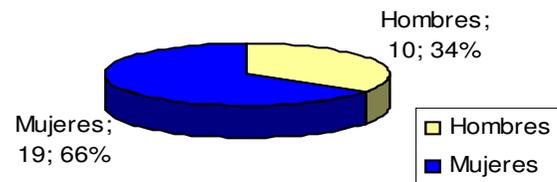
DATOS GENERALES

TOTAL DE ALUMNOS ENCUESTADOS	M-2	29 de 63
HOMBRES		10
MUJERES		19

EDAD

21-23 AÑOS

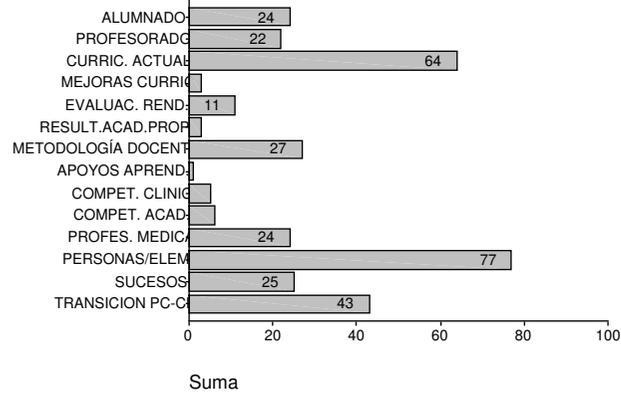
Muestra Momento 2



GRÁFICOS TOTALES DEL ANÁLISIS

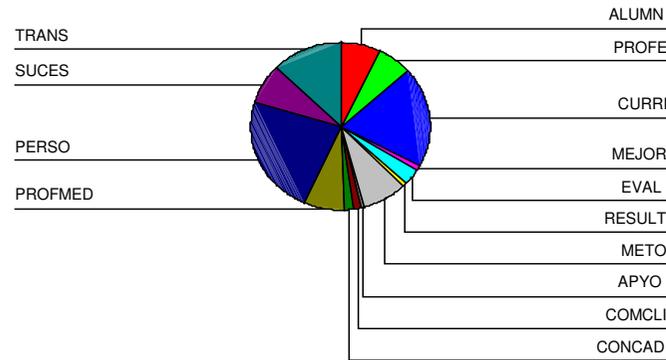
Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del Alumnado



Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

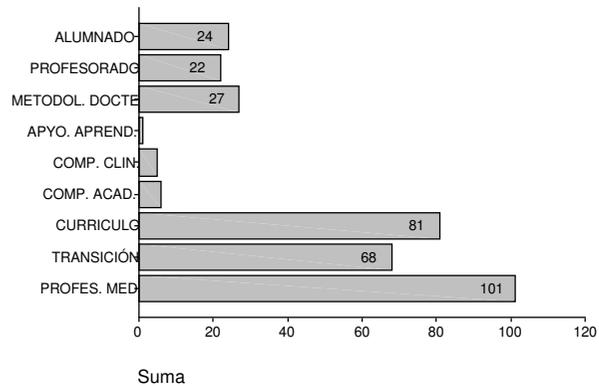
Opiniones del alumnado



Con categorías reducidas

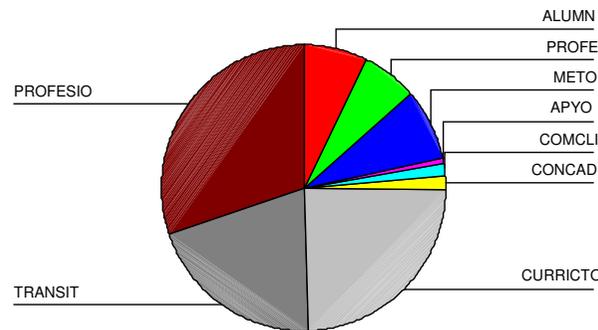
Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del Alumnado

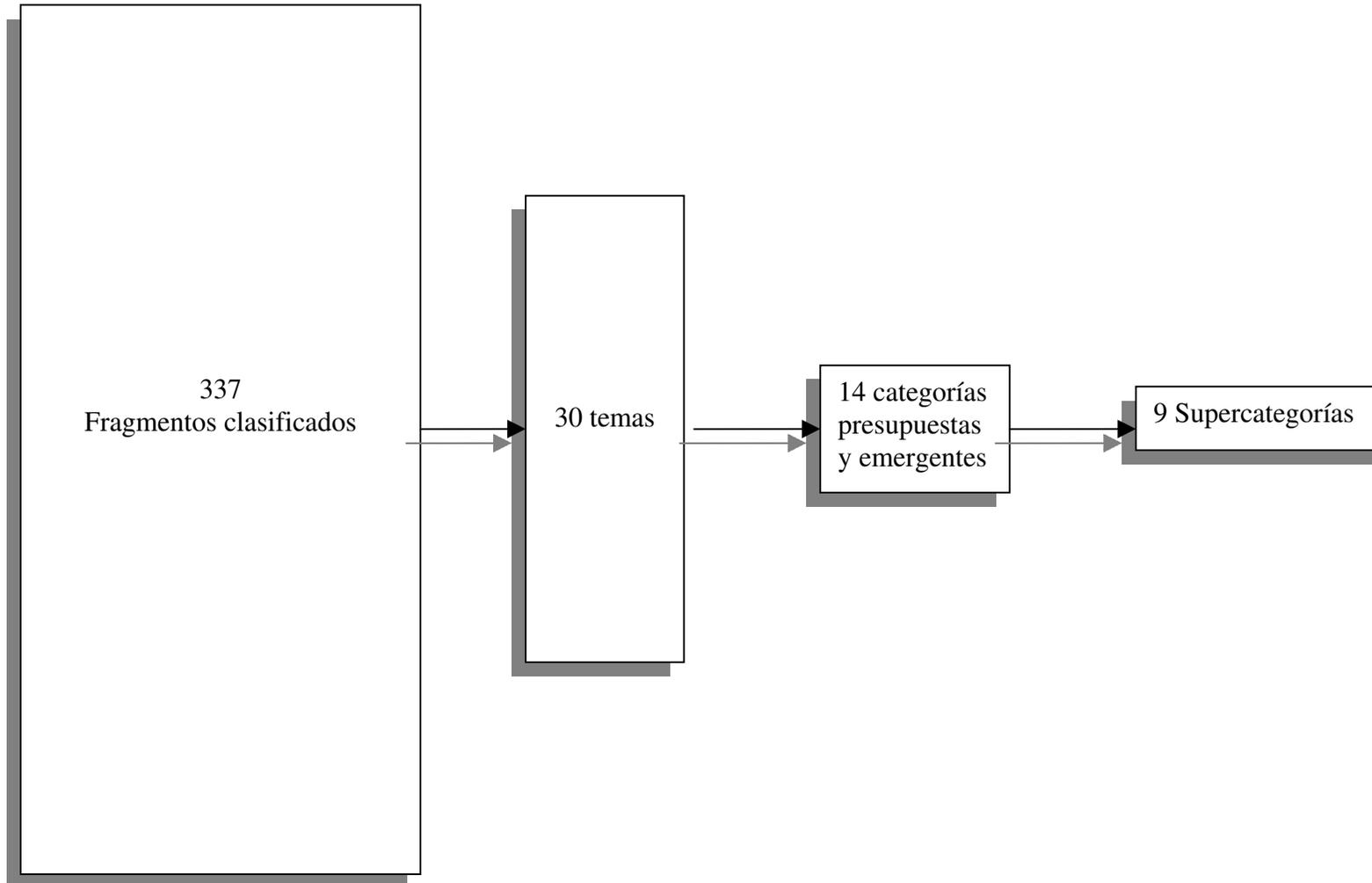


Estudios de Medicina 3º a 4º cursos

Opiniones del alumnado

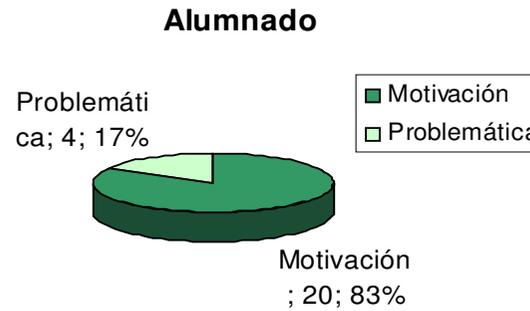
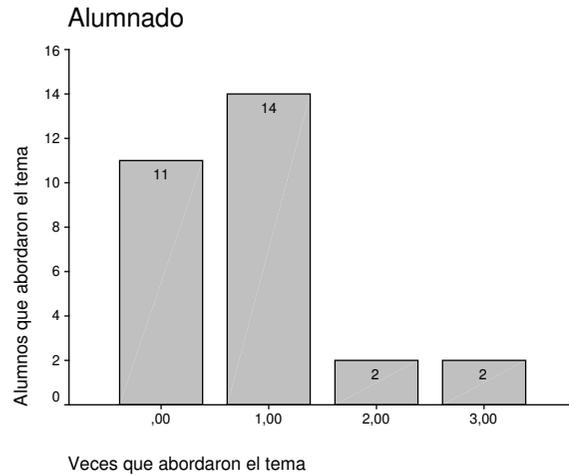


29 encuestas, transcritas en **57** folios.



ALUMNADO

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Alumnado” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (3) que se aludió a la temática correspondió a dos estudiantes, mientras que catorce de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 24 las referencias de los 18 estudiantes.

La Gráfica muestra que el 83% de las 24 alusiones correspondió a la subcategoría de “Motivación del Alumnado”, mientras que la de “Problemática” fue menos mencionada, representando el 17%, (4 ocasiones).

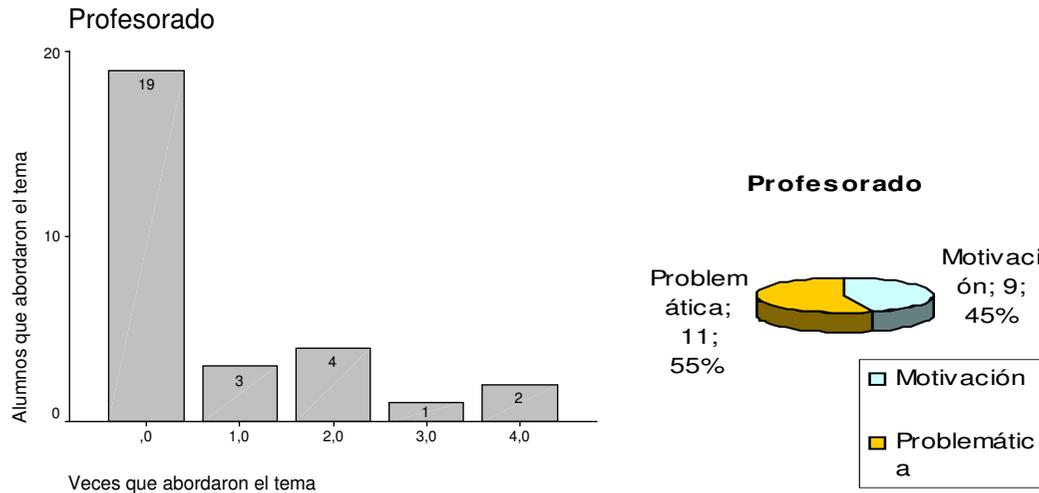
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Cate- goria	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Motivación	14	20	<p>P28: 2Chica.txt - 28:2 (7:8)</p> <p>“Al ver la práctica te sientes más satisfecha, sobre todo si realmente te gusta. Te sientes más implicada en todo.”</p> <p>P21: 2Chica.txt - 21:4 (12:13)</p> <p>“Me siento más motivada y satisfecha, ha influido el grupo de prácticas, los profesores y las asignaturas.”</p> <p>P17: 2Chica.txt - 17:2 (6:7)</p> <p>“Mi reacción positiva es que estoy más motivada para la carrera.”</p>	<p>Durante el segundo cuatrimestre, con el contacto con la práctica clínica, el alumnado se motiva y se siente más satisfecho con la carrera; bien es cierto, que esto depende en gran medida del equipo con el cual participe.</p>
Problemática	4	4	<p>P 7: 2Chica.txt - 7:5 (18:18)</p> <p>“Sientes que sobras.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:2 (8:9)</p> <p>“Lo más negativo son algunos profesores que pasan un poco de ti.”</p>	<p>Al igual que durante el primer cuatrimestre, la falta de integración del alumnado por parte del profesorado, en la práctica clínica, trae como consecuencia, el desánimo y la desmotivación en los jóvenes.</p>

PROFESORADO

La categoría “Profesorado” es de carácter emergente en el contexto de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (2) que se aludió a la temática correspondió a cuatro estudiantes, mientras que 3 de ellos las tocaron por lo menos una vez. 19 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 22 las referencias de los 10 estudiantes.

Gráfica

La Gráfica muestra que el 55% de las 22 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que la de “Motivación” fue la menos mencionada, representando el 45%, (9 veces).

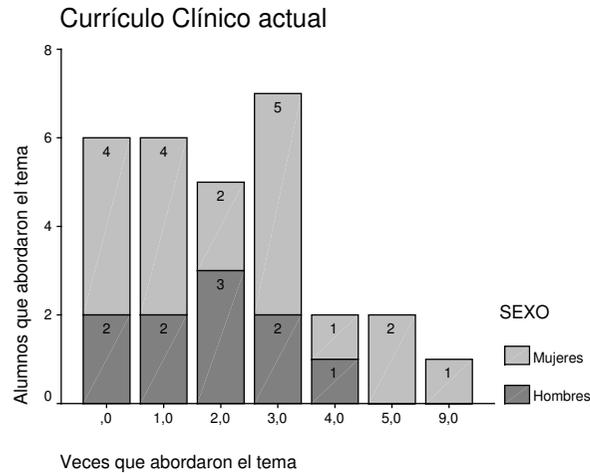
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Profesorado

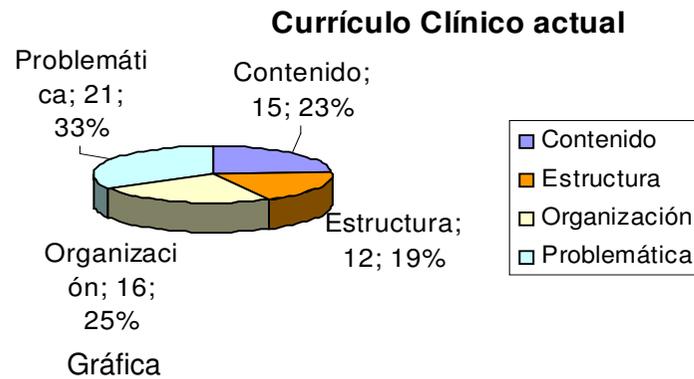
Cate- goría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Motivación	5	9	<p>P 5: 2Chica.txt - 5:5 (12:14)</p> <p>“Lo mejor han sido dos doctores de prácticas de xxxx, les gustaba mucho lo que hacía y querían que entendieran los programas.”</p> <p>P23: 2AChica.txt - 23:1 (4:4)</p> <p>“Los profesores bien, en general, muy atentos.”</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:2 (5:9)</p> <p>“Las prácticas de xxx son muy buenas. [Allí lo profesores] están muy pendientes de ti y de que veas las ocho enfermedades que quieren que [aprendas], sobre todo lo que estás viendo en teoría, ves los tratamientos de xxx y de xxx.”</p>	<p>Nuevamente, aparece la opinión favorable del alumnado respecto a su satisfacción con el profesorado motivado por la enseñanza.</p>
Problemática	11	13	<p>P 5: 2Chica.txt - 5:8 (18:19)</p> <p>“...los profesores no se implican.”</p> <p>P10: 2Chico.txt - 10:3 (10:11)</p> <p>“Me tocó un doctor que no tenía ningún interés en que aprendiésemos.”</p> <p>P29: 2Chico.txt - 29:7 (26:28)</p> <p>“...hay algunos profesores que igual saben mucho pero no les gusta enseñar, sino estar en el hospital o en otro lugar...”</p>	<p>La subcategoría Problemática, ha incluido también a la inicial de Actitudes del Profesorado.</p> <p>El alumnado destaca los casos de algunos profesores o médicos del hospital que muestran desinterés hacia la enseñanza, aun cuando se trate de médicos con alto nivel en su especialidad.</p> <p>El desinterés por la enseñanza hace mella en la motivación para el estudio en el alumnado.</p>

EL CURRÍCULO ACTUAL DE MEDICINA UB-BELLVITGE

Los tópicos referidos a la categoría “currículo actual” se distribuyeron como sigue:



Gráfica



Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (9) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que 6 de ellos las tocaron por lo menos una vez. 6 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 64 las referencias de los 23 estudiantes.

La Grafica muestra cómo el 33% (21 referencias) de las citas se refirió a la “Problemática” del ciclo Clínico; mientras que el 19% (12 referencias) correspondió a la “Estructura” del Clínico.

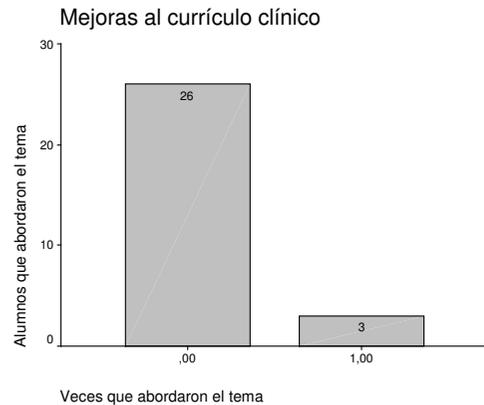
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Clínico: Contenido, estructura y organización		43	<p>P 2: 2Chica.txt - 2:1 (4:4)</p> <p>“Lo más positivo ha sido lo que aprendimos en el hospital.”</p> <p>P18: 2Chica.txt - 18:5 (19:21)</p> <p>“Lo más positivo, ha sido que tengo más conocimientos y estoy más satisfecha.”</p> <p>P15: 2Chico.txt - 15:3 (11:12)</p> <p>“Se va haciendo más pesado a medida que avanzas en la carrera.”</p> <p>- - -</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:2 (5:9)</p> <p>“Las prácticas de xxx son muy buenas. Están muy pendientes de ti, y de que veas... todo lo que estás viendo (sic) en teoría...”</p> <p>P17: 2Chica.txt - 17:5 (15:17)</p> <p>“La práctica siempre va a ser más difícil que la teoría porque es lo que te vas a enfrentar más adelante y es bueno que lo empieces a ver durante la carrera.”</p> <p>P29: 2Chico.txt - 29:1 (4:6)</p> <p>“Lo más significativo han sido las prácticas, que son muy interesantes porque puedes ver lo que es la patología y hasta este curso no entraba en lo que es la Medicina.”</p> <p>- - -</p> <p>P 5: 2Chica.txt - 5:4 (9:10)</p> <p>“Lo especializado de todos los servicios. Puedes ir cada semana con gente diferente.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:2 (6:8)</p> <p>“Los profesores manejan mejor las clases y su dedicación se nota más, se dedican más con grupos reducidos. Hay más seminarios.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:8 (22:25)</p> <p>Las prácticas de xxx muy satisfactorias porque se han portado muy bien. En las de xxx, el profesor no muy bien, pero lo pasas si no vas a xxx [como especialidad].</p>	<p>El alumnado valoró su experiencia de aprendizaje en el segundo cuatrimestre del periodo Clínico, en los aspectos siguientes:</p> <p><u>Contenido:</u> Consideran muy positiva y satisfactoria la adquisición de los conocimientos en el hospital. A la vez, consideran que el contenido se va haciendo más pesado a medida que avanzas en la carrera.</p> <p><u>Estructura:</u> Aprecian como interesante la parte práctica de los nuevos conocimientos sobre patologías. Y les resulta significativo porque los contacta directamente con el mundo profesional que habrán de afrontar.</p> <p><u>Organización:</u> Nuevamente, la organización de las prácticas es valorada de acuerdo con el servicio o planta hospitalaria en que se imparten. La mayoría de las prácticas son valoradas positivamente.</p> <p>Valoran positivamente el poder rotar y conocer las diferentes especialidades y personas. Asimismo, aprecian que el profesorado enseña mejor en grupos reducidos, como en los seminarios.</p>

<p>Clinico - Problemática</p>		<p>13</p> <p>P 4: 2Chica.txt - 4:6 (23:25)</p> <p>“Al final tengo la sensación de tener conocimientos fragmentados, que tengo una formación muy teórica.”</p> <p>P19: 2Chica.txt - 19:2 (7:7)</p> <p>“Lo negativo es todo lo que tenemos que estudiar.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:3 (10:12)</p> <p>“Los más negativo está en algunas prácticas, podrían exigir unos mínimos, hacerlas más estructuradas, sería mejor para nosotros.”</p> <p>P29: 2Chico.txt - 29:2 (8:11)</p> <p>“Lo negativo es que te toca hacer prácticas sin haber pasado por la teoría, Y estás un poco perdido y no puedes aprovechar el tiempo que pasas en el hospital, el mes de rotación.”</p> <p>P18: 2Chica.txt - 18:3 (10:13)</p> <p>“Lo más negativo han sido las prácticas poco organizadas. Por ejemplo una semana de xxxx y luego una semana de xxxx. xxx estuvo muy flojita.”</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:2 (7:7)</p> <p>“En xxx, si vas a quirófano, hay poca participación.”</p>	<p>La problemática referida por el alumnado encuestado se ha organizado de acuerdo con los criterios siguientes:</p> <p><u>Contenido:</u> No obstante el énfasis en la enseñanza práctica, el alumnado considera que aún se enfoca más en la teórica y su extensión es muy amplia.</p> <p><u>Estructura:</u> El señalamiento recae en los objetivos mínimos de las prácticas, y se advierte escasa atención en algunos servicios.</p> <p><u>Organización:</u> Nuevamente, este es el aspecto más señalado por el alumnado. Se señala la desconexión percibida entre la teoría y la práctica, al iniciar los estudios de cuarto en forma alternada, de forma que unos inician por la teoría en tanto que el segundo grupo toma la práctica. Esto dificulta la comprensión de los contenidos sobre patología y el propio ajuste del alumnado, además de que consideran que les ocasiona pérdidas de tiempo.</p> <p>También destacan la organización interna de cada servicio, mencionando el hecho de que en los quirófanos, el alumno tiene escasa participación.</p>
-------------------------------	--	--	--

MEJORAR EL CURRÍCULO ACTUAL

La categoría “Mejoras el currículo actual” es de carácter emergente en el contexto de las encuestas al alumnado. La frecuencia se distribuyó como sigue:



Gráfica

La Grafica muestra cómo el número de veces (1) que se aludió a la temática correspondió a tres estudiantes, 26 estudiantes no se refirieron a ellas. En total, sumaron 3 las referencias de los 3 estudiantes.

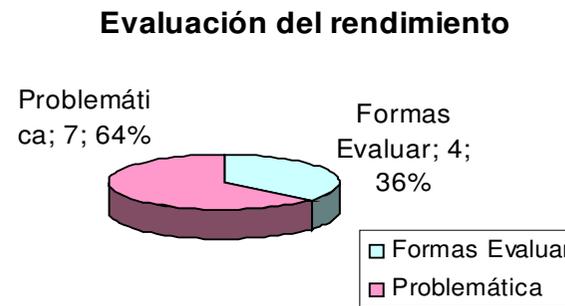
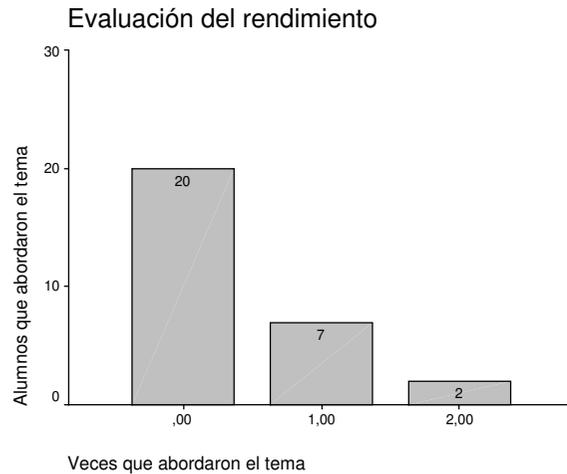
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Sugerencias	3	3	P 4: 2Chica.txt - 4:7 (27:28) “Creo que sería mejor si tuviéramos una función en el hospital, como estudiantes.” P 7: 2Chica.txt - 7:10 (30:30) “Tendría que haber más seminarios.” P13: 2Chico.txt - 13:5 (18:20) “...Hay que ver [hacer] seminarios relacionados con [enfermedades de los] pacientes.”	El alumnado sugiere dos medidas: <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de una función determinada al alumnado dentro del hospital. • Incrementar los seminarios de clínica, enfocándolos a las patologías presentes durante su estancia en el Servicio.

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO

La categoría “Evaluación del Rendimiento” es de carácter emergente en el contexto de las encuestas al alumnado.

La frecuencia y tópicos referidos se distribuyeron como sigue:



Gráfica

Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (2) que se aludió a la temática correspondió a dos estudiantes, mientras que siete de ellos las tocaron por lo menos una vez. 20 estudiantes no se refirieron a ella. En total, sumaron 11 las referencias de los 9 alumnos.

La Gráfica muestra que el 64% de las 11 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática de Evaluación”, mientras que la de “Formas de Evaluar” fue menos mencionada, representando el 36%, (4 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Evaluación (Formas de)	4	4	<p>P 4: 2Chica.txt - 4:5 (20:25)</p> <p>"A nivel personal, durante el curso me he estresado mucho, he estudiado mucho, pero no sé si he aprendido. Se trata de estudiar, hacer el examen y otra vez, estudiar, hacer el examen y de nuevo, Al final tengo la sensación de tener conocimientos fragmentados, que tengo una formación muy teórica."</p> <p>P21: 2Chica.txt - 21:2 (5:5)</p> <p>"Lo más negativo, la forma de evaluar."</p>	<p>El contar con un único examen por semestre (cuatrimestre), este suele ser muy denso. El alumnado se juega la nota en este examen y, con la presión del MIR, el estrés preexamen se incrementa.</p>
Evaluación-Problemática	6	7	<p>P12: 2Chico.txt - 12:7 (28:29)</p> <p>"Me parece que la evaluación es prepotente porque no hay relación entre el temario y lo que preguntan después."</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:9 (32:37)</p> <p>"No tienen por qué cambiar, si dijeron 70 ítems y luego ponen 90, tienes más dificultades... En xxx no estuvo tan bien por que el profesor puso un solo caso práctico. Si quieren poner casos prácticos, que pongan un número aceptable de casos prácticos. Hay que poner más casos."</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:5 (12:13)</p> <p>"... el adjunto no sabe ni tu nombre y él es quien te evalúa, pero ha estado muy pocas veces contigo."</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:13 (30:30) (32:33)</p> <p>"Lo más negativo han sido los exámenes, me puse histérica y estresada... Debes estudiar mucho por tu cuenta y quedas hecha polvo."</p>	<p>La problemática que se reporta al final de este segundo cuatrimestre se concentra en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor relación entre el temario de la asignatura y las preguntas del examen. • Modificación de acuerdos, por parte del profesorado, en lo que respecta al número de ítems en los exámenes. • Que el profesor que evalúa no siempre haya estado en contacto con los estudiantes, durante su rotación por el servicio. • La extensión de los contenidos por examinar, demanda un esfuerzo extenuante y estresante en el alumnado.

RESULTADOS ACADÉMICOS PROPIOS

Tres de los 29 alumnos aludieron a sus resultados académicos manifestando alta motivación por continuar estudiando y mayor satisfacción con los resultados, incluso mejores de los esperados.

P 1: 2Chica.txt - 1:2 (5:6)

“La verdad es que estoy muy contenta con los resultados académicos.”

P12: 2Chico.txt - 12:5 (20:23)

“A nivel personal estoy satisfecho y motivado por los buenos resultados académicos, por haberme implicado en las prácticas y aprender de gente que sabe mucho de Medicina.”

P26: 2Chica.txt - 26:2 (6:7)

“Lo mejor han sido los resultados académicos, mejores de los que esperaba.”

METODOLOGÍAS DOCENTES

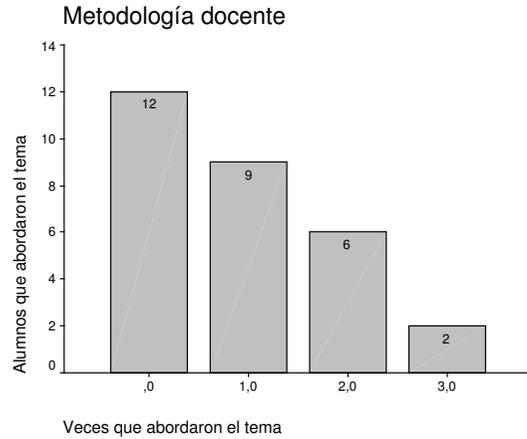
La subescala *Metodologías Docentes* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Aprend. Bas. Problemas
2. Reunión de evidencias
3. Observación directa procedimientos
4. Uso de pacientes estandarizados
5. Uso de maniqués en prácticas
6. Seminario.
7. Clase magistral
8. Exposición de temas por alumnos
9. Discusión de casos / temas
10. Prácticas de laboratorio
11. Prácticas de Disección
12. Supervisión clínica
13. Tutoría de asignatura
14. Sistemas Aprendizaje autónomo
15. Simulación con ordenadores
16. Uso Recursos audiovisuales

El alumnado se refirió a 3 de ellas, pero señaló tres no contempladas:

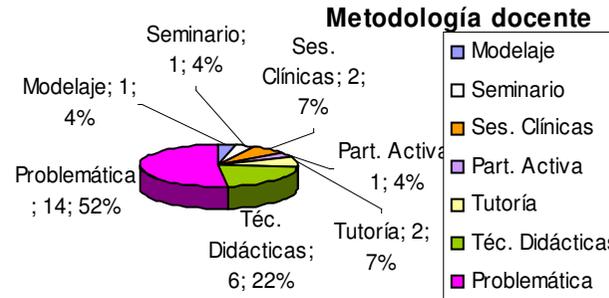
1. Observación directa procedimientos
2. Seminarios
3. Supervisión clínica de prácticas
4. Tutoría de asignatura
5. Participación activa del alumnado en clase (**Pasó a Competencias Académicas**)
6. Técnicas didácticas
7. Problemática

La frecuencia y el tipo de estrategias de *Metodologías docentes* se distribuyeron como sigue.



Gráfica

La Grafica muestra cómo el mayor número de veces (3) que se aludió a estas actividades correspondió a dos estudiantes, mientras que nueve de ellos las tocaron por lo menos una vez. Doce alumnos no se refirieron a ellas. En total, sumaron 27 las referencias de los 17 estudiantes.



Gráfica

La Grafica muestra que 52% de las 27 alusiones correspondió a la subcategoría de “Problemática”, mientras que “Metodologías” fueron menos mencionadas, representando el 48% (13 alusiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Gráfica

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Modela- -miento	1	1	P12: 2Chico.txt - 12:3 (13:15) "Lo que me impactó más positivamente fue estar con el Dr. xxx, que me explicó bastante de cara a la carrera sobre lo que tenía que hacer."	El aprender directamente de alguien, observando cómo realiza el trabajo que hemos de aprender, suele tener un impacto mayor en el aprendizaje.
Semi- nario	1	1	P22: 2Chica.txt - 22:2 (6:8) "Los profesores manejan mejor las clases y su dedicación se nota más, se dedican más con grupos reducidos. Hay más seminarios."	El alumnado advierte que en los seminarios, aprovechando el grupo reducido, aprende más y el profesor se maneja mejor.
Particip. Activa en Clase	1	1	P23: 2Chica.txt - 23:2 (6:6) "Los residentes y los adjuntos te hacen participar."	Algunos adjuntos y residentes favorecen la participación del alumnado.
Sup. y Sesi. Clín. práctic	2	2	P25: 2Chica.txt - 25:2 (5:9) "Las prácticas de xxx son muy buenas. Están muy pendientes de ti, y de que veas las ocho enfermedades que ellos quieren que veas, sobre todo lo que estás viendo en teoría..." P28: 2Chica.txt - 28:1 (4:5) "En las prácticas se aprende mucho, lo que ves se te queda mucho más siguiendo a un paciente que en la teoría."	La práctica clínica supervisada es bien valorada por el alumnado, porque reconoce que es como mejor aprende, particularmente si tiene un paciente enfrente.
Tutoría de asignatura	2	2	P12: 2Chico.txt - 12:1 (4:7) "Lo más significativo de este segundo cuatrimestre en cuanto al aprendizaje es que me ha gustado mucho la organización que tuve con las dos personas y el tutor que me tocaron, la relación ha sido muy buena." P10: 2Chico.txt - 10:1 (3:4) "Las prácticas dependen de con qué tutor te toque, para que sean positivas o negativas."	El éxito de la enseñanza práctica, a decir del alumnado, depende en gran medida del tutor que se les asigne, pues de cómo éste organice la participación del alumno en el equipo médico, la experiencia clínica habrá de ser positiva o negativa.

Problemática	11	14	<p>P 7: 2Chica.txt - 7:12 (34:37)</p> <p>“Con algunos profesores las relaciones muy bien si explican bien. Si explican mal no vas a hacer que se retiren o [que tengan] tienen ganas.”</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:8 (28:30)</p> <p>“En este curso me he sentido poco motivado y deprimido, porque algunas clases me aburrían...”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:14 (32:33)</p> <p>“Los profesores bien en general, pero dan las materias muy rápido. No dan tiempo para nada en la clase. Debes estudiar mucho por tu cuenta y quedas hecha polvo.”</p> <p>P11: 2Chico.txt - 11:4 (11:12)</p> <p>“Lo más negativo es buscarte la vida y no tener la suerte de contar con el titular.”</p> <p>P 8: 2Chica.txt - 8:5 (19:21)</p> <p>“Valoro negativamente a los tutores de carrera, nos asignaron y ni lo conozco, llamé varias veces y nunca se puso.”</p> <p>P26: 2Chica.txt - 26:6 (18:19)</p> <p>“Lo más negativo es que algunos profesores y tutores pasan de ti.”</p> <p>P11: 2Chico.txt - 11:8 (19:20)</p> <p>“Al tutor casi no lo he visto ni me ha buscado.”</p> <p>P12: 2Chico.txt - 12:11 (39:40)</p> <p>“El apoyo de los profesores como tutores es nulo pero en aprendizaje sí te ayudan.”</p> <p>P18: 2Chica.txt - 18:4 (15:17)</p> <p>“Lo más negativo lo aprendes de algunos docentes y algunos residentes, de cómo no hacer las cosas, como por ejemplo, la peor manera de comunicar a los pacientes.”</p>	<p>Los aspectos de la metodología docente que el alumnado considera problemáticos se relacionan con lo siguiente:</p> <p><u>Habilidad docente para enseñar.</u> El alumnado advirtió en más de dos asignaturas esta carencia en el profesorado, puesto que no sólo el contenido no se comprendía con facilidad sino que el estilo era aburrido. Otra cuestión es que debido a la extensión de los contenidos, el profesorado intenta abarcar lo más posible, impartiendo los contenidos con mucha rapidez, sin dar tiempo a la comprensión y asimilación.</p> <p><u>Ausencia del titular.</u> El alumnado ha pasado el curso con los profesores adjuntos y con los residentes de alguna asignatura.</p> <p><u>Desinterés del tutor.</u> El alumnado menciona no conocer a su tutor, ni contactarle a pesar de haberle buscado. El desinterés también fue advertido en algunos profesores.</p> <p><u>Modelamiento contrario.</u> Al estar aprendiendo cerca del profesor, el alumnado puede advertir un comportamiento profesional contrario a sus valores.</p>
--------------	----	----	---	--

ACTIVIDADES DE APOYO AL APRENDIZAJE

La subescala *Actividades de Apoyo* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Conferencias
2. Congresos y Jornadas
3. Prácticas de Verano
4. Cursos monográficos
5. Cursos a distancia
6. Prácticas en Lab/Deptos.
7. Sesiones clínicas
8. Tutoría de Profesores
9. Tutoría entre alumnos
10. Servicio de Atención Psicológica

El alumnado se refirió a 1 de ellas: “Tutoría entre alumnos”

P12: 2Chico.txt - 12:12 (41:43)

“Lo que sí ha funcionado es el tutor alumno desde primero hasta tercero.”

COMPETENCIAS CLÍNICAS

La subescala *Competencias Clínicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

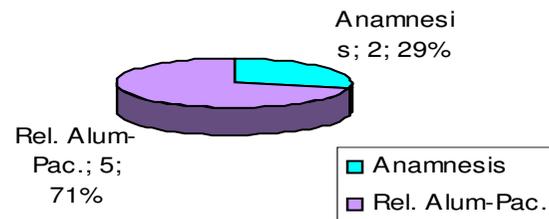
1. Explorar (Anamnesis)
2. Conformar síndromes
3. Orientar diagnóstico (Prueb/imag)
4. Orientar terapéutica

El alumnado se refirió a una de ellas, pero señaló otra no contemplada específicamente:

1. Explorar (Anamnesis)
2. **Relación alumno-paciente**

La frecuencia y el tipo de actividad de las *Competencias Clínicas* se distribuyeron como sigue.

Competencias clínicas



La Gráfica muestra que la subcategoría “Relación Alumno-Paciente” obtuvo el mayor número de menciones (5) lo que representa el 71%. La menos abordada fue la de “Anamnesis” con dos menciones, 29%. En total, sobre ellas opinaron 5 estudiantes.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcat e-goria	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Anamnesis	2	2	<p>P18: 2Chica.txt - 18:2 (7:8)</p> <p>“Nos sentimos con más confianza para preguntar al paciente.”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:12</p> <p>“Lo más positivo a nivel personal es saber lo que estás haciendo a un paciente. Si tú eres amable, los pacientes se explayan más y es más satisfactorio.”</p>	<p>La subcategoría de “Anamnesis” referida a la competencia clínica para interrogar y explorar al paciente, es la que se menciona como más desarrollada.</p>
Rel. Alum-Paciente	5	5	<p>P26: 2Chica.txt - 26:1 (3:4)</p> <p>“Lo más positivo ha sido la práctica clínica. Se te quita un poco el miedo a la hora de tratar con los pacientes.”</p> <p>P18: 2Chica.txt - 18:1 (4:5)</p> <p>“Lo más positivo es que cada vez vamos adquiriendo mayor soltura en el trato con el paciente.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:1 (3:4)</p> <p>“Lo más positivo fue la práctica clínica, el contacto con los pacientes.”</p>	<p>De igual forma, no sólo para interrogar al paciente, sino para saber contactar con él, en este cuatrimestre destaca la mayor soltura en la relación con los pacientes, sensación de haber perdido el miedo al trato con ellos.</p>

COMPETENCIAS ACADÉMICAS

La subescala *Competencias Académicas* comprendió, en la propuesta original, las actividades siguientes:

1. Aprendizaje Autónomo
2. Metod. Investig. Científica
3. Reflexión Análisis Crítico
4. Integr. Conoc. Teór. Y Prácticos
5. Discusión Grupal
6. Toma de decisiones
7. Exposición oral de temas/casos
8. Búsq. Soluciones creativas
9. Redacción técnica médica
10. Empatía interpersonal
11. Trabajo en equipo
12. Trabajo bajo presión
13. Manejo Ansiedad f/Exámenes
14. Búsqueda informatizada
15. Organización Tiempo Estudio
16. Org. Contenidos Material Estudio

El alumnado se refirió a cuatro de ellas y aportó dos más:

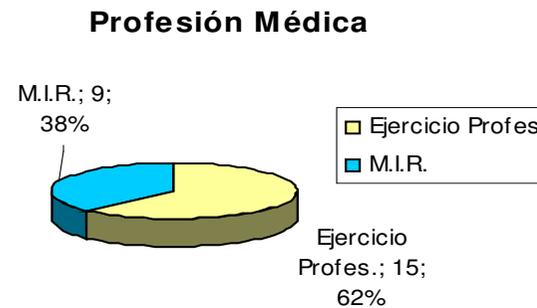
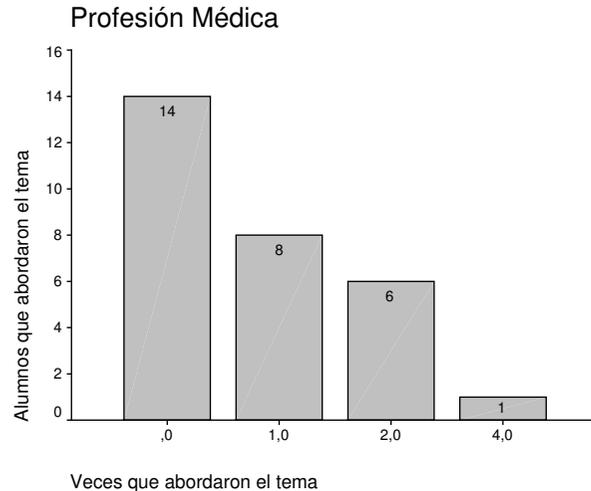
1. Trabajo bajo presión
2. Organización Tiempo Estudio
3. Org. Contenidos Material Estudio
4. Trabajo en equipo
- 5. Iniciativa y proactividad**
- 6. Participación activa en clase
(Viene de Met. Docte.)**

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría referida.

Subcat e-goria	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Org. del tiempo y	1	1	P24: 2Chica.txt - 24:14 (37:39) "En 3º te dicen que estudies mucho pero como ya lo haces. Estudio más día a día. Cambié un poco la manera de hacer las cosas, pero me ha ido mejor."	Se reporta un cambio en la forma de estudiar que conlleva una modificación en la organización del material y el tiempo de estudio.
Trabajo equipo	1	1	P18: 2Chica.txt - 18:6 (23:25) "También mis relaciones con mis compañeros muy bien. Trabajamos muy bien en equipo, me ha tocado un equipo que te apoya."	El trabajo en equipo es bien recibido por el alumnado. Con frecuencia se insta al trabajo grupal en las prácticas.
Trabajo bajo presión	1	2	P15: 2Chico.txt - 15:2 (7:9) "En general, todo ha estado muy bien, Con un poco de agobio a final de curso."	Nuevamente, al acercarse la etapa de exámenes, se incrementa la presión en el estudio y en cumplimentar los requisitos de cada asignatura.
Ansiedad Exá	1	1	P20: 2Chica.txt - 20:4 (11:12) "A nivel personal he tenido nervios durante los exámenes por la falta de tiempo."	Se sigue dando cuenta de incremento en la tensión nerviosa y estrés antes y durante los exámenes.
Iniciativa	1	1	P 5: 2Chica.txt - 5:6 (16:17) "Si te despabilas te va bien, en planta sobretodo."	El alumnado que toma la iniciativa de promover su aprendizaje aprovecha mejor las prácticas. Se despabila.

PROFESIÓN MÉDICA

La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Profesión Médica” se distribuyeron como sigue:



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (4) que se aludió a la temática correspondió a un solo estudiante, mientras que ocho de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 24 las referencias de los 15 alumnos.

La Gráfica muestra que el 62% de las 24 alusiones correspondió a la subcategoría de “Ejercicio Profesional”, mientras que la de “M.I.R.” fue menos mencionada, representando el 38%, (9 ocasiones).

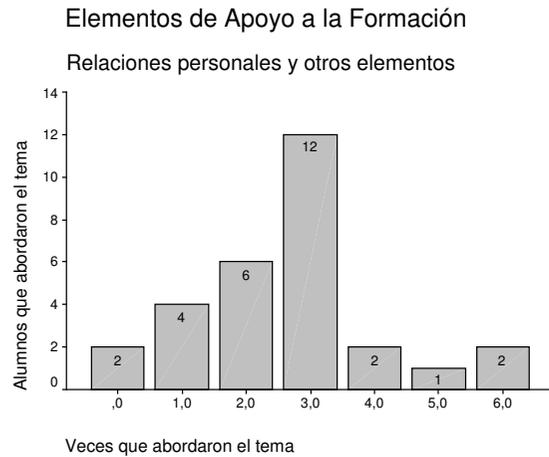
Gráfica

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

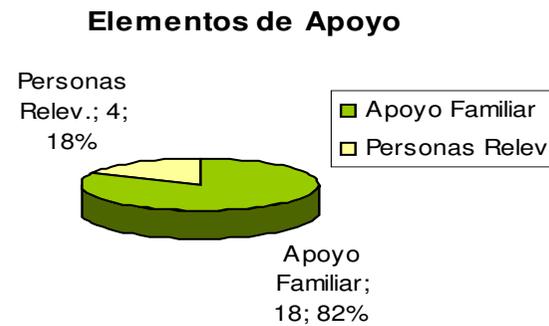
Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
M.I.R.	9	9	<p>P14: 2Chico.txt - 14:3 (9:11)</p> <p>“Lo más positivo han sido los residentes de 1º años porque pasas muchas horas con ellos y aprendes mucho. Te explican truquillos de la práctica.”</p> <p>P 4: 2Chica.txt - 4:4 (15:18)</p> <p>“Lo más positivo fue el estar con dos residentes en me explicaba todo, todos los síntomas, los porqués de la enfermedad, aun sin que yo les preguntara. Las mejores residentes.”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:11 (25:25)</p> <p>“Los residentes tienen mucho trabajo.”</p>	<p>Nuevamente se advierte un proceso de identificación y modelaje con los residentes, tanto por la función docente que estos ejercen como por la cercanía en edad.</p> <p>Señalan la sobrecarga de trabajo que se asigna a los residentes.</p>
Ejercicio Profesional		15	<p>P 3: 2Chica.txt - 3:5 (15:17)</p> <p>“Lo que más me ha impactado positivamente es que hemos empezado a ver la vida sin idealizar tanto a los médicos, a desmitificar y ser un poco más realistas.”</p> <p>P 2: 2Chica.txt - 2:2 (5:6)</p> <p>“Ver la realidad del trabajo que tendremos que hacer después.”</p> <p>P17: 2Chica.txt - 17:5 (15:17)</p> <p>“La práctica siempre va a ser más difícil que la teoría porque es lo que te vas a enfrentar más adelante y es bueno que lo empieces a ver durante la carrera.”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:9 (20:21)</p> <p>“Lo más negativo es que realmente ves la vida del médico en el hospital.”</p> <p>P19: 2Chica.txt - 19:5 (15:16)</p> <p>“A nivel personal me ha gustado ver cómo mejora y se recupera la persona.”</p> <p>P 2: 2Chica.txt - 2:5 (12:13)</p> <p>“... los médicos de xxx llevaban muchos pacientes pero los trataban muy bien.”</p> <p>P 2: 2Chica.txt - 2:6 (15:18)</p> <p>“...una doctora en xxx daba la noticia al paciente sin ayudarle lo más mínimo: ‘irá perdiendo facultades hasta que se muera’.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:5 (19:20)</p> <p>“Lo más negativo, es el sistema, hay muchos doctores que no se implican y el paciente no se puede quejar.”</p>	<p>Después del segundo cuatrimestre se detecta una percepción más madura acerca de la profesión. El alumnado ha tenido la oportunidad de conocer directamente la praxis y los aspectos positivos y negativos que su ejercicio conlleva.</p> <p>Este conocimiento si bien es realista, también es satisfactorio y motivador, pues la mayoría refrenda su compromiso vocacional, al observar el proceso de enfermedad-salud.</p> <p>El alumnado está expuesto a experiencias modeladoras por parte de los profesores, médicos y residentes del hospital, algunas de las cuales son negativas, como la carga laboral y el trato entre colegas y de estos con los pacientes.</p> <p>Comienzan también a identificar la trama organizacional del sistema sanitario, reconociendo sus ventajas y sus carencias.</p>

Personas y Elementos en la Formación

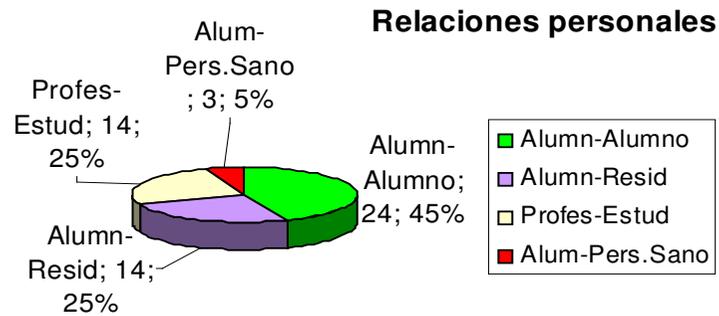
La frecuencia y tópicos referidos de la categoría “Personas – Relaciones interpersonales” se distribuyeron como sigue:



Gráfica



Gráfica



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (6) que se aludió a la temática correspondió a dos estudiantes, mientras que cuatro de ellos la abordó por lo menos una vez. En total, sumaron 77 las referencias de los 27 alumnos.

La Gráfica muestra que el 82% de las 22 alusiones correspondió a la subcategoría de “Apoyo Familiar”, mientras que la de “Personas relevantes” fue menos mencionada, representando el 18%, (4 ocasiones).

Por su parte, la Gráfica muestra que el 45% de las 55 alusiones correspondió a la subcategoría de “Alumno-Alumno”, mientras que la de “Relaciones Alumno-Personal Sanitario” fue menos mencionada, representando el 5%, (3 ocasiones).

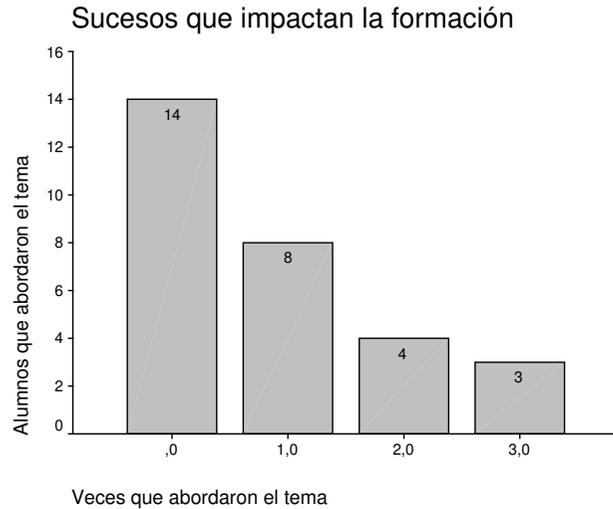
A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Personas relevantes	4	4	<p>P12: 2Chico.txt - 12:3 (13:15)</p> <p>"Lo que me impactó más positivamente fue estar con el Dr. xxx, que me explicó bastante de cara a la carrera sobre lo que tenía que hacer."</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:3 (8:8)</p> <p>"El mejor, xxx de Semiología."</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:4 (14:17)</p> <p>"... ver la dedicación con que los médicos atienden. Son un modelo en situaciones críticas."</p>	Los profesores que se implican son los que impactan la formación del alumnado, aquellos que son percibidos como modelos a seguir por su compromiso profesional y docente.
Apoyo Familiar	18	18	<p>P12: 2Chico.txt - 12:9 (34:35)</p> <p>"Mi familia me brinda un apoyo total aunque siento presión por que esperan bastante de mí."</p> <p>P15: 2Chico.txt - 15:4 (14:14)</p> <p>"Cuento con el apoyo de mi familia."</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:8 (31:32)</p> <p>"En casa todos me apoyan muchísimo, sobre todo cuando me iban mal las cosas."</p> <p>P28: 2Chica.txt - 28:4 (12:13)</p> <p>"La familia me ha apoyado siempre en todo lo que he querido hacer."</p>	La mayoría del alumnado refiere contar desde siempre con el apoyo total de su familia, particularmente en momentos difíciles. Aunque también reconocen que esto implica mayor responsabilidad hacia con la familia.

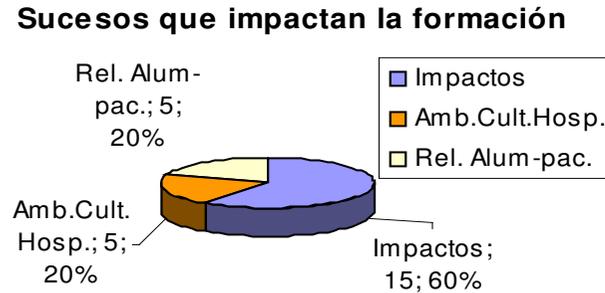
<p>Relaciones Profesor-estudiante</p>		<p>14</p>	<p>P27: 2Chico.txt - 27:3 (7:9) "Lo que más me gustó fue la especialidad de xxx y la de xxx, ahí estuvo muy bien el trato que tuvieron conmigo los tutores. Me motivó mucho su trato." P17: 2Chica.txt - 17:3 (9:10) "Con los profesores no se tiene mucha relación, aunque esta es mayor en el hospital." P 4: 2Chica.txt - 4:10 (34:34) "Y en los profesores, hay de todo, pero bien en general." P12: 2Chico.txt - 12:4 (17:18) "Lo más negativo fue la actitud del Dr. xxx con los hombres, su trato es muy bajo." P27: 2Chico.txt - 27:4 (11:12) "Siempre hay un hecho aislado, éste es xxx. Un profesor nos trató con desprecio y eso me entristece."</p>	<p>La relación profesor–estudiante no necesariamente tiene que ser de amistad para que el aprendizaje se dé, sin embargo, cierto es que esto lo favorece bastante.</p> <p>En general, el alumnado considera que en este segundo cuatrimestre, las relaciones con sus profesores, si bien no han sido estrechas, sí han estado adecuadas. Con excepción de dos casos que constituyen experiencias negativas de trato personal con profesores.</p>
<p>Rel. Alumno-Personal sanitario</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>P13: Chico.txt - 13:12 (42:42) "En el hospital con pocos médicos." P21: 2Chica.txt - 21:1 (3:3) "Lo más positivo ha sido la relación el personal médico." P24: 2Chica.txt - 24:8 (22:25) "Las prácticas de xxx muy satisfactorias porque se han portado muy bien. En las de xxx, el profesor no muy bien, pero lo pasas si no vas a xxx [como especialidad]"</p>	<p>Se observa variabilidad en esta subcategoría. Pocos estudiantes se han referido a ella. Aparentemente la relación con enfermeras, administrativos, asistentes y otros profesionales de la salud es casi nula.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Personas – Relaciones Alumno-Alumno</p>		<p>24</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:10 (39:40)</p> <p>“En cuanto a las relaciones, los compañeros muy bien. Somos muy unidos y nos llevamos muy bien.”</p> <p>P12: 2Chico.txt - 12:10 (37:37)</p> <p>“Creo que el 80% de los compañeros te ayudan.”</p> <p>P 5: 2Chica.txt - 5:10 (24:24)</p> <p>“Las relaciones con todos mis compañeros, muy positivas.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:12 (33:34)</p> <p>“Entre los compañeros nos apoyamos mucho y la competitividad no es tan alta.”</p> <p>P21: 2Chica.txt - 21:6 (18:20)</p> <p>“Mi relación es buena con determinadas compañeras, pero el resto de gente va a su aire, no comparten apuntes porque son muy competitivos.”</p>	<p>En este grupo de cuarto curso destaca, incluso para algunos profesores, el compañerismo y las relaciones de apoyo que la mayoría del alumnado refiere.</p> <p>Apoyo, unidad, ayuda y poca competitividad son adjetivos que los estudiantes asignan a la calidad de sus relaciones interpersonales.</p> <p>Por supuesto, no falta quien perciba lo contrario, pero esta opinión, en este caso, es bastante minoritaria.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Relaciones Alumno-Residente</p>		<p>14</p> <p>P10: 2Chico.txt - 10:2 (6:8)</p> <p>“Me ha impactado positivamente un residente muy simpático que confiaba mucho, nos dejaba ayudarlo y se esforzaba porque aprendiéramos mucho.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:4 (11:12)</p> <p>“En las prácticas del hospital, los residentes se llevan muy bien contigo.”</p> <p>P19: 2Chica.txt - 19:7 (20:20)</p> <p>“Los residentes ven por ti, te ayudan.”</p> <p>P 9: 2Chico.txt - 9:2 (6:6)</p> <p>“Lo peor ver cómo te ignoran los residentes.”</p> <p>P11: 2GuillemChico 16 jul 03.txt - 11:2 (6:6)</p> <p>“En otra no me gustó mucho por el trato del residente.”</p>	<p>La mayoría del alumnado considera que ha tenido un buen trato, una relación de ayuda mutua y aprendizaje de parte de los residentes, a quienes observa con simpatía e identificación futura. No obstante, también aunque en mucha menor medida, se reportan casos de indiferencia del residente hacia el alumnado.</p>

SUCESOS



Gráfica



Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (3) que se aludió a la temática correspondió a tres estudiantes, mientras que ocho de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 25 las referencias de los 15 estudiantes. Catorce alumnos no opinaron al respecto.

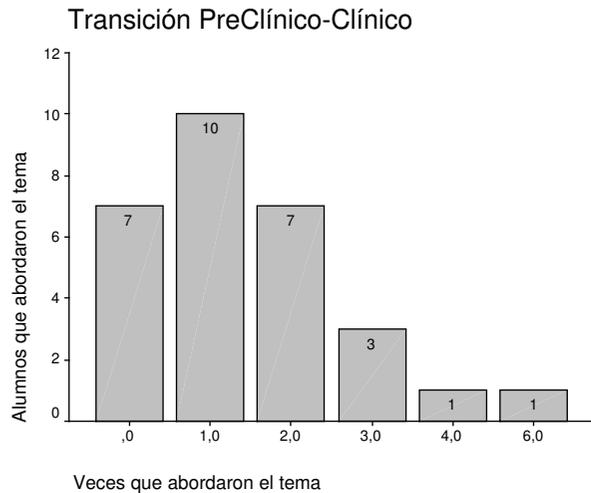
Por su parte, la Gráfica muestra que el 60% (15) de las 25 alusiones correspondió a la subcategoría de “Impactos”, mientras que la de “Ambiente y Cultura del Hospital” y la de “Relaciones Alumno-Paciente” conforman el 40% con cinco fragmentos cada una.

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Rel. Alumno-Paciente	4	5	<p>P23: 2Chica.txt - 23:12 (27:28)</p> <p>“... Si tú eres amable, los pacientes se explayan más y es más satisfactorio.”</p> <p>P26: 2Chica.txt - 26:1 (3:4)</p> <p>“Lo más positivo ha sido la práctica clínica. Se te quita un poco el miedo a la hora de tratar con los pacientes.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:1 (3:4)</p> <p>“Lo más positivo fue la práctica clínica, el contacto con los pacientes.”</p>	<p>Esta subcategoría ha sido referida en la de “Competencias Clínicas”.</p> <p>Se hace evidente la mayor confianza que el alumnado ha desarrollado al tratar con los pacientes.</p>
Ambiente y Cultura Hospitalaria	5	5	<p>P 3: 2Chica.txt - 3:7 (20:22)</p> <p>“...ver cómo es el hospital Durán y Reynalds, el tipo de trato más familiar entre ellos, mejor que en Bellvitge.”</p> <p>P22: 2Chica.txt - 22:5 (19:20)</p> <p>“Lo más negativo, es el sistema, hay muchos doctores que no se implican y el paciente no se puede quejar.”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:10 (23:23)</p> <p>“Los que son responsables están mucho más tiempo que los otros médicos.”</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:1 (4:5)</p> <p>“Lo mejor ha sido la práctica de xxx porque te integra más.”</p>	<p>Durante su estancia rotatoria en los diferentes servicios, el alumnado se inserta y convive con el personal del hospital. Desde su óptica, aprecian las diferencias y discordancias que existen, no sólo entre los diferentes servicios, sino incluso, entre los hospitales participantes.</p> <p>Así, pueden percibir ambientes más o menos integradores, más o menos cálidos en la atención con los pacientes y favorecedores de su propio aprendizaje.</p>

Impactos	9	15	<p>P 2: 2Chica.txt - 2:4 (9:11)</p> <p>“... en xxx, en la primera operación que asistía, pude ver cómo abrían el cráneo y me impactó mucho”</p> <p>P26: 2Chica.txt - 26:5 (15:16)</p> <p>“Lo más positivo fue ver pacientes con enfermedades poco frecuentes, porque te dan más ganas de estudiar.”</p> <p>- - - -</p> <p>P 2: 2Chica.txt - 2:9 (23:24)</p> <p>“He sentido tristeza cuando ves casos de personas a las que les han encontrado cáncer.”</p> <p>P 5: 2Chica.txt - 5:9 (21:22)</p> <p>“Al ver morir a una señora me puse a llorar, también otros estudiantes”</p> <p>P 9: 2Chico.txt - 9:3 (8:9)</p> <p>“Me impactó ver a jóvenes con leucemia, conocerles sí que impacta.”</p> <p>P16: 2Chico.txt - 16:2 (7:7)</p> <p>“Me impactó el caso de una mujer que entró a Urgencias.”</p> <p>P19: 2Chica.txt - 19:3 (9:10)</p> <p>“Me impactó mucho ver a una chica en shock, de 28 años, que estaba inconsciente.”</p> <p>P19: 2Chica.txt - 19:8 (22:23)</p> <p>“También fue negativo ver cómo perdíamos a uno de los pacientes de xxx.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:6 (16:18)</p> <p>“Un impacto negativo ha sido ver a las personas en fase terminal. No estás acostumbrada aunque tengas un año visitando pacientes.”</p> <p>P10: 2Chico.txt - 10:5 (13:16)</p> <p>“Lo mas negativo a nivel personal ha sido ha principio, en las prácticas de xxx, ver gente que está muy grave y te desanimabas un poco, pero luego te acostumbras.”</p>	<p>Las diferentes vivencias clínicas impactan al joven alumnado y pueden estimular su motivación y aprendizaje, como observar la primera intervención quirúrgica o el conocer padecimientos raros. No obstante también se dan casos de impactos negativos.</p> <p>Los impactos negativos de la experiencia clínica, tienden a ser mayoritariamente de índole psicológica, las primeras vivencias ante casos críticos toman al alumnado casi siempre por sorpresa. Es decir, aun cuando haya una introducción teórica, cognitiva, la atención al estado afectivo del alumno se ve relegado. Incluso, llega a ser una premisa entre el profesorado y el propio alumnado, decir que posteriormente éste ‘se acostumbrará’.</p> <p>¿Es acaso adecuado acostumbrarse al dolor ajeno? ¿Debe curtirse este alumno para ejercer profesionalmente con calidad? No es lo mismo aprender a manejar la propia emocionalidad en aras de la acción médica correcta, que aprender a revestir esta emocionalidad con una coraza de fortaleza que cada vez más orienta hacia la indiferencia y deshumanización en la relación médico-paciente.</p> <p>Entre las vivencias más recurrentes están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto con pacientes jóvenes y enfermedades graves • Los casos que se presentan en el servicio de Urgencias • Pacientes con enfermedades terminales • Decesos de pacientes (en forma súbita o gradual) <p>Estas vivencias ameritarían una atención psicológica puntual de forma que el alumnado logre comprender el ciclo vital desde la perspectiva psicológica.</p>
----------	---	----	---	--

Transición PreClínico-Clinico

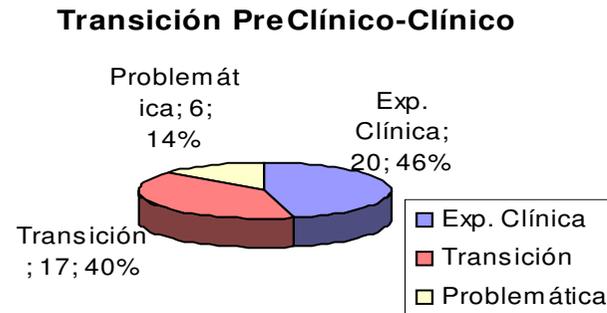


Gráfica

La Gráfica muestra cómo el mayor número de veces (6) que se aludió a la temática correspondió a un estudiante, mientras que diez de ellos la abordaron por lo menos una vez. En total, sumaron 43 las referencias de los 22 estudiantes. 7 estudiantes no opinaron al respecto.

Por su parte, la Gráfica muestra que el 46% (20) de las 43 alusiones correspondió a la subcategoría de “Experiencia Clínica”, mientras que la de “Problemática de la Exp. Clínica” fue menos mencionada, representando el 14%, (6 ocasiones).

A continuación se describen las principales tendencias en las opiniones registradas, respecto a cada subcategoría establecida.



Gráfica

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Experiencia Clínica		20	<p>P29: 2Chico.txt - 29:1 (4:6)</p> <p>“Lo más significativo han sido las prácticas, que son muy interesantes porque puedes ver lo que es la patología y hasta este curso no entraba en lo que es la Medicina.”</p> <p>P 4: 2Chica.txt - 4:1 (4:5)</p> <p>“Lo más positivo, en general haber entrado más en el ámbito clínico y haber profundizado en cada especialidad.”</p> <p>P14: 2Chico.txt - 14:1 (4:5)</p> <p>“Lo mejor ha sido la práctica clínica, ver cómo se pone en práctica lo que estás aprendiendo.”</p> <p>P 8: 2Chica.txt - 8:1 (5:7)</p> <p>“Lo mejor ha estado en la práctica, en los contenidos, en la manera de evaluar casos prácticos. Está bien trabajar con un paciente y estar con los residentes.”</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:1 (4:5)</p> <p>“Lo más positivo ha sido la experiencia de estar en el hospital, el día a día es muy positivo.”</p> <p>P28: 2Chica.txt - 28:2 (7:8)</p> <p>“Al ver la práctica te sientes más satisfecha, sobre todo si realmente te gusta. Te sientes más implicado en todo.”</p> <p>P 8: 2Chica.txt - 8:3 (13:14)</p> <p>“Me sentí más motivada en xxxx y en xxxx porque aprendes y participas.”</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:1 (3:3)</p> <p>“Lo más positivo fue que pude ver muchos infartos.”</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:7 (27:29)</p> <p>“Me sorprendió que -una chica con lupus quería quedar embarazada- una alegría tan grande pueda suponer un problema más grande aún.”</p>	<p>La experiencia clínica es una etapa que, por su espera, viene a reforzar la identidad vocacional del alumnado.</p> <p>Las vivencias a lo largo de cada rotación tienen, generalmente, un impacto positivo en el alumnado y por tanto mayor satisfacción y motivación por los estudios. Entre los aspectos destacados están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer contacto específico con las diferentes especialidades del curso. • La metodología a través de sesiones clínicas, seminarios y prácticas diversas a la par de una disminución sensible en las horas de clase en aula, también es una experiencia muy apreciada. • Convivencia en el hospital con todos sus integrantes. • El conocimiento nuevo, a pesar de que pueda provenir de una experiencia lamentable, como los infartos u otras dolencias.

<p>Problemática</p>		<p>6</p> <p>P 9: 2Chico.txt - 9:5 (13:14)</p> <p>“Los primeros días de clínica vas perdido y luego de manera natural ya te adaptas.”</p> <p>P29: 2Chico.txt - 29:2 (8:11)</p> <p>“Lo negativo es que te toca hacer prácticas sin haber pasado por la teoría, Y estás un poco perdido y no puedes aprovechar el tiempo que pasas en el hospital, el mes de rotación.”</p> <p>P21: 2Chica.txt - 21:3 (8:9)</p> <p>“El curso ha sido duro para mí, porque hay un cambio importante.”</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:7 (16:16)</p> <p>“En general este año ha sido muy duro.”</p> <p>P 8: 2Chica.txt - 8:2 (9:10)</p> <p>“Lo más negativo que me faltó implicarme más, saber hacer más cosas y no sólo mirar.”</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:6 (22:25)</p> <p>“Un impacto negativo me lo dio un vagabundo que estaba muy mal en xxx. Tengo presente su cara cuando explicaba cosas que yo no entendía mucho, tenía cáncer y no quería que se lo dijeran a su familia.”</p>	<p>La expresión del alumnado “al principio vas un poco perdido” indica que hay una fase inicial del cuarto curso, en que no reciben apoyo alguno –estructurado didácticamente para tal efecto-.</p> <p>Esta fase inicial se ve afectada por tres situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desconocimiento específico del nuevo escenario, aun cuando ya hayan “conocido” el hospital en la asignatura de Semiología en tercer curso. • La enseñanza alternada de pasar primero por práctica en el primer semestre y luego por la teoría de enfermedades de un sistema o aparato. • La falta de una implicación precisa en las tareas hospitalarias, y limitarse a observarlas. <p>Lo anterior hace que este primer curso clínico sea un año escolar calificado como duro, en el sentido de que la adaptación no ha sido fácil. Aunque reconocen que el contenido es más interesante y motivador que en los cursos precedentes.</p>
---------------------	--	---	---

Subcategoría	Alumnos #	Citas #	Fragmentos seleccionados	Interpretación y Análisis
Transición intracurricular		17	<p>P19: 2Chica.txt - 19:9 (24:26)</p> <p>"En 3º empiezas, pero es hasta 4º cuando ves el proceso que pasa realmente en las enfermedades, en el hospital."</p> <p>P25: 2Chica.txt - 25:9 (34:37)</p> <p>"Veo que hay diferencias entre 3º y 4º, en el enfoque, la evaluación, que estás sólo dos horas al día en clase y toda la mañana en el hospital. Pude ver que se necesita la teoría. Me encantó."</p> <p>P18: 2Chica.txt - 18:9 (32:38)</p> <p>"En 3º aprendes a hacer una exploración sistemática más completa. En 4º, aprendes a hacer una exploración específica y a profundizar en la historia clínica. Al tener la base de 3º, te sirve y en 4º es más complicado pero creo que me he adaptado bien."</p> <p>P14: 2Chico.txt - 14:8 (21:23)</p> <p>"En 3º vas muy poco al hospital. En 4º a mi me gustó más, es menos aburrido, es mejor y se entiende todo mucho mejor."</p> <p>P23: 2Chica.txt - 23:8 (18:19)</p> <p>"El cambio más importante es que tenemos menos horas de teoría, te dan menos materia, pero a la vez es más bonito, siento que está muy bien y se aprende mucho."</p> <p>P26: 2Chica.txt - 26:3 (9:10)</p> <p>"Se nota un montón el cambio de 3º a 4º y la forma de estudiar te motiva más."</p> <p>P24: 2Chica.txt - 24:14 (37:39)</p> <p>"En 3º te dicen que estudies mucho pero como ya lo haces. Estudio más día a día. Cambié un poco la manera de hacer las cosas, pero me ha ido mejor."</p> <p>P17: 2Chica.txt - 17:4 (12:13)</p> <p>"En cuanto a las diferencias con tercero, cuarto es más específico en lo que va a ser tu profesión en un futuro."</p> <p>P 2: 2Chica1.txt - 2:11 (28:29)</p> <p>"La principal diferencia entre 3º y 4º son las prácticas, ver el día a día de lo que trabajaremos."</p>	<p>La transición académica del periodo PreClínico al periodo Clínico conlleva una demanda de adaptación inmediata, so pena de no aprovechar el máximo de la experiencia educativa de este nuevo escenario.</p> <p>Estos cambios implican ajustes en:</p> <p>Contenidos: El enfoque didáctico pasa a ser mayoritariamente práctico. Los contenidos pasan a ser específicos sobre enfermedades de cada uno de los aparatos y sistemas que, durante el periodo preclínico, habían sido revisados en su condición de normalidad.</p> <p>A diferencia del periodo preclínico, la teoría está relacionada más directamente con la parte práctica, lo cual es altamente valorado por el alumnado, puesto que esta vinculación facilita y favorece su aprendizaje.</p> <p>De ahí, que el contenido les parezca más interesante y menos tedioso.</p> <p>El estudio de estos contenidos también demanda un cambio en la forma de abordarlos para asimilarlos y comprenderlos.</p> <p>La vivencia en el hospital brinda al alumnado una oportunidad de conocer en directo la práctica profesional que habrán de ejercer en el futuro mediato. Cuestión que no siempre resulta satisfactoria pero que no hace decaer el entusiasmo sino asumir posiciones más críticas y realistas respecto de la profesión.</p>

Transición PreClínico-Clinico		<p>P23: 2Chica.txt - 23:9 (20:21)</p> <p>“Lo más negativo es que realmente ves la vida del médico en el hospital.”</p> <p>P21: 2Chica.txt - 21:5 (15:16)</p> <p>“Las prácticas más largas permiten adaptarte, antes no fue así.”</p> <p>P11: 2Chico.txt - 11:9 (23:26)</p> <p>“No hay mucha diferencia entre 3º y 4º. Semiología y Fundamentos de Cirugía se parecen bastante, Es como mucha rutina. No me ha costado adaptarme y me ha gustado.”</p> <p>P13: 2Chico.txt - 13:4 (14:16)</p> <p>“Tal como está planificado hay médicos buenos y médicos malos, y aprendes o tienes que informarte y preguntar a los que ya han pasado.”</p>	<p>Estos ajustes necesarios requieren una fase de adaptación, que algunos alumnos superan con mayor o menor facilidad de acuerdo con sus propios recursos. Algunos consideran que la mayor duración de las prácticas favorece su adaptación. Mientras que otros han comprobado que la información allegada por alumnos que ya han pasado por ello, contribuye que se adapten más rápidamente al nuevo escenario de aprendizaje.</p>
-------------------------------	--	--	---

ANÁLISIS TÉCNICO DEL CUESTIONARIO DE 4º PARA EL ALUMNADO

A. DESCRIPTIVO GENERAL

Tablas de frecuencias

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombres	13	30,2	30,2	30,2
	Mujeres	30	69,8	69,8	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	28	65,1	65,1	65,1
	22	10	23,3	23,3	88,4
	23	2	4,7	4,7	93,0
	24	2	4,7	4,7	97,7
	26	1	2,3	2,3	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Importancia de las Asignaturas de 3º

Estadísticos

ASIGIMP3		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		25.2093
Mediana		26.0000
Moda		26.00
Desv. típ.		3.24814
Varianza		10.55039
Mínimo		17.00
Máximo		32.00
Suma		1084.00
Percentiles	25	23.0000
	30	24.0000
	50	26.0000
	70	27.0000
	75	27.0000

ASIGIMP3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	17.00	1	2.3	2.3	2.3
	19.00	1	2.3	2.3	4.7
	20.00	3	7.0	7.0	11.6
	22.00	3	7.0	7.0	18.6
	23.00	3	7.0	7.0	25.6
	24.00	5	11.6	11.6	37.2
	25.00	5	11.6	11.6	48.8
	26.00	8	18.6	18.6	67.4
	27.00	5	11.6	11.6	79.1
	28.00	3	7.0	7.0	86.0
	29.00	3	7.0	7.0	93.0
	30.00	1	2.3	2.3	95.3
	32.00	2	4.7	4.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Importancia de las Asignaturas de 4º

Estadísticos

ASIGIMP4		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		23.9535
Mediana		25.0000
Moda		28.00
Desv. típ.		4.24799
Varianza		18.04540
Mínimo		11.00
Máximo		28.00
Suma		1030.00
Percentiles	25	22.0000
	30	23.0000
	50	25.0000
	70	27.0000
	75	28.0000

ASIGIMP4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11.00	1	2.3	2.3	2.3
	14.00	1	2.3	2.3	4.7
	15.00	1	2.3	2.3	7.0
	16.00	1	2.3	2.3	9.3
	17.00	1	2.3	2.3	11.6
	19.00	1	2.3	2.3	14.0
	21.00	3	7.0	7.0	20.9
	22.00	2	4.7	4.7	25.6
	23.00	4	9.3	9.3	34.9
	24.00	5	11.6	11.6	46.5
	25.00	5	11.6	11.6	58.1
	26.00	4	9.3	9.3	67.4
	27.00	2	4.7	4.7	72.1
	28.00	12	27.9	27.9	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Logro de Objetivos didácticos de Asignaturas de 4º

Estadísticos

OBJLOSU

N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		18.1163
Mediana		18.0000
Moda		17.00
Desv. típ.		3.35381
Varianza		11.24806
Mínimo		8.00
Máximo		25.00
Suma		779.00
Percentiles	25	17.0000
	30	17.0000
	50	18.0000
	70	19.8000
	75	20.0000

OBJLOSU

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8.00	2	4.7	4.7	4.7
	14.00	1	2.3	2.3	7.0
	15.00	4	9.3	9.3	16.3
	16.00	2	4.7	4.7	20.9
	17.00	9	20.9	20.9	41.9
	18.00	4	9.3	9.3	51.2
	19.00	8	18.6	18.6	69.8
	20.00	4	9.3	9.3	79.1
	21.00	5	11.6	11.6	90.7
	23.00	2	4.7	4.7	95.3
	24.00	1	2.3	2.3	97.7
	25.00	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Importancia de los Objetivos de Asignaturas de 4º

Estadísticos

OBJJMPS

N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		25.6047
Mediana		27.0000
Moda		28.00
Desv. típ.		3.53984
Varianza		12.53045
Mínimo		9.00
Máximo		28.00
Suma		1101.00
Percentiles	25	25.0000
	30	25.0000
	50	27.0000
	70	28.0000
	75	28.0000

OBJJMPS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9.00	1	2.3	2.3	2.3
	19.00	1	2.3	2.3	4.7
	21.00	3	7.0	7.0	11.6
	23.00	4	9.3	9.3	20.9
	25.00	7	16.3	16.3	37.2
	26.00	4	9.3	9.3	46.5
	27.00	5	11.6	11.6	58.1
	28.00	18	41.9	41.9	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Desarrollo de Competencias Profesionales –Clínicas-

CPRDESU

Estadísticos

CPRDESU

N	Válidos	Perdidos	
	43	0	
Media	76.6279		
Mediana	78.0000		
Moda	78.00 ^a		
Desv. típ.	13.46251		
Varianza	181.2392		
Mínimo	37.00		
Máximo	112.00		
Suma	3295.00		
Percentiles	25	69.0000	
	30	71.0000	
	50	78.0000	
	70	81.0000	
	75	81.0000	

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	37.00	1	2.3	2.3
	55.00	1	2.3	4.7
	57.00	1	2.3	7.0
	61.00	1	2.3	9.3
	64.00	2	4.7	14.0
	65.00	2	4.7	18.6
	67.00	1	2.3	20.9
	68.00	1	2.3	23.3
	69.00	1	2.3	25.6
	71.00	3	7.0	32.6
	72.00	1	2.3	34.9
	75.00	3	7.0	41.9
	76.00	1	2.3	44.2
	77.00	2	4.7	48.8
	78.00	4	9.3	58.1
	79.00	2	4.7	62.8
	80.00	2	4.7	67.4
	81.00	4	9.3	76.7
	82.00	2	4.7	81.4
	84.00	1	2.3	83.7
	86.00	1	2.3	86.0
	88.00	1	2.3	88.4
	89.00	1	2.3	90.7
	91.00	1	2.3	93.0
	103.00	1	2.3	95.3
	112.00	2	4.7	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Importancia de Competencias Profesionales –Clínicas-

CPRIMSU

Estadísticos

CPRIMSU

N	Válidos	Perdidos	
	43	0	
Media	100.8372		
Mediana	104.0000		
Moda	112.00		
Desv. típ.	13.37896		
Varianza	178.9967		
Mínimo	39.00		
Máximo	112.00		
Suma	4336.00		
Percentiles	25	96.0000	
	30	97.0000	
	50	104.0000	
	70	111.4000	
	75	112.0000	

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	39.00	1	2.3	2.3
	77.00	1	2.3	4.7
	84.00	2	4.7	9.3
	87.00	1	2.3	11.6
	89.00	1	2.3	14.0
	90.00	1	2.3	16.3
	94.00	1	2.3	18.6
	96.00	4	9.3	27.9
	97.00	3	7.0	34.9
	98.00	1	2.3	37.2
	100.00	2	4.7	41.9
	102.00	2	4.7	46.5
	103.00	1	2.3	48.8
	104.00	3	7.0	55.8
	106.00	1	2.3	58.1
	107.00	3	7.0	65.1
	108.00	1	2.3	67.4
	109.00	1	2.3	69.8
	112.00	13	30.2	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Desarrollo de Competencias Académicas –Transversales-

COACDES

Estadísticos		
COACDES		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		41.5116
Mediana		42.0000
Moda		45.00 ^a
Desv. típ.		6.56967
Varianza		43.16058
Mínimo		22.00
Máximo		59.00
Suma		1785.00
Percentiles	25	38.0000
	30	39.0000
	50	42.0000
	70	45.0000
	75	45.0000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	22.00	1	2.3	2.3
	29.00	1	2.3	4.7
	31.00	1	2.3	7.0
	32.00	1	2.3	9.3
	34.00	1	2.3	11.6
	36.00	3	7.0	18.6
	38.00	4	9.3	27.9
	39.00	3	7.0	34.9
	40.00	4	9.3	44.2
	41.00	2	4.7	48.8
	42.00	3	7.0	55.8
	43.00	3	7.0	62.8
	44.00	1	2.3	65.1
	45.00	5	11.6	76.7
	46.00	1	2.3	79.1
	47.00	5	11.6	90.7
	49.00	1	2.3	93.0
	52.00	1	2.3	95.3
	53.00	1	2.3	97.7
	59.00	1	2.3	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Importancia de Competencias Académicas –Transversales-

COACIMS

Estadísticos		
COACIMS		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		55.2791
Mediana		56.0000
Moda		59.00
Desv. típ.		6.14246
Varianza		37.72979
Mínimo		38.00
Máximo		64.00
Suma		2377.00
Percentiles	25	51.0000
	30	53.0000
	50	56.0000
	70	59.0000
	75	60.0000

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	38.00	1	2.3	2.3
	41.00	1	2.3	4.7
	45.00	1	2.3	7.0
	47.00	2	4.7	11.6
	48.00	1	2.3	14.0
	50.00	1	2.3	16.3
	51.00	4	9.3	25.6
	52.00	1	2.3	27.9
	53.00	3	7.0	34.9
	54.00	4	9.3	44.2
	55.00	2	4.7	48.8
	56.00	4	9.3	58.1
	57.00	1	2.3	60.5
	58.00	1	2.3	62.8
	59.00	5	11.6	74.4
	60.00	1	2.3	76.7
	61.00	2	4.7	81.4
	62.00	3	7.0	88.4
	63.00	2	4.7	93.0
	64.00	3	7.0	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Frecuencia de uso de Metodologías Docentes

Estadísticos			MDFRSUM				
MDFRSUM							
N	Válidos	43	Válidos	18.00	1	2.3	2.3
	Perdidos	0		24.00	1	2.3	4.7
Media		34.0233		25.00	1	2.3	7.0
Mediana		34.0000		26.00	2	4.7	11.6
Moda		36.00		27.00	2	4.7	16.3
Desv. típ.		5.45758		29.00	1	2.3	18.6
Varianza		29.78516		31.00	4	9.3	27.9
Mínimo		18.00		32.00	1	2.3	30.2
Máximo		44.00		33.00	4	9.3	39.5
Suma		1463.00		34.00	5	11.6	51.2
Percentiles	25	31.0000		35.00	1	2.3	53.5
	30	32.2000		36.00	8	18.6	72.1
	50	34.0000		37.00	2	4.7	76.7
	70	36.0000		38.00	1	2.3	79.1
	75	37.0000		39.00	2	4.7	83.7
				40.00	3	7.0	90.7
				41.00	1	2.3	93.0
				42.00	1	2.3	95.3
				43.00	1	2.3	97.7
				44.00	1	2.3	100.0
				Total	43	100.0	100.0

Satisfacción con las Metodologías Docentes

Estadísticos			MDSATSU				
MDSATSU							
N	Válidos	43	Válidos	12.00	1	2.3	2.3
	Perdidos	0		26.00	1	2.3	4.7
Media		39.2558		28.00	1	2.3	7.0
Mediana		40.0000		29.00	2	4.7	11.6
Moda		40.00 ^a		30.00	1	2.3	14.0
Desv. típ.		8.14188		31.00	2	4.7	18.6
Varianza		66.29014		32.00	1	2.3	20.9
Mínimo		12.00		34.00	1	2.3	23.3
Máximo		56.00		35.00	2	4.7	27.9
Suma		1688.00		36.00	3	7.0	34.9
Percentiles	25	35.0000		37.00	3	7.0	41.9
	30	36.0000		38.00	1	2.3	44.2
	50	40.0000		40.00	4	9.3	53.5
	70	44.0000		42.00	3	7.0	60.5
	75	45.0000		43.00	2	4.7	65.1
				44.00	4	9.3	74.4
				45.00	2	4.7	79.1
				46.00	2	4.7	83.7
				47.00	1	2.3	86.0
				48.00	2	4.7	90.7
				49.00	1	2.3	93.0
				50.00	1	2.3	95.3
				51.00	1	2.3	97.7
				56.00	1	2.3	100.0
				Total	43	100.0	100.0

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Oferta de Activs. De Apoyo de la Universidad

Estadísticos			AAAUBSU			
AAAUBSU						
N	Válidos	42				
	Perdidos	1				
Media		23.5000				
Mediana		22.0000				
Moda		20.00				
Desv. típ.		5.19967				
Varianza		27.03659				
Mínimo		15.00				
Máximo		35.00				
Suma		987.00				
Percentiles	25	20.0000				
	30	20.0000				
	50	22.0000				
	70	27.0000				
	75	27.0000				

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15.00	1	2.3	2.4
	16.00	2	4.7	7.1
	17.00	2	4.7	11.9
	18.00	2	4.7	16.7
	19.00	2	4.7	21.4
	20.00	6	14.0	35.7
	21.00	2	4.7	40.5
	22.00	5	11.6	52.4
	23.00	2	4.7	57.1
	24.00	1	2.3	59.5
	25.00	1	2.3	61.9
	26.00	3	7.0	69.0
	27.00	4	9.3	78.6
	28.00	3	7.0	85.7
	29.00	1	2.3	88.1
	31.00	1	2.3	90.5
	33.00	2	4.7	95.2
	34.00	1	2.3	97.6
	35.00	1	2.3	100.0
Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	Sistema	1	2.3	
Total	43	100.0		

Frecuencia de uso de Activs. De Apoyo de la Universidad

Estadísticos			AAAFRSUM			
AAAFRSUM						
N	Válidos	41				
	Perdidos	2				
Media		13.2195				
Mediana		13.0000				
Moda		11.00 ^a				
Desv. típ.		4.15639				
Varianza		17.27561				
Mínimo		5.00				
Máximo		22.00				
Suma		542.00				
Percentiles	25	10.5000				
	30	11.0000				
	50	13.0000				
	70	15.0000				
	75	16.5000				

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5.00	1	2.3	2.4
	6.00	2	4.7	7.3
	7.00	1	2.3	9.8
	9.00	3	7.0	17.1
	10.00	3	7.0	24.4
	11.00	6	14.0	39.0
	12.00	3	7.0	46.3
	13.00	4	9.3	56.1
	14.00	1	2.3	58.5
	15.00	6	14.0	73.2
	16.00	1	2.3	75.6
	17.00	4	9.3	85.4
	18.00	2	4.7	90.2
	19.00	1	2.3	92.7
	21.00	2	4.7	97.6
	22.00	1	2.3	100.0
Total	41	95.3	100.0	
Perdidos	Sistema	2	4.7	
Total	43	100.0		

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Satisfacción con las Activs. De Apoyo de la Universidad

AAASATSU

Estadísticos			AAASATSU				
AAASATSU				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N	Válidos	41	Válidos	1.00	1	2.3	2.4
	Perdidos	2		3.00	1	2.3	4.9
Media		11.5366		4.00	3	7.0	12.2
Mediana		12.0000		5.00	2	4.7	17.1
Moda		12.00		6.00	3	7.0	24.4
Desv. típ.		5.21103		7.00	1	2.3	26.8
Varianza		27.15488		8.00	1	2.3	29.3
Mínimo		1.00		9.00	1	2.3	31.7
Máximo		20.00		10.00	3	7.0	39.0
Suma		473.00		11.00	2	4.7	43.9
Percentiles	25	6.5000		12.00	6	14.0	58.5
	30	8.6000		13.00	2	4.7	63.4
	50	12.0000		14.00	2	4.7	68.3
	70	15.4000		15.00	1	2.3	70.7
	75	16.0000		16.00	4	9.3	80.5
				17.00	2	4.7	85.4
				18.00	2	4.7	90.2
				19.00	2	4.7	95.1
				20.00	2	4.7	100.0
				Total	41	95.3	100.0
				Perdidos	Sistema	2	4.7
				Total	43	100.0	

Elementos que contribuyen a la formación médica

Estadísticos

ELEMESUM		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		31.9070
Mediana		32.0000
Moda		30.00 ^a
Desv. típ.		5.76035
Varianza		33.18162
Mínimo		14.00
Máximo		44.00
Suma		1372.00
Percentiles	25	29.0000
	30	30.0000
	50	32.0000
	70	35.0000
	75	36.0000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

ELEMESUM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	14.00	1	2.3	2.3
	15.00	1	2.3	4.7
	23.00	1	2.3	7.0
	26.00	2	4.7	11.6
	28.00	4	9.3	20.9
	29.00	3	7.0	27.9
	30.00	5	11.6	39.5
	31.00	2	4.7	44.2
	32.00	3	7.0	51.2
	33.00	2	4.7	55.8
	34.00	3	7.0	62.8
	35.00	5	11.6	74.4
	36.00	3	7.0	81.4
	37.00	3	7.0	88.4
	38.00	3	7.0	95.3
	41.00	1	2.3	97.7
	44.00	1	2.3	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Personas que contribuyen a la formación médica

Estadísticos			PERCONTS				
PERCONTS				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N	Válidos	42	Válidos 6.00	1	2.3	2.4	2.4
	Perdidos	1	10.00	3	7.0	7.1	9.5
Media		15.6429	11.00	2	4.7	4.8	14.3
Mediana		16.0000	12.00	1	2.3	2.4	16.7
Moda		16.00	13.00	4	9.3	9.5	26.2
Desv. típ.		3.35553	14.00	3	7.0	7.1	33.3
Varianza		11.25958	15.00	2	4.7	4.8	38.1
Mínimo		6.00	16.00	8	18.6	19.0	57.1
Máximo		21.00	17.00	3	7.0	7.1	64.3
Suma		657.00	18.00	5	11.6	11.9	76.2
Percentiles	25	13.0000	19.00	7	16.3	16.7	92.9
	30	14.0000	20.00	2	4.7	4.8	97.6
	50	16.0000	21.00	1	2.3	2.4	100.0
	70	18.0000	Total	42	97.7	100.0	
	75	18.2500	Perdidos Sistema	1	2.3		
			Total	43	100.0		

Sucesos del Clínico con impacto en la formación médica

Estadísticos			SUCESUM				
SUCESUM				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N	Válidos	43	Válidos 30.00	1	2.3	2.3	2.3
	Perdidos	0	41.00	1	2.3	2.3	4.7
Media		58.0465	46.00	1	2.3	2.3	7.0
Mediana		60.0000	47.00	3	7.0	7.0	14.0
Moda		65.00	48.00	1	2.3	2.3	16.3
Desv. típ.		9.03684	51.00	2	4.7	4.7	20.9
Varianza		81.66445	52.00	2	4.7	4.7	25.6
Mínimo		30.00	53.00	1	2.3	2.3	27.9
Máximo		76.00	54.00	3	7.0	7.0	34.9
Suma		2496.00	55.00	3	7.0	7.0	41.9
Percentiles	25	52.0000	57.00	2	4.7	4.7	46.5
	30	54.0000	58.00	1	2.3	2.3	48.8
	50	60.0000	60.00	3	7.0	7.0	55.8
	70	63.8000	61.00	3	7.0	7.0	62.8
	75	65.0000	62.00	1	2.3	2.3	65.1
			63.00	2	4.7	4.7	69.8
			64.00	1	2.3	2.3	72.1
			65.00	4	9.3	9.3	81.4
			67.00	2	4.7	4.7	86.0
			68.00	1	2.3	2.3	88.4
			69.00	2	4.7	4.7	93.0
			70.00	1	2.3	2.3	95.3
			71.00	1	2.3	2.3	97.7
			76.00	1	2.3	2.3	100.0
			Total	43	100.0	100.0	

Factores que influyen en la elección de una especialidad méd.

Estadísticos			FACTSUMA				
FACTSUMA				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N	Válidos	42	Válidos	40.00	1	2.3	2.4
	Perdidos	1	42.00	1	2.3	2.4	4.8
Media		57.4762	44.00	1	2.3	2.4	7.1
Mediana		56.0000	46.00	1	2.3	2.4	9.5
Moda		51.00 ^a	48.00	1	2.3	2.4	11.9
Desv. típ.		8.91761	49.00	1	2.3	2.4	14.3
Varianza		79.52381	50.00	1	2.3	2.4	16.7
Mínimo		40.00	51.00	4	9.3	9.5	26.2
Máximo		78.00	52.00	2	4.7	4.8	31.0
Suma		2414.00	53.00	1	2.3	2.4	33.3
Percentiles	25	51.0000	54.00	3	7.0	7.1	40.5
	30	52.0000	55.00	3	7.0	7.1	47.6
	50	56.0000	56.00	4	9.3	9.5	57.1
	70	62.1000	58.00	3	7.0	7.1	64.3
	75	63.5000	59.00	2	4.7	4.8	69.0
			62.00	1	2.3	2.4	71.4
			63.00	2	4.7	4.8	76.2
			65.00	2	4.7	4.8	81.0
			67.00	1	2.3	2.4	83.3
			69.00	1	2.3	2.4	85.7
			71.00	2	4.7	4.8	90.5
			72.00	2	4.7	4.8	95.2
			73.00	1	2.3	2.4	97.6
			78.00	1	2.3	2.4	100.0
			Total	42	97.7	100.0	
			Perdidos Sistema	1	2.3		
			Total	43	100.0		

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Rendimiento ponderado –Nota/Crédito-

Estadísticos		
CREDTOT		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		278.767
Mediana		288.500
Moda		340.0
Desv. típ.		85.7643
Varianza		7355.516
Mínimo		118.5
Máximo		436.0
Suma		11987.0
Percentiles	25	194.000
	30	213.100
	50	288.500
	70	340.000
	75	354.500

CREDTOT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	118.5	1	2.3	2.3	2.3
	151.0	1	2.3	2.3	4.7
	159.0	1	2.3	2.3	7.0
	171.0	1	2.3	2.3	9.3
	177.5	1	2.3	2.3	11.6
	179.5	1	2.3	2.3	14.0
	180.5	1	2.3	2.3	16.3
	183.5	1	2.3	2.3	18.6
	187.0	1	2.3	2.3	20.9
	192.5	1	2.3	2.3	23.3
	194.0	1	2.3	2.3	25.6
	209.0	1	2.3	2.3	27.9
	212.5	1	2.3	2.3	30.2
	215.5	1	2.3	2.3	32.6
	217.0	1	2.3	2.3	34.9
	219.5	1	2.3	2.3	37.2
	224.0	1	2.3	2.3	39.5
	246.0	1	2.3	2.3	41.9
	259.0	1	2.3	2.3	44.2
	264.5	1	2.3	2.3	46.5
	284.0	1	2.3	2.3	48.8
	288.5	1	2.3	2.3	51.2
	289.0	1	2.3	2.3	53.5
	291.0	1	2.3	2.3	55.8
	305.5	1	2.3	2.3	58.1
	312.0	1	2.3	2.3	60.5
	327.0	1	2.3	2.3	62.8
	330.5	1	2.3	2.3	65.1
	332.5	1	2.3	2.3	67.4
	340.0	2	4.7	4.7	72.1
	351.0	1	2.3	2.3	74.4
	354.5	1	2.3	2.3	76.7
	356.0	1	2.3	2.3	79.1
	359.5	1	2.3	2.3	81.4
	361.5	1	2.3	2.3	83.7
	377.0	1	2.3	2.3	86.0
	387.0	1	2.3	2.3	88.4
	392.5	1	2.3	2.3	90.7
	398.5	1	2.3	2.3	93.0
	399.5	1	2.3	2.3	95.3
	413.0	1	2.3	2.3	97.7
	436.0	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

B. PRUEBAS DE NORMALIDAD

Pruebas no paramétricas

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Notas Cuarto	Importancia Notas Cuarto	Comp. Profes. De sarrollo	Comp. Profes. Importancia	Objetivos Logros	Objetivos Importancia
N		43	39	41	41	40	42
Parámetros normales ^{a,b}	Media	7,8372	15,1795	47,5854	60,8049	11,2750	15,5000
	Desviación típica	2,79396	1,25387	7,03554	4,87965	1,81147	1,19450
Diferencias más extremas	Absoluta	,093	,359	,135	,256	,165	,448
	Positiva	,093	,256	,135	,256	,144	,338
	Negativa	-,081	-,359	-,088	-,239	-,165	-,448
Z de Kolmogorov-Smirnov		,613	2,242	,865	1,641	1,041	2,903
Sig. asintót. (bilateral)		,847	,000	,443	,009	,228	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		IMP3
N		42
Parámetros normales ^{a,b}	Media	25,4048
	Desviación típica	3,02074
Diferencias más extremas	Absoluta	,102
	Positiva	,089
	Negativa	-,102
Z de Kolmogorov-Smirnov		,660
Sig. asintót. (bilateral)		,776

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		COCAD E
N		42
Parámetros normales ^{a,b}	Media	41,548
	Desviación típica	6,645
Diferencias más extremas	Absoluta	,111
	Positiva	,111
	Negativa	-,106
Z de Kolmogorov-Smirnov		,718
Sig. asintót. (bilateral)		,682

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		CONCAI M
N		41
Parámetros normales ^{a,b}	Media	55,732
	Desviación típica	5,818
Diferencias más extremas	Absoluta	,103
	Positiva	,078
	Negativa	-,103
Z de Kolmogorov-Smirnov		,660
Sig. asintót. (bilateral)		,776

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	METOFR X
N	9
Parámetros normales ^{a,b} Media	36,444
Desviación típica	6,085
Diferencias más extremas Absoluta	,165
Positiva	,159
Negativa	-,165
Z de Kolmogorov-Smirnov	,495
Sig. asintót. (bilateral)	,967

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	METOSAT X
N	2
Parámetros normales ^{a,b} Media	52,500
Desviación típica	4,950
Diferencias más extremas Absoluta	,260
Positiva	,260
Negativa	-,260
Z de Kolmogorov-Smirnov	,368
Sig. asintót. (bilateral)	,999

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	APAPUN X
N	38
Parámetros normales ^{a,b} Media	23,947
Desviación típica	5,061
Diferencias más extremas Absoluta	,150
Positiva	,150
Negativa	-,068
Z de Kolmogorov-Smirnov	,923
Sig. asintót. (bilateral)	,361

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	APAPFR X
N	5
Parámetros normales ^{a,b} Media	18,400
Desviación típica	3,286
Diferencias más extremas Absoluta	,252
Positiva	,214
Negativa	-,252
Z de Kolmogorov-Smirnov	,563
Sig. asintót. (bilateral)	,910

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	APAPSAT X
N	6
Parámetros normales ^{a,b} Media	17,333
Desviación típica	1,506
Diferencias más extremas Absoluta	,254
Positiva	,254
Negativa	-,188
Z de Kolmogorov-Smirnov	,623
Sig. asintót. (bilateral)	,833

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	ELEMEN X
N	42
Parámetros normales ^{a,b} Media	31,810
Desviación típica	5,794
Diferencias más extremas Absoluta	,136
Positiva	,095
Negativa	-,136
Z de Kolmogorov-Smirnov	,884
Sig. asintót. (bilateral)	,415

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		PERSOTO T
N		29
Parámetros normales ^{a,b}	Media	16,207
	Desviación típica	2,9806
Diferencias más extremas	Absoluta	,162
	Positiva	,079
	Negativa	-,162
Z de Kolmogorov-Smirnov		,872
Sig. asintót. (bilateral)		,432

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SUCESX
N		40
Parámetros normales ^{a,b}	Media	58,125
	Desviación típica	9,199
Diferencias más extremas	Absoluta	,081
	Positiva	,058
	Negativa	-,081
Z de Kolmogorov-Smirnov		,511
Sig. asintót. (bilateral)		,957

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		FACTOR X
N		39
Parámetros normales ^{a,b}	Media	58,359
	Desviación típica	8,552
Diferencias más extremas	Absoluta	,147
	Positiva	,147
	Negativa	-,092
Z de Kolmogorov-Smirnov		,919
Sig. asintót. (bilateral)		,367

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

C. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO TOTAL

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H
A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IMPAS34	49.0714	5.7441	42.0
2.	OBJLOSU	18.0476	3.3637	42.0
3.	OBJIMPS	25.5476	3.5627	42.0
4.	CPRDESU	76.6429	13.6253	42.0
5.	CPRIMSU	100.6905	13.5061	42.0
6.	COACDES	41.5476	6.6450	42.0
7.	COACIMS	55.0952	6.0960	42.0
8.	ELEMSUM	31.8095	5.7942	42.0
9.	PERCONTS	15.6429	3.3555	42.0
10.	SUCESUM	57.9286	9.1128	42.0
11.	FACTSUMA	57.4762	8.9176	42.0

Correlation Matrix

	IMPAS34	OBJLOSU	OBJIMPS	CPRDESU	CPRIMSU
IMPAS34	1.0000				
OBJLOSU	.3470	1.0000			
OBJIMPS	.4962	.3173	1.0000		
CPRDESU	.2677	.7491	.3267	1.0000	
CPRIMSU	.4297	.3412	.8222	.3442	1.0000
COACDES	.2258	.4626	.1416	.3920	.1653
COACIMS	.3105	.1378	.4468	.2585	.5132
ELEMSUM	.1177	.4798	.1151	.6031	.1180
PERCONTS	.0178	.1096	-.2362	.0542	-.1683
SUCESUM	.2783	.4139	.2634	.4058	.1944
FACTSUMA	.2331	.2537	.0791	.1865	.0345
	COACDES	COACIMS	ELEMSUM	PERCONTS	SUCESUM
COACDES	1.0000				
COACIMS	.3286	1.0000			
ELEMSUM	.5210	.4867	1.0000		
PERCONTS	.3579	.2056	.5095	1.0000	
SUCESUM	.3346	.3659	.6229	.2727	1.0000
FACTSUMA	.4157	.1423	.2520	.1444	.2844
	FACTSUMA				
FACTSUMA	1.0000				

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 42.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
	529.5000	2425.1829	49.2461	11		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	48.1364	15.6429	100.6905	85.0476	6.4368	658.8364
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	64.8894	11.2596	185.6498	174.3902	16.4882	4060.6464
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2962	-.2362	.8222	1.0585	-3.4806	.0388

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
IMPAS34	480.4286	2149.3728	.4559	.3597	.7592
OBJLOSU	511.4524	2205.0830	.6609	.6590	.7571
OBJIMPS	503.9524	2226.3879	.5535	.7286	.7612
CPRDESU	452.8571	1610.3206	.5754	.6912	.7467
CPRIMSU	428.8095	1765.7189	.4203	.7360	.7767
COACDES	487.9524	2063.2660	.5264	.4375	.7505
COACIMS	474.4048	2088.2468	.5381	.5521	.7511
ELEMSUM	497.6905	2060.5116	.6294	.7569	.7443
PERCONTS	513.8571	2357.1986	.1741	.4466	.7800
SUCESUM	471.5714	1912.0557	.5397	.4695	.7446
FACTSUMA	472.0238				
2102.2677	.2976	.2257		.7759	

Reliability Coefficients 11 items

Alpha = .7762 Standardized item alpha = .8224

Análisis de fiabilidad

Importancia de las asignaturas de 3º

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	HISTIMP	1,4524	,6700	42,0
2.	EPIDIMP	1,7381	,5437	42,0
3.	ANATOIMP	2,9286	,7455	42,0
4.	MICROIMP	3,2381	,6172	42,0
5.	FARMIMP	3,2381	,6172	42,0
6.	GENETIMP	2,5714	,6678	42,0
7.	CIRUGIMP	2,7619	,7905	42,0
8.	RADIOIMP	3,4762	,5516	42,0
9.	SEMIOIMP	4,0000	,0000	42,0

* * * SEMIOIMP has zero variance

Correlation Matrix

	HISTIMP	EPIDIMP	ANATOIMP	MICROIMP	FARMIMP
HISTIMP	1,0000				
EPIDIMP	,1323	1,0000			
ANATOIMP	,0174	,4341	1,0000		
MICROIMP	,2640	,2630	,4089	1,0000	
FARMIMP	,1460	,1177	,1969	,2317	1,0000
GENETIMP	,2103	,4222	,4269	,3719	,2536
CIRUGIMP	,2083	,4756	,3429	,2190	,3190
RADIOIMP	,2011	,0194	,3220	,1603	,2320

	GENETIMP	CIRUGIMP	RADIOIMP
GENETIMP	1,0000		
CIRUGIMP	,3102	1,0000	
RADIOIMP	,3689	,3223	1,0000

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 42,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	21,4048	9,1249	3,0207	Variables
				8

Inter-item	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Covariances	1016	-,0941	,2125	,3066	-2,2593	,0058

Inter-item	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Correlations	,2348	-,2103	,4756	,6859	-2,2622	,0291

Item-total Statistics	Scale	Scale	Corrected		
	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
HISTIMP	19,9524	8,3391	,0870	,3017	,7486
EPIDIMP	19,6667	7,3984	,4838	,4315	,6712
ANATOIMP	18,4762	6,5482	,5297	,3646	,6533
MICROIMP	18,1667	7,1667	,4773	,3235	,6691
FARMIMP	18,1667	7,5081	,3653	,1756	,6918
GENETIMP	18,8333	7,0203	,4687	,4501	,6696
CIRUGIMP	18,6429	6,3328	,5447	,3997	,6485
RADIOIMP	17,9286	7,8728	,3062	,3253	,7024

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = ,7123

Standardized item alpha = ,7106

Importancia de las asignaturas de 4º

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	CARCIIMP	3,8718	,4091	39,0
2.	RESPIIMP	3,8718	,3387	39,0
3.	DIGESIMP	3,7692	,4268	39,0
4.	NERVIIMP	3,6667	,6213	39,0
5.	ENDOCIMP	3,3333	,7723	39,0
6.	SANGRIMP	3,2821	,7236	39,0
7.	REUMIMP	3,1795	,8231	39,0

Correlation Matrix

	CARCIIMP	RESPIIMP	DIGESIMP	NERVIIMP	ENDOCIMP
CARCIIMP	1,0000				
RESPIIMP	,8279	1,0000			
DIGESIMP	,1275	,1540	1,0000		
NERVIIMP	,0345	,1668	,5954	1,0000	
ENDOCIMP	-,0278	-,0335	,4790	,6216	1,0000
SANGRIMP	,4810	,4736	,2163	,2732	,394
REUMIMP	,4609	,4623	,2708	,2230	,446
	SANGRIMP	REUMIMP			
SANGRIMP	1,0000				
REUMIMP	,7964	1,0000			

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 39,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	24,9744	8,0783	2,8422	7

Item Means Variance	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
	3,5678	3,1795	3,8718	,6923 2177	,0871

Inter-item Correlations Variance	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min
	,3541	-,0335	,8279	,8615 24,6891	,0587

Item-total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple	Alpha if Item Deleted
CARCIIMP	21,1026	7,0418	,4003	,7183	,7773
RESPIIMP	21,1026	7,1471	,4509	,7394	,7747
DIGESIMP	21,2051	6,8516	,4675	,4017	,7682
NERVIIMP	21,3077	6,2186	,4756	,5814	,7635
ENDOCIMP	21,6410	5,6046	,5133	,5873	,7608
SANGRIMP	21,6923	5,2713	,6872	,6698	,7164
REUMIMP	21,7949	4,9042	,6849	,6971	,7179

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,7843

Standardized item alpha = ,7933

Análisis de fiabilidad LOGRO DE OBJETIVOS DIDÁCTICOS DE LAS ASIGNATURAS DE 4º

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. CARDILOG	2,8462	,5866	39,0
2. RESPILOG	3,1538	,8124	39,0
3. DIGESLOG	2,8718	,6147	39,0
4. NERVILOG	2,5385	,5547	39,0
5. ENDOCLOG	2,3846	,5436	39,0
6. SANGRLOG	2,6410	,5843	39,0
7. REUMALOG	2,2821	,7591	39,0

Statistics for SCALE	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	18,7179	6,5236	2,5541	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CARDILOG	15,8718	5,0621	,4233	,5934
RESPILOG	15,5641	5,4103	,1200	,7025
DIGESLOG	15,8462	4,7126	,5370	,5570
NERVILOG	16,1795	5,3617	,3325	,6192
ENDOCLOG	16,3333	5,2281	,4022	,6015
SANGRLOG	16,0769	5,2834	,3346	,6182
REUMALOG	16,4359	4,4629	,4628	,5744

Reliability Coefficients

N of Cases = 39,0

N of Items = 7

Alpha = ,6475

Análisis de fiabilidad IMPORTANCIA DE OBJETIVOS DIDÁCTICOS DE LAS ASIGNATURAS DE 4º

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. CARDIOIM	3,9024	,3004	41,0
2. RESPIRIM	3,9512	,2181	41,0
3. DIGESTIM	3,8293	,3809	41,0
4. NERVIOIM	3,8049	,5109	41,0
5. ENDOCRIM	3,5854	,5906	41,0
6. SANGREIM	3,5610	,5937	41,0
7. REUMATIM	3,4390	,6344	41,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	26,0732	5,8695	2,4227	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CARDIOIM	22,1707	4,8451	,7064	,8143
RESPIRIM	22,1220	5,3098	,5096	,8384
DIGESTIM	22,2439	4,7390	,5941	,8196
NERVIOIM	22,2683	4,3012	,6170	,8132
ENDOCRIM	22,4878	3,9561	,6660	,8060
SANGREIM	22,5122	3,9061	,6865	,8021
REUMATIM	22,6341	3,9378	,6074	,8206

Reliability Coefficients

N of Cases = 41,0

N of Items = 7

Alpha = ,8392

Análisis de fiabilidad Desarrollo Competencias Profesionales -Clínicas-

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A
L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	EXANCIDE	3,2439	,7342	41,0
2.	EXANREDE	3,3171	,9338	41,0
3.	EXANDIDE	3,0000	,6708	41,0
4.	EXANNEDE	2,8537	,6914	41,0
5.	EXANENDE	2,4146	,7408	41,0
6.	EXANSADE	2,6585	,8249	41,0
7.	EXAREUDE	2,2439	,8301	41,0
8.	SNDRCIDE	3,1951	,7148	41,0
9.	SNDRREDE	3,1463	,7925	41,0
10.	SNDRDIDE	3,0000	,7746	41,0
11.	SNDRNEDE	2,7561	,6626	41,0
12.	SNDRENEDE	2,6585	,7283	41,0
13.	SNDRHEDE	2,6585	,7283	41,0
14.	SNDREUDE	2,3902	,8024	41,0
15.	ORDICIDE	3,1220	,6401	41,0
16.	ORDIREDE	3,2439	,8597	41,0
17.	ORDIDIDE	2,9268	,6477	41,0
18.	ORDINEDE	2,8293	,6672	41,0
19.	ORDIENDE	2,6098	,6663	41,0
20.	ORDIHEDE	2,8293	,6672	41,0
21.	ODIREUDE	2,3902	,8024	41,0
22.	ORTECIDE	2,7805	,7250	41,0
23.	ORTEREDE	2,9268	,7871	41,0
24.	ORTEDIDE	2,7317	,7080	41,0
25.	ORTENEDE	2,5122	,7457	41,0
26.	ORTEENDE	2,5366	,6744	41,0
27.	ORTEHEDE	2,4146	,8055	41,0
28.	OTEREUDE	2,2439	,8301	41,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	77,6341	149,9378	12,2449	28

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
EXANCIDE	74,3902	140,7439	,4968	,9267
EXANREDE	74,3171	142,6220	,2889	,9306
EXANDIDE	74,6341	140,9878	,5336	,9263
EXANNEDE	74,7805	142,6256	,4138	,9278
EXANENDE	75,2195	139,4256	,5695	,9257
EXANSADE	74,9756	141,5744	,3914	,9284
EXAREUDE	75,3902	137,8439	,5851	,9255
SNDRicide	74,4390	139,3024	,6000	,9254
SNDRREDE	74,4878	141,2561	,4275	,9278
SNDRDIDE	74,6341	139,3878	,5440	,9261
SNDRNEDE	74,8780	140,2098	,5920	,9256
SNDRENEDE	74,9756	137,3244	,7078	,9239
SNDRHEDE	74,9756	139,8244	,5563	,9259
SNDREUDE	75,2439	137,6890	,6162	,9250
ORDICIDE	74,5122	140,5561	,5911	,9256
ORDIREDE	74,3902	141,9439	,3542	,9291
ORDIDIDE	74,7073	139,8622	,6303	,9251
ORDINEDE	74,8049	140,7610	,5516	,9261
ORDIENDE	75,0244	137,5744	,7626	,9234
ORDIHEDE	74,8049	141,2110	,5223	,9264
ODIREUDE	75,2439	136,2390	,6969	,9238
ORTECIDE	74,8537	139,0280	,6074	,9253
ORTEREDE	74,7073	140,3122	,4830	,9270
ORTEDIDE	74,9024	138,4902	,6569	,9246
ORTENEDE	75,1220	140,5598	,4989	,9267
ORTEENDE	75,0976	140,2402	,5786	,9257
ORTEHEDE	75,2195	137,9256	,6006	,9253
OTEREUDE	75,3902	138,5439	,5478	,9261

Reliability Coefficients

N of Cases = 41,0

N of Items = 28

Alpha = ,9286

Análisis de Fiabilidad Importancia Competencias Profesionales –Clínicas-

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis
**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. EXANCIIM	3,9024	,3004	41,0
2. EXANREIM	3,8780	,3313	41,0
3. EXANDIIM	3,7805	,5250	41,0
4. EXANNEIM	3,7805	,4750	41,0
5. EXANENIM	3,5122	,6373	41,0

6.	EXANSAIM	3,6098	,4939	41,0
7.	EXAREUIM	3,3171	,7886	41,0
8.	SNDRCIIM	3,8537	,3578	41,0
9.	SNDREIM	3,7561	,5376	41,0
10.	SNDRDIIM	3,6829	,6099	41,0
11.	SNDRNEIM	3,7073	,5120	41,0
12.	SNDRENIM	3,4634	,6744	41,0
13.	SNDRHEIM	3,4878	,5967	41,0
14.	SNDREUIM	3,3902	,6663	41,0
15.	ORDICIIM	3,8537	,3578	41,0
16.	ORDIREIM	3,9024	,3004	41,0
17.	ORDIDIIM	3,7317	,4486	41,0
18.	ORDINEIM	3,7073	,5120	41,0
19.	ORDIENIM	3,5122	,6753	41,0
20.	ORDIHEIM	3,5366	,5049	41,0
21.	ODIREUIM	3,3659	,7667	41,0
22.	ORTECIIM	3,8780	,3313	41,0
23.	ORTEREIM	3,8537	,3578	41,0
24.	ORTEDIIM	3,7805	,4191	41,0
25.	ORTENEIM	3,7561	,4348	41,0
26.	ORTEENIM	3,5366	,5957	41,0
27.	ORTEHEIM	3,6098	,4939	41,0
28.	OTEREUIM	3,3171	,7225	41,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
SCALE	102,4634	89,0549	9,4369	Variables 28

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
EXANCIIM	98,5610	85,6024	,6048	,9427
EXANREIM	98,5854	84,9488	,6544	,9422
EXANDIIM	98,6829	83,7220	,5264	,9429
EXANNEIM	98,6829	84,0220	,5521	,9426
EXANENIM	98,9512	80,8476	,6807	,9411
EXANSAIM	98,8537	84,3280	,4942	,9432
EXAREUIM	99,1463	81,9780	,4520	,9452
SNDRCIIM	98,6098	84,3439	,6973	,9418
SNDREIM	98,7073	83,8622	,4980	,9432
SNDRDIIM	98,7805	81,7756	,6262	,9418
SNDRNEIM	98,7561	81,7390	,7618	,9404
SNDRENIM	99,0000	80,6500	,6563	,9415
SNDRHEIM	98,9756	81,6744	,6513	,9415
SNDREUIM	99,0732	81,4695	,5938	,9424
ORDICIIM	98,6098	85,2439	,5574	,9428
ORDIREIM	98,5610	86,2024	,4952	,9434
ORDIDIIM	98,7317	84,0012	,5901	,9423
ORDINEIM	98,7561	82,2390	,7057	,9410
ORDIENIM	98,9512	78,9976	,7998	,9395

ORDIHEIM	98,9268	82,5195	,6847	,9412
ODIREUIM	99,0976	78,6902	,7188	,9409
ORTECIIM	98,5854	85,9488	,4878	,9433
ORTEREIM	98,6098	86,2439	,4037	,9439
ORTEDIIM	98,6829	84,0720	,6256	,9420
ORTENEIM	98,7073	83,6122	,6608	,9417
ORTEENIM	98,9268	80,2695	,7898	,9398
ORTEHEIM	98,8537	83,3280	,6081	,9420
OTEREUIM	99,1463	81,0780	,5730	,9429

Reliability Coefficients

N of Cases = 41,0

N of Items = 28

Alpha = ,9441

Análisis de fiabilidad Desarrollo Competencias Académicas

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	APRAUTDE	2,9524	,6608	42,0
2.	INVESTDE	1,9048	,6555	42,0
3.	REFLXDE	2,6429	,6922	42,0
4.	TEOPRDE	3,0714	,6398	42,0
5.	DISCUGDE	2,7381	,7005	42,0
6.	TDDDE	2,2619	,8571	42,0
7.	EXPODE	2,4524	,8025	42,0
8.	CREADE	1,9762	,8111	42,0
9.	REDTDE	2,5000	,8040	42,0
10.	EMPADE	3,0476	,7309	42,0
11.	TRAQPDE	3,0000	,7325	42,0
12.	TRPRSNDDE	2,4286	,8595	42,0
13.	ANSIDE	2,7857	,8981	42,0
14.	BUSQDE	2,0476	,9615	42,0
15.	ORGTDE	2,8571	,7831	42,0
16.	ORMATDE	2,8810	,7715	42,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	41,5476	44,1562	6,6450	16

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
APRAUTDE	38,5952	39,7102	,4814	,8221
INVESTDE	39,6429	39,7962	,4752	,8224
REFLXDE	38,9048	39,0151	,5392	,8188
TEOPRDE	38,4762	39,8165	,4867	,8220
DISCUGDE	38,8095	38,6945	,5704	,8170

TDDDE	39,2857	36,9408	,6220	,8120
EXPODE	39,0952	38,0883	,5476	,8173
CREADE	39,5714	37,1289	,6443	,8111
REDTDE	39,0476	39,8513	,3604	,8286
EMPADE	38,5000	38,7439	,5361	,8186
TRAQPDE	38,5476	38,6440	,5463	,8180
TRPRSNDE	39,1190	38,7904	,4322	,8245
ANSIDE	38,7619	42,9663	,0326	,8502
BUSQDE	39,5000	39,3780	,3193	,8333
ORGTDE	38,6905	40,0726	,3500	,8291
ORMATDE	38,6667	40,2276	,3406	,8295

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 42,0

N of Items = 16

Alpha = ,8329

Análisis de fiabilidad Importancia Competencias Académicas

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	APRAUTIM	3.7073	.4606	41.0
2.	INVESTIM	2.8780	.7809	41.0
3.	REFLXIM	3.6829	.6099	41.0
4.	TEOPRIM	3.8780	.3313	41.0
5.	DISCUGIM	3.4634	.6744	41.0
6.	TDDIM	3.8293	.4951	41.0
7.	EXPOIM	3.3659	.6984	41.0
8.	CREAIM	3.0976	.7683	41.0
9.	REDTIM	3.2927	.6420	41.0
10.	EMPAIM	3.7561	.4889	41.0
11.	TRAQPIM	3.6829	.5674	41.0
12.	TRPRSNIM	3.4878	.7785	41.0
13.	ANSIIM	3.4878	.7457	41.0
14.	BUSQIM	3.0000	.8367	41.0
15.	ORGTIM	3.5610	.5937	41.0
16.	ORMATIM	3.5610	.6344	41.0

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 41.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	55.7317	33.8512	5.8182	Variables 16

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3.4832	2.8780	3.8780	1.0000	1.3475	.0861

Inter-item	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
Correlations	.2644	-.1962	.8031	.9992	-4.0939	.0368

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
APRAUTIM	52.0244	31.9744	.3195	.6570	.8550
INVESTIM	52.8537	29.2280	.4753	.5939	.8492
REFLXIM	52.0488	30.9976	.3654	.6456	.8537
TEOPRIM	51.8537	32.4780	.3346	.6744	.8549
DISCUGIM	52.2683	29.0012	.6050	.8005	.8417
TDDIM	51.9024	32.5402	.1887	.5038	.8598
EXPOIM	52.3659	29.2878	.5391	.6430	.8452
CREAIM	52.6341	27.9878	.6487	.6920	.8386
REDTIM	52.4390	29.1524	.6183	.6945	.8414
EMPAIM	51.9756	31.1244	.4561	.6038	.8500
TRAQPIM	52.0488	29.8476	.5938	.7455	.8435
TRPRSNIM	52.2439	29.0390	.5013	.7018	.8476
ANSIIM	52.2439	28.3390	.6242	.7328	.8402
BUSQIM	52.7317	27.9012	.5940	.6688	.8421
ORGTIM	52.1707	31.1451	.3552	.7560	.8540
ORMATIM	52.1707	30.5451	.4141	.8815	.8515

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = .8564

Standardized item alpha = .8519

Análisis de Fiabilidad de Frecuencias en las Metodologías Docentes

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases	
1.	PBLFR	2,7778	,8333	9,0	
2.	BELFR	2,3333	,5000	9,0	
3.	MODFR	2,5556	,7265	9,0	
4.	ACTORFR	1,7778	,4410	9,0	
5.	MANQFR	1,8889	,3333	9,0	
6.	SEMIFR	3,0000	,7071	9,0	
7.	CLASMFR	2,6667	,8660	9,0	
8.	EXPALFR	1,8889	,3333	9,0	
9.	DISCUFR	2,3333	,5000	9,0	
10.	PLABFR	2,3333	,7071	9,0	
11.	PDISEFR	2,4444	,7265	9,0	
12.	SUPVFR	2,4444	,8819	9,0	
13.	TUTOAFR	1,7778	,9718	9,0	
14.	SAPRFR	2,4444	1,0138	9,0	
15.	SIMULFR	1,7778	,6667	9,0	
16.	AUDVFR	2,0000	,7071	9,0	
Statistics for		Mean	Variance	Std Dev	N of
SCALE		36,4444	37,0278	6,0850	Variables
					16

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PBLFR	33,6667	30,5000	,6338	,8109
BELFR	34,1111	35,3611	,2382	,8332
MODFR	33,8889	33,8611	,3121	,8315
ACTORFR	34,6667	33,2500	,7046	,8163
MANQFR	34,5556	36,2778	,1591	,8352
SEMIFR	33,4444	30,5278	,7679	,8043
CLASMFR	33,7778	34,1944	,2057	,8408
EXPALFR	34,5556	34,5278	,6098	,8232
DISCUFR	34,1111	33,6111	,5462	,8208
PLABFR	34,1111	30,1111	,8269	,8006
PDISEFR	34,0000	31,0000	,6799	,8093
SUPVFR	34,0000	30,5000	,5903	,8138
TUTOAFR	34,6667	30,7500	,4948	,8217
SAPRFR	34,0000	33,5000	,2130	,8449
SIMULFR	34,6667	32,5000	,5372	,8187
AUDVFR	34,4444	36,0278	,0589	,8451

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 9,0

N of Items = 16

Alpha = ,8330

Análisis de fiabilidad Actividades Apoyo Universidad

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. CONFUNI	1,9737	,9149	38,0
2. CONGUNI	1,8684	,8438	38,0
3. VERAUNI	2,9737	,9149	38,0
4. CMONUNI	1,7895	,7766	38,0
5. DISTUNI	2,1579	,9452	38,0
6. PLABUNI	2,6316	,8517	38,0
7. SCLIUNI	2,8158	,7299	38,0
8. TUTPUNI	1,9474	,8683	38,0
9. TUTRUNI	1,5263	,6872	38,0
10. TUTAUNI	1,8158	,8961	38,0
11. SAPUNI	2,4474	1,0830	38,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	23,9474	25,6188	5,0615	11

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONFUNI	21,9737	22,8371	,2224	,7459
CONGUNI	22,0789	23,2639	,2019	,7467
VERAUNI	20,9737	19,7560	,6179	,6890
CMONUNI	22,1579	21,7582	,4496	,7159
DISTUNI	21,7895	19,7383	,5938	,6918
PLABUNI	21,3158	20,7624	,5322	,7035
SCLIUNI	21,1316	21,6849	,5003	,7109
TUTPUNI	22,0000	22,5946	,2750	,7379
TUTRUNI	22,4211	24,2504	,1324	,7505
TUTAUNI	22,1316	22,6038	,2596	,7405
SAPUNI	21,5000	19,6622	,4981	,7059

Reliability Coefficients

N of Cases = 38,0

N of Items = 11

Alpha = ,7418

Análisis de fiabilidad Satisfacción Metodologías Docentes

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PBSAT	3,5000	,7071	2,0
2.	BESAT	2,5000	,7071	2,0
3.	MODSAT	4,0000	,0000	2,0
4.	ACTORSAT	3,5000	,7071	2,0
5.	MANQSAT	3,5000	,7071	2,0
6.	SEMISAT	4,0000	,0000	2,0
7.	CLASMSAT	3,5000	,7071	2,0
8.	EXPALSAT	3,5000	,7071	2,0
9.	DISCUSAT	3,5000	,7071	2,0
10.	PLABSAT	2,5000	,7071	2,0
11.	PDISESAT	4,0000	,0000	2,0
12.	SUPVSAT	3,5000	,7071	2,0
13.	TUTOASAT	1,5000	,7071	2,0
14.	SAPRSAT	3,5000	,7071	2,0
15.	SIMULSAT	3,0000	1,4142	2,0
16.	AUDVSAT	3,0000	1,4142	2,0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	52,5000	24,5000	4,9497	16

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PBLSAT	49,0000	32,0000	-1,0000	,7701
BELSAT	50,0000	32,0000	-1,0000	,7701
MODSAT	48,5000	24,5000	,0000	,6560
ACTORSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
MANQSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
SEMISAT	48,5000	24,5000	,0000	,6560
CLASMSAT	49,0000	32,0000	-1,0000	,7701
EXPALSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
DISCUSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
PLABSAT	50,0000	32,0000	-1,0000	,7701
PDISESAT	48,5000	24,5000	,0000	,6560
SUPVSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
TUTOASAT	51,0000	18,0000	1,0000	,5357
SAPRSAT	49,0000	18,0000	1,0000	,5357
SIMULSAT	49,5000	12,5000	1,0000	,4286
AUDVSAT	49,5000	12,5000	1,0000	,4286

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 2,0

N of Items = 16

Alpha = ,6531

Análisis de fiabilidad Frecuencia Actividades Apoyo

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	CONFFR	1,2000	,4472	5,0
2.	CONGFR	1,0000	,0000	5,0
3.	VERAFR	1,4000	,5477	5,0
4.	CMONFR	1,0000	,0000	5,0
5.	DISTFR	2,0000	1,0000	5,0
6.	PLABFRE	2,2000	1,3038	5,0
7.	SCLIFR	2,4000	1,1402	5,0
8.	TUTPFR	2,0000	1,0000	5,0
9.	TUTRFR	2,0000	1,0000	5,0
10.	TUTAFR	2,0000	,7071	5,0
11.	SAPFRE	1,2000	,4472	5,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	18,4000	10,8000	3,2863	11

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONFFR	17,2000	9,7000	,3231	,3093
CONGFR	17,4000	10,8000	,0000	,3704
VERAFR	17,0000	13,5000	-,7454	,5432
CMONFR	17,4000	10,8000	,0000	,3704
DISTFR	16,4000	8,8000	,1685	,3283
PLABFRE	16,2000	8,7000	,0520	,4087
SCLIFR	16,0000	5,5000	,7480	-,0808
TUTPFR	16,4000	8,3000	,2603	,2811
TUTRFR	16,4000	8,8000	,1685	,3283
TUTAFR	16,4000	8,3000	,4909	,2142
SAPFRE	17,2000	11,2000	-,2004	,4167

Reliability Coefficients

N of Cases = 5,0

N of Items = 11

Alpha = .3667

Análisis de fiabilidad Satisfacción Actividades Apoyo

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. CONF SAT	1,0000	,0000	6,0
2. CONG SAT	1,0000	,0000	6,0
3. VER SAT	3,1667	,7528	6,0
4. CMON SAT	1,0000	,0000	6,0
5. DIST SAT	1,5000	,8367	6,0
6. PLABO SAT	1,5000	,8367	6,0
7. SCLIS AT	2,8333	,4082	6,0
8. TUTPS AT	1,1667	,4082	6,0
9. TUTRS AT	1,5000	,8367	6,0
10. TUTAS AT	1,6667	1,0328	6,0
11. SAPS AT	1,0000	,0000	6,0

*** Warning *** Zero variance items

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	17,3333	2,2667	1,5055	11

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONF SAT	16,3333	2,2667	,0000	-,8824
CONGSAT	16,3333	2,2667	,0000	-,8824
VERASAT	14,1667	2,5667	-,3593	-,4040
CMONSAT	16,3333	2,2667	,0000	-,8824
DISTSAT	15,8333	2,1667	-,2436	-,6154
PLABOSAT	15,8333	2,9667	-,4858	-,1498
SCLISAT	14,5000	2,7000	-,4472	-,4938
TUTPSAT	16,1667	2,1667	-,0555	-,8889
TUTRSAT	15,8333	,5667	,7939	-5,4902
TUTASAT	15,6667	2,2667	-,3430	-,3595
SAPSAT	16,3333	2,2667	,0000	-,8824

Reliability Coefficients

N of Cases = 6,0

N of Items = 11

Alpha = -,8735

Análisis de fiabilidad Elementos

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	AUTOCONF	2,8333	,8811	42,0
2.	SATILOGR	2,6190	,8540	42,0
3.	RENDIM	2,6429	,8211	42,0
4.	ESTIMPRO	2,1429	,7831	42,0
5.	EXPERCLI	3,2143	,8126	42,0
6.	BATA	1,8333	,8530	42,0
7.	RELCOMP	3,0476	,6968	42,0
8.	IMAGEN	1,6429	,6922	42,0
9.	VINCULOS	1,2619	,5437	42,0
10.	COMPRO	3,1667	,7624	42,0
11.	PAMEDAP	3,2143	,8421	42,0
12.	INFORMAC	1,9048	,7262	42,0
13.	ROLOTROS	2,2857	,9183	42,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	31,8095	33,5726	5,7942	13

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AUTOCONF	28,9762	27,3897	,5862	,7991
SATILOGR	29,1905	28,2555	,5053	,8063
RENDIM	29,1667	28,0935	,5520	,8025
ESTIMPRO	29,6667	29,1057	,4561	,8102
EXPERCLI	28,5952	28,0517	,5647	,8015
BATA	29,9762	29,8775	,3182	,8216
RELCOMP	28,7619	29,0639	,5355	,8050
IMAGEN	30,1667	29,5569	,4699	,8095
VINCULOS	30,5476	31,1806	,3453	,8178
COMPRO	28,6429	29,3571	,4399	,8114
PAMEDAP	28,5952	28,0029	,5454	,8029
INFORMAC	29,9048	29,6005	,4360	,8117
ROLOTROS	29,5238	29,8653	,2854	,8258

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 42,0

N of Items = 13

Alpha = ,8219

FIABILIDAD DE RELACIONES –PERSONAS-

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PROFRS	2,6207	,8200	29,0
2.	TUTORS	1,6897	,7608	29,0
3.	RESIDEN	2,5862	,7800	29,0
4.	COMPAS	2,9655	,9056	29,0
5.	MEDICS	1,9655	,7311	29,0
6.	OTRPROF	1,4138	,5680	29,0
7.	FAMIL	2,9655	1,0851	29,0

Correlation Matrix

	PROFRS	TUTORS	RESIDEN	COMPAS	MEDICS
PROFRS	1,0000				
TUTORS	,3198	1,0000			
RESIDEN	,0809	,1370	1,0000		
COMPAS	,3184	-,0161	,2824	1,0000	
MEDICS	,0370	-,0841	,0993	-,0558	1,0000
OTRPROF	,2723	,2251	,0778	,0982	,4656
FAMIL	,2658	,1596	-,0597	,5076	-,0016

	OTRPROF	FAMIL
OTRPROF	1,0000	
FAMIL	,0240	1,0000
N of Cases =		29,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	16,2069	8,8842	2,9806	7

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,1502	-,0841	,5076	,5917	-6,0325	,0279

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
PROFRS	13,5862	6,4655	,4188	,2439	,4498
TUTORS	14,5172	7,4015	,2184	,2553	,5295
RESIDEN	13,6207	7,5296	,1743	,2011	,5456
COMPAS	13,2414	6,1897	,4159	,4494	,4450
MEDICS	14,2414	7,9754	,0907	,2984	,5711
OTRPROF	14,7931	7,5271	,3319	,3413	,4999
FAMIL	13,2414	6,0468	,3111	,3645	,4981

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,5476

Standardized item alpha = ,5530

Fiabilidad Escala Sucesos

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis
 RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. CONOENF	3,5750	,5943	40,0
2. RELPAC	3,5000	,6405	40,0
3. CREENCPA	2,4750	,9334	40,0
4. FAMIPA	2,7250	,6789	40,0
5. AMBCULT	2,8250	,8130	40,0
6. TRABMED	2,9000	,7442	40,0
7. SUPVPROF	2,6500	,7355	40,0
8. RELACRES	3,2250	,6597	40,0
9. ROTACI	3,3750	,7048	40,0
10. ENFCRON	2,8250	,7808	40,0
11. URGEVIT	3,1500	,8638	40,0
12. DOLOFIS	2,8000	,9392	40,0
13. DOLOEMO	2,7000	,9115	40,0
14. MORTPA	2,5500	1,0115	40,0
15. INCERTID	2,2000	,9661	40,0
16. INSEGPRO	2,0750	,9443	40,0
17. INTERVOP	3,2500	,6699	40,0
18. SANAR	3,5750	,5495	40,0
19. ESTUDPRO	2,7000	,8228	40,0
20. PACTRES	3,0500	,9858	40,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
SCALE	58,1250	84,6250	9,1992	Variables
				20

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONOENF	54,5500	78,5103	,5471	,8842
RELPAC	54,6250	78,2917	,5226	,8845
CREENCPA	55,6500	76,7974	,4252	,8875
FAMIPA	55,4000	78,4000	,4794	,8854
AMBCULT	55,3000	79,0872	,3373	,8895
TRABMED	55,2250	78,3840	,4316	,8866
SUPVPROF	55,4750	76,5122	,5884	,8823
RELACRES	54,9000	79,7846	,3738	,8880
ROTACI	54,7500	76,0897	,6537	,8807
ENFCRON	55,3000	75,1897	,6518	,8802
URGEVIT	54,9750	73,4609	,7036	,8781
DOLOFIS	55,3250	73,1994	,6561	,8794
DOLOEMO	55,4250	72,7122	,7129	,8775
MORTPA	55,5750	71,8917	,6827	,8782
INCERTID	55,9250	75,8660	,4650	,8863
INSEGPRO	56,0500	78,5103	,3121	,8914
INTERVOP	54,8750	79,7532	,3697	,8881
SANAR	54,5500	81,8949	,2442	,8906
ESTUDPRO	55,4250	77,2763	,4612	,8859
PACTRES	55,0750	74,7378	,5231	,8843

Reliability Coefficients

N of Cases = 40,0

N of Items = 20

Alpha = ,8897

Fiabilidad Factores

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	CONTDO	3,2564	,6373	39,0
2.	AVANCS	2,2308	,8099	39,0
3.	DURAC	1,9487	,8568	39,0
4.	PLAZAS	2,7179	,9162	39,0
5.	FACILD	2,2821	,7591	39,0
6.	TRABUE	2,4872	3,3314	39,0
7.	INTERSS	3,7436	,6373	39,0
8.	IMAGSOC	1,3590	,5843	39,0

9.	CAPACPRO	3,2051	,7320	39,0
10.	SATPRO	3,5128	,6833	39,0
11.	NOTAMIR	2,8974	1,1652	39,0
12.	NIVELNST	2,5385	,9132	39,0
13.	PRESTINS	2,1026	,8206	39,0
14.	DISTGEO	2,2051	,9228	39,0
15.	PUESTTRA	2,6667	,8686	39,0
16.	INGRESS	2,0000	,8272	39,0
17.	PROFRESP	2,2821	1,0500	39,0
18.	OPINFAM	1,4872	,6014	39,0
19.	FAMESP	1,0769	,3543	39,0
20.	OTRESP	1,5128	,7208	39,0
21.	BIENSOC	2,7436	,8801	39,0
22.	INTPAFA	2,9744	,8425	39,0
23.	COLABMED	2,7179	,8568	39,0
24.	PRIMCUR	2,4103	,8801	39,0

Statistics for Mean Variance Std Dev N of Variables
SCALE 58,3590 73,1309 8,5517 24

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONTRD	55,1026	71,4103	,1220	,6661
AVANCS	56,1282	66,4831	,4537	,6419
DURAC	56,4103	66,3536	,4329	,6424
PLAZAS	55,6410	66,7625	,3693	,6465
FACILD	56,0769	68,6518	,3103	,6534
TRABUE	55,8718	64,4831	-,0458	,7987
INTERSS	54,6154	74,3482	-,1477	,6811
IMAGSOC	57,0000	66,4211	,6686	,6366
CAPACPRO	55,1538	69,9231	,2183	,6600
SATPRO	54,8462	68,7652	,3440	,6524
NOTAMIR	55,4615	65,7814	,3170	,6488
NIVELNST	55,8205	69,0985	,2107	,6599
PRESTINS	56,2564	68,4588	,2945	,6538
DISTGEO	56,1538	65,3968	,4611	,6383
PUESTTRA	55,6923	64,7976	,5420	,6330
INGRESS	56,3590	65,0783	,5521	,6337
PROFRESP	56,0769	65,1255	,4073	,6407
OPINFAM	56,8718	67,6410	,5184	,6443
FAMESP	57,2821	73,7868	-,1284	,6743
OTRESP	56,8462	70,6599	,1610	,6637
BIENSOC	55,6154	70,0324	,1578	,6641
INTPAFA	55,3846	71,6113	,0568	,6716
COLABMED	55,6410	67,6572	,3362	,6501
PRIMCUR	55,9487	66,4710	,4101	,6437

Reliability Coefficients

N of Cases = 39,0

N of Items = 24

Alpha = ,6679

D. Análisis de Validez de constructo mediante Anál. factorial

Análisis factorial del Cuestionario Total

Matriz de correlaciones^a

	FACTSUMA	SUCESUM	PERCONTS	ELEMSUM	COACIMS	COACDES	CPRIMSU	CPRDESU	OBJJMPS	OBJLOSU	IMPAS34	
Correlación	FACTSUMA	1.000	.284	.144	.252	.142	.416	.034	.187	.079	.254	.233
	SUCESUM	.284	1.000	.273	.623	.366	.335	.194	.406	.263	.414	.278
	PERCONTS	.144	.273	1.000	.509	.206	.358	-.168	.054	-.236	.110	.018
	ELEMSUM	.252	.623	.509	1.000	.487	.521	.118	.603	.115	.480	.118
	COACIMS	.142	.366	.206	.487	1.000	.329	.513	.259	.447	.138	.310
	COACDES	.416	.335	.358	.521	.329	1.000	.165	.392	.142	.463	.226
	CPRIMSU	.034	.194	-.168	.118	.513	.165	1.000	.344	.822	.341	.430
	CPRDESU	.187	.406	.054	.603	.259	.392	.344	1.000	.327	.749	.268
	OBJJMPS	.079	.263	-.236	.115	.447	.142	.822	.327	1.000	.317	.496
	OBJLOSU	.254	.414	.110	.480	.138	.463	.341	.749	.317	1.000	.347
	IMPAS34	.233	.278	.018	.118	.310	.226	.430	.268	.496	.347	1.000
Sig. (Unilateral)	FACTSUMA		.034	.181	.054	.184	.003	.414	.118	.309	.052	.069
	SUCESUM	.034		.040	.000	.009	.015	.109	.004	.046	.003	.037
	PERCONTS	.181	.040		.000	.096	.010	.143	.367	.066	.245	.455
	ELEMSUM	.054	.000	.000		.001	.000	.228	.000	.234	.001	.229
	COACIMS	.184	.009	.096	.001		.017	.000	.049	.002	.192	.023
	COACDES	.003	.015	.010	.000	.017		.148	.005	.186	.001	.075
	CPRIMSU	.414	.109	.143	.228	.000	.148		.013	.000	.013	.002
	CPRDESU	.118	.004	.367	.000	.049	.005	.013		.017	.000	.043
	OBJJMPS	.309	.046	.066	.234	.002	.186	.000	.017		.020	.000
	OBJLOSU	.052	.003	.245	.001	.192	.001	.013	.000	.020		.012
	IMPAS34	.069	.037	.455	.229	.023	.075	.002	.043	.000	.012	

a. Determinante = 3.680E-03

Comunalidades

	Inicial	Extracción
FACTSUMA	1.000	.245
SUCESUM	1.000	.521
PERCONTS	1.000	.707
ELEMSUM	1.000	.789
COACIMS	1.000	.792
COACDES	1.000	.542
CPRIMSU	1.000	.831
CPRDESU	1.000	.771
OBJJMPS	1.000	.852
OBJLOSU	1.000	.841
IMPAS34	1.000	.434

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.730
Prueba de esfericidad de Bartlett	204.579
Chi-cuadrado aproximado gl	55
Sig.	.000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.128	37.527	37.527	4.128	37.527	37.527	2.658	24.159	24.159
2	2.063	18.753	56.280	2.063	18.753	56.280	2.342	21.290	45.449
3	1.133	10.299	66.579	1.133	10.299	66.579	2.324	21.130	66.579
4	.990	8.996	75.576						
5	.677	6.151	81.726						
6	.657	5.970	87.696						
7	.420	3.819	91.515						
8	.402	3.653	95.168						
9	.234	2.125	97.293						
10	.162	1.475	98.768						
11	.135	1.232	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente		
	1	2	3
CPRDESU	.740		-.471
ELEMSUM	.738	.483	
OBJLOSU	.730		-.552
SUCESUM	.678		
COACDES	.646	.353	
COACIMS	.626		.616
IMPAS34	.547	-.365	
FACTSUMA	.414		
OBJIMPS	.585	-.707	
CPRIMSU	.586	-.683	
PERCONTS		.682	.404

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
OBJIMPS	.903		
CPRIMSU	.899		
COACIMS	.656		.593
IMPAS34	.602		
OBJLOSU		.887	
CPRDESU		.830	
FACTSUMA		.381	.316
PERCONTS			.807
ELEMSUM		.463	.752
SUCESUM		.393	.553
COACDES		.477	.552

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3
1	.575	.628	.525
2	-.759	.170	.628
3	.306	-.759	.574

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Análisis Factorial de Importancia de Asignaturas de 3º

Advertencia

Hay menos de dos casos, al menos una de las variables tiene varianza cero o bien hay una sola variable en el análisis. No se calcularán más estadísticos.

Matriz de correlaciones

	HISTIMP	EPIDIMP	ANATOIMP	MICROIMP	FARMIMP	GENETIMP	CIRUGIMP	RADIOIMP	SEMIOIMP
Correlación HISTIMP	1,000	,132	,017	,264	,146	-,210	,208	-,201	,
EPIDIMP	,132	1,000	,434	,263	,118	,422	,476	,019	,
ANATOIMP	,017	,434	1,000	,409	,197	,427	,343	,322	,
MICROIMP	,264	,263	,409	1,000	,232	,372	,219	,160	,
FARMIMP	,146	,118	,197	,232	1,000	,254	,319	,232	,
GENETIMP	-,210	,422	,427	,372	,254	1,000	,310	,369	,
CIRUGIMP	,208	,476	,343	,219	,319	,310	1,000	,322	,

A. Factorial de Importancia de las Asignaturas de 4º

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,649
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	139,253
	gl	21
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CARCIIMP	1,000	,810
RESPIIMP	1,000	,779
DIGESIMP	1,000	,580
NERVIIMP	1,000	,707
ENDOCIMP	1,000	,764
SANGRIMP	1,000	,697
REUMIIMP	1,000	,694

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,177	45,381	45,381	3,177	45,381	45,381	2,682	38,310	38,310
2	1,854	26,485	71,866	1,854	26,485	71,866	2,349	33,557	71,866
3	,894	12,776	84,643						
4	,441	6,299	90,942						
5	,307	4,386	95,328						
6	,195	2,786	98,114						
7	,132	1,886	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
REUMIMP	,823	-,126
SANGRIMP	,820	-,155
RESPIIMP	,672	-,572
CARCIIMP	,645	-,628
DIGESIMP	,551	,525
ENDOCIMP	,579	,655
NERVIIMP	,565	,623

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
CARCIIMP	,894	-,102
RESPIIMP	,882	
SANGRIMP	,744	,379
REUMIMP	,728	,404
ENDOCIMP		,872
NERVIIMP		,839
DIGESIMP	,115	,753

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,791	,612
2	-,612	,791

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial de Logro de Objetivos didácticos de Asign. De 4º

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,639
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	45,032
	gl	21
	Sig.	,002

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CARDILOG	1,000	,443
RESPILOG	1,000	,712
DIGESLOG	1,000	,677
NERVILOG	1,000	,406
ENDOCLOG	1,000	,635
SANGRLOG	1,000	,305
REUMALOG		

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,480	35,427	35,427	2,480	35,427	35,427	2,292	32,747	32,747
2	1,189	16,982	52,409	1,189	16,982	52,409	1,376	19,662	52,409
3	,949	13,554	65,963						
4	,849	12,124	78,088						
5	,648	9,255	87,343						
6	,576	8,232	95,575						
7	,310	4,425	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
DIGESLOG	,817	
ENDOCLOG	,788	
REUMALOG	,680	
SANGRLOG	,496	,242
RESPILOG		,829
NERVILOG	,249	,587
CARDILOG	,457	,483

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
DIGESLOG	,793	-,220
REUMALOG	,694	
ENDOCLOG	,681	-,413
CARDILOG	,607	,273
SANGRLOG	,551	
NERVILOG	,453	,447
RESPILOG		,827

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,924	,381
2	-,381	,924

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Importancia de Obj. Didáct. De Asign. De 4º.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,672
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	163,095
	gl	21
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CARDIOIM	1,000	,834
RESPIRIM	1,000	,733
DIGESTIM	1,000	,545
NERVIOIM	1,000	,816
ENDOCRIM	1,000	,638
SANGREIM	1,000	,825
REUMATIM	1,000	,832

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,885	55,503	55,503	3,885	55,503	55,503	2,854	40,765	40,765
2	1,338	19,112	74,615	1,338	19,112	74,615	2,370	33,850	74,615
3	,621	8,865	83,480						
4	,460	6,570	90,050						
5	,343	4,904	94,954						
6	,265	3,781	98,734						
7	8,860E-02	1,266	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes

	Componente	
	1	2
CARDIOIM	,849	-,336
NERVIOIM	,815	-,389
ENDOCRIM	,739	,303
DIGESTIM	,729	
SANGREIM	,720	,555
RESPIRIM	,692	-,504
REUMATIM	,653	,637

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
NERVIOIM	,877	,218
CARDIOIM	,869	,281
RESPIRIM	,855	
DIGESTIM	,638	,372
REUMATIM		,907
SANGREIM	,202	,886
ENDOCRIM	,378	,704

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,771	,636
2	-,636	,771

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Desarrollo Competencias Profesionales –Clínicas-

Comunalidades

	Inicial	Extracción
EXANCIDE	1,000	,645
EXANREDE	1,000	,880
EXANDIDE	1,000	,654
EXANNEDE	1,000	,710
SNDRCIDE	1,000	,800
SNDRREDE	1,000	,878
SNDRDIDE	1,000	,874
SNDRNEDE	1,000	,730
ORDICIDE	1,000	,652
ORDIREDE	1,000	,740
ORDIDIDE	1,000	,826
ORDINEDE	1,000	,651
ORTECIDE	1,000	,731
ORTEREDE	1,000	,812
ORTEDIDE	1,000	,796
ORTENEDE	1,000	,705

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,680
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	489,330
	gl	120
	Sig.	,000

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,874	36,712	36,712	5,874	36,712	36,712	3,369	21,058	21,058
2	3,014	18,839	55,551	3,014	18,839	55,551	3,204	20,026	41,084
3	1,914	11,961	67,513	1,914	11,961	67,513	3,192	19,950	61,034
4	1,282	8,011	75,524	1,282	8,011	75,524	2,318	14,489	75,524
5	,983	6,146	81,669						
6	,778	4,864	86,533						
7	,519	3,247	89,780						
8	,394	2,461	92,241						
9	,330	2,062	94,303						
10	,229	1,429	95,732						
11	,187	1,166	96,898						
12	,160	1,000	97,898						
13	,148	,927	98,825						
14	7,656E-02	,479	99,303						
15	6,543E-02	,409	99,712						
16	4,601E-02	,288	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
ORTECIDE	,748		-,303	,270
ORTEDIDE	,734	-,425		-,258
ORDIDIDE	,703	-,530		
ORDICIDE	,679		-,319	,293
SNDRCIDE	,669		-,541	,228
SNDRDIDE	,636	-,469		-,476
EXANCIDE	,632	,243	-,408	
ORDINEDE	,601	-,438	,307	
EXANDIDE	,576		,241	-,503
SNDRNEDE	,539	-,225	,512	,356
ORTENEDE	,520	-,329	,279	,498
EXANREDE	,437	,785	,266	
SNDRREDE	,600	,666	-,247	
ORDIREDE	,493	,647		-,215
ORTEREDE	,611	,634		
EXANNEDE	,383		,717	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

	Componente			
	1	2	3	4
EXANREDE	,918			
ORTEREDE	,851	,227		
ORDIREDE	,848			
SNDRREDE	,779	,490		
SNDRDIDE		,865		
ORTECIDE		,766	,271	,244
ORDICIDE		,746	,203	,215
EXANCIDE	,339	,718		
SNDRDIDE		,265	,895	
ORTEDIDE		,246	,803	,297
ORDIDIDE		,437	,763	
EXANDIDE	,342		,722	
ORDINEDE			,616	,507
SNDRNEDE			,220	,812
ORTENEDE		,331		,749
EXANNEDE	,393			,721

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3	4
1	,429	,597	,566	,374
2	,833	,021	-,502	-,231
3	,248	-,674	,065	,692
4	-,245	,435	-,651	,573

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Importancia Competencias Profesionales –Clínicas-

Comunalidades

	Inicial	Extracción
EXANCIIM	1,000	,917
EXANREIM	1,000	,847
EXANDIIM	1,000	,790
EXANNEIM	1,000	,750
SNDRCIIM	1,000	,701
SNDRREIM	1,000	,905
SNDRDIIM	1,000	,871
SNDRNEIM	1,000	,755
ORDICIIM	1,000	,810
ORDIREIM	1,000	,885
ORDIDIIM	1,000	,788
ORDINEIM	1,000	,880
ORTECIIM	1,000	,915
ORTEREIM	1,000	,897
ORTEDIIM	1,000	,820
ORTENEIM	1,000	,733

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,632
Prueba de esfericidad de Bartlett	754,774
Chi-cuadrado aproximado	
gl	120
Sig.	,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,380	52,377	52,377	8,380	52,377	52,377	3,941	24,634	24,634
2	2,113	13,209	65,587	2,113	13,209	65,587	3,477	21,728	46,363
3	1,454	9,085	74,671	1,454	9,085	74,671	3,212	20,074	66,437
4	1,316	8,224	82,895	1,316	8,224	82,895	2,633	16,458	82,895
5	,703	4,395	87,290						
6	,526	3,285	90,576						
7	,425	2,658	93,233						
8	,326	2,039	95,272						
9	,271	1,696	96,968						
10	,159	,994	97,962						
11	,134	,837	98,799						
12	8,815E-02	,551	99,350						
13	4,219E-02	,264	99,614						
14	3,040E-02	,190	99,804						
15	2,386E-02	,149	99,953						
16	7,568E-03	4,730E-02	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
ORDICIIM	,830	-,206		,279
ORTEDIIM	,819	-,201		-,288
ORDINEIM	,817		-,228	-,393
ORTENEIM	,775	-,229		-,252
ORDIREIM	,770	-,446		,304
ORTECIIM	,765	-,545		
SNDRCIIM	,754		,350	
ORDIDIIM	,750		-,308	-,355
SNDRNEIM	,735	,281		-,344
EXANCIIM	,706	,465		,437
ORTEREIM	,700	-,583		,242
SNDRDIIM	,664		,571	-,272
EXANREIM	,643	,500		,427
EXANNEIM	,642	,422	-,320	,239
EXANDIIM	,576	,606	-,280	
SNDRREIM	,563		,766	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
ORTEREIM	,915	,217		
ORTECIIM	,889	,313		
ORDIREIM	,874			,235
ORDICIIM	,728	,241	,382	,274
ORDINEIM	,256	,831	,289	,200
ORDIDIIM	,349	,790		
ORTEDIIM	,495	,718		,205
ORTENEIM	,502	,654		,207
SNDRNEIM		,622	,328	,507
EXANCIIM	,256		,893	
EXANREIM			,846	,313
EXANNEIM		,315	,785	
EXANDIIM		,527	,698	
SNDRREIM	,258			,911
SNDRDIIM		,357		,844
SNDRCIIM	,327	,281	,336	,634

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3	4
1	,561	,550	,462	,411
2	-,711	,041	,688	,141
3	-,080	-,379	-,242	,889
4	,417	-,743	,504	-,142

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Escala Desarrollo Competencias Académicas

Comunalidades

	Inicial	Extracción
APRAUTDE	1,000	,523
INVESTDE	1,000	,663
REFLXDE	1,000	,482
TEOPRDE	1,000	,466
DISCUGDE	1,000	,633
TDDDE	1,000	,725
EXPODE	1,000	,501
CREADE	1,000	,649
REDTDE	1,000	,689
EMPADE	1,000	,538
TRAQPDE	1,000	,513
TRPRSND	1,000	,611
ANSIDE	1,000	,699
BUSQDE	1,000	,655
ORGTE	1,000	,865
ORMATDE	1,000	,817

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,656
Prueba de esfericidad de Bartlett	288,357
Chi-cuadrado aproximado	gl
	120
Sig.	,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,166	32,288	32,288	5,166	32,288	32,288	3,380	21,126	21,126
2	2,132	13,324	45,613	2,132	13,324	45,613	2,562	16,014	37,140
3	1,551	9,696	55,309	1,551	9,696	55,309	2,252	14,075	51,215
4	1,179	7,371	62,679	1,179	7,371	62,679	1,834	11,464	62,679
5	,999	6,246	68,925						
6	,934	5,837	74,762						
7	,874	5,461	80,223						
8	,732	4,575	84,798						
9	,570	3,565	88,363						
10	,494	3,085	91,448						
11	,428	2,674	94,123						
12	,289	1,806	95,929						
13	,234	1,462	97,391						
14	,162	1,014	98,405						
15	,145	,906	99,311						
16	,110	,689	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
TDDDE	,804			,237
DISCUGDE	,769			
TRAQPDE	,665	,213		
EXPODE	,621			,290
EMPADE	,611	,356		
INVESTDE		,783		
APRAUTDE	,374	,617		
REDTDE		,596	,547	
CREADE	,540	,588		
REFLXDE	,353	,569		
ORGTE			,923	
ORMATDE	,212		,876	
TEOPRDE	,360	,357	,442	
ANSIDE				,813
BUSQDE		,385		,690
TRPRSND	,414			,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
CREADE	,755		-,200	
TDDDE	,721	,274		-,353
DISCUGDE	,694			-,387
EMPADE	,669		-,228	
TRAQPDE	,661			-,271
REFLXDE	,649			
EXPODE	,614		,201	-,223
APRAUTDE	,613		-,317	
TEOPRDE	,594	-,334		
INVESTDE	,571		-,221	,507
ORGTE	,391	-,651	,517	
ORMATDE	,400	-,636	,500	
BUSQDE	,331	,582	,233	,390
REDTDE	,474	-,504		,447
TRPRSND	,456	,461	,434	
ANSIDE		,437	,683	,202

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

A. factorial Importancia Competencias Académicas

Comunalidades

	Inicial	Extracción
APRAUTIM	1,000	,801
INVESTIM	1,000	,739
REFLXIM	1,000	,795
TEOPRIM	1,000	,693
DISCUGIM	1,000	,749
TDDIM	1,000	,614
EXPOIM	1,000	,771
CREAIM	1,000	,671
REDTIM	1,000	,729
EMPAIM	1,000	,762
TRAQPIM	1,000	,687
TRPRSNIM	1,000	,758
ANSIIM	1,000	,680
BUSQIM	1,000	,658
ORGTIM	1,000	,825
ORMATIM	1,000	,904

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,620
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	348,123
	gl	120
	Sig.	,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,231	32,696	32,696	5,231	32,696	32,696	3,151	19,697	19,697
2	2,342	14,640	47,336	2,342	14,640	47,336	2,614	16,335	36,032
3	1,881	11,755	59,091	1,881	11,755	59,091	2,255	14,093	50,125
4	1,357	8,482	67,573	1,357	8,482	67,573	2,199	13,743	63,868
5	1,026	6,414	73,986	1,026	6,414	73,986	1,619	10,118	73,986
6	,881	5,504	79,490						
7	,769	4,804	84,294						
8	,550	3,438	87,732						
9	,475	2,967	90,699						
10	,402	2,510	93,209						
11	,329	2,054	95,263						
12	,267	1,666	96,929						
13	,171	1,070	97,999						
14	,147	,922	98,921						
15	,113	,706	99,627						
16	5,972E-02	,373	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Matriz de componentes^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
CREAIM	,724		-,337		
ANSIIM	,713	-,277	,222	-,211	
REDTIM	,703	,352		-,273	
TRAQPIM	,691		-,232	-,290	,248
DISCUGIM	,683	-,347	-,367		
BUSQIM	,650			,416	,227
EXPOIM	,623	,286			-,474
INVESTIM	,550		-,464	,351	-,243
EMPAIM	,549		,269	-,410	,455
ORMATIM	,490	-,682	,435		
TDDIM	,241	,601		,271	,335
TRPRSNIM	,591	,595			
ORGTIM	,438	-,521	,594		
TEOPRIM	,391		,590	,424	
REFLXIM	,436	-,466	-,535		,305
APRAUTIM	,405	,444		-,553	-,366

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 5 componentes extraídos

	Componente				
	1	2	3	4	5
INVESTIM	,829				
DISCUGIM	,781	,242		,214	
CREAIM	,713		,270	,270	
REFLXIM	,709		-,209	-,212	,449
BUSQIM	,553		,543		
ORMATIM	,256	,908			
ORGTIM		,895			
ANSIIM	,318	,599		,282	,372
TDDIM			,736		
TRPRSNIM	,215		,733	,368	
TEOPRIM		,534	,621		
APRAUTIM				,865	,209
REDTIM	,216		,280	,712	,273
EXPOIM	,268	,283	,418	,614	-,260
EMPAIM		,289	,254	,243	,745
TRAQPIM	,444			,317	,600

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

A. factorial de Oferta de Actv. De Apoyo de la Universidad

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CONFUNI	1.000	.858
CONGUNI	1.000	.878
VERAUNI	1.000	.662
CMONUNI	1.000	.744
DISTUNI	1.000	.835
PLABUNI	1.000	.617
SCLIUNI	1.000	.659
TUTPUNI	1.000	.598
TUTRUNI	1.000	.677
TUTAUNI	1.000	.800
SAPUNI	1.000	.516

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.555
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	153.136
	gl	55
	Sig.	.000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.340	30.365	30.365	3.340	30.365	30.365	2.174	19.763	19.763
2	2.338	21.257	51.622	2.338	21.257	51.622	2.110	19.179	38.942
3	1.123	10.208	61.829	1.123	10.208	61.829	2.011	18.284	57.226
4	1.044	9.495	71.325	1.044	9.495	71.325	1.551	14.098	71.325
5	.838	7.616	78.941						
6	.686	6.237	85.178						
7	.586	5.328	90.505						
8	.412	3.742	94.247						
9	.295	2.678	96.925						
10	.237	2.153	99.078						
11	.101	.922	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
DISTUNI	.757		-.343	-.376
VERAUNI	.743			
PLABUNI	.713			
SCLIUNI	.642		.477	
SAPUNI	.638			
CMONUNI	.602			-.566
CONFUNI	.316	.847		
CONGUNI		.750		.497
TUTAUNI	.404	-.634	-.442	
TUTPUNI	.380	-.594		.305
TUTRUNI		-.445	.655	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

	Componente			
	1	2	3	4
TUTAUNI	.816	-.334		
VERAUNI	.698			
TUTPUNI	.639			.339
SAPUNI	.630			
CONGUNI		.935		
CONFUNI		.888		
CMONUNI			.852	
DISTUNI	.353		.840	
TUTRUNI				.752
SCLIUNI			.346	.675
PLABUNI			.480	.556

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3	4
1	.596	.269	.627	.422
2	-.483	.833	.212	-.164
3	-.373	.024	-.256	.892
4	.521	.482	-.704	.002

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Escala de Elementos

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,657
Prueba de esfericidad Chi-cuadrado de Bartlett	175,009
gl	78
Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
AUTOCONF	1,000	,628
SATILOGR	1,000	,818
RENDIM	1,000	,857
ESTIMPRO	1,000	,492
EXPERCLI	1,000	,544
BATA	1,000	,633
RELCOMP	1,000	,682
IMAGEN	1,000	,442
VINCULOS	1,000	,504
COMPRO	1,000	,634
PAMEDAP	1,000	,792
INFORMAC	1,000	,615
ROLOTROS	1,000	,627

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,290	33,000	33,000	4,290	33,000	33,000	2,266	17,432	17,432
2	1,505	11,577	44,577	1,505	11,577	44,577	2,210	16,997	34,429
3	1,313	10,101	54,677	1,313	10,101	54,677	1,956	15,045	49,475
4	1,162	8,937	63,614	1,162	8,937	63,614	1,838	14,139	63,614
5	,952	7,324	70,938						
6	,824	6,335	77,273						
7	,682	5,244	82,517						
8	,576	4,431	86,948						
9	,554	4,265	91,213						
10	,404	3,104	94,317						
11	,364	2,797	97,114						
12	,255	1,960	99,074						
13	,120	,926	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
PAMEDAP	,864			
RELCOMP	,783	,235		
EXPERCLI	,505		,324	,425
RENDIM	,222	,892		
SATILOGR		,880		
IMAGEN	,365	,419		,362
ROLOTROS			,771	
INFORMAC			,674	,387
VINCULOS		,267	,643	
ESTIMPRO	,420	,215	,519	
BATA				,780
COMPRO	,469			,629
AUTOCONF	,213	,495		,571

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
AUTOCONF	,691	-,211		,323
RENDIM	,680	-,356	-,517	
PAMEDAP	,662		,243	-,544
RELCOMP	,657			-,446
EXPERCLI	,651		,314	
SATILOGR	,627	-,241	-,590	
IMAGEN	,582	-,313		
ESTIMPRO	,563	,316		-,248
COMPRO	,557	-,262	,493	
ROLOTROS	,352	,709		
INFORMAC	,497	,505		,336
VINCULOS	,411	,454	-,354	
BATA	,399		,354	,590

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

A. factorial Personas que contribuyen a la formación médica

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.540
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	8.332
	gl	6
	Sig.	.215

Comunalidades

	Inicial	Extracción
FAMIL	1.000	.663
TUPRFE	1.000	.446
RESCOMP	1.000	.564
SANMED	1.000	.907

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1.537	38.416	38.416	1.537	38.416	38.416	1.477	36.933	36.933
2	1.044	26.089	64.505	1.044	26.089	64.505	1.103	27.572	64.505
3	.824	20.601	85.105						
4	.596	14.895	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
FAMIL	.797	
RESCOMP	.661	.357
TUPRFE	.619	
SANMED		.909

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
RESCOMP	.743	
FAMIL	.691	-.432
TUPRFE	.668	
SANMED		.951

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	.938	-.347
2	.347	.938

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Escala Sucesos con ítems integrados

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.647
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	136,699
	gl	28
	Sig.	.000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
AMBCULT	1,000	,652
INCERTID	1,000	,667
INSEGPRO	1,000	,776
SUCS20	1,000	,709
SUCS21	1,000	,698
SUCS22	1,000	,500
SUCS23	1,000	,674
SUCS24	1,000	,573

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,425	42,810	42,810	3,425	42,810	42,810	3,040	38,002	38,002
2	1,823	22,791	65,601	1,823	22,791	65,601	2,208	27,598	65,601
3	,826	10,326	75,927						
4	,542	6,776	82,703						
5	,505	6,307	89,010						
6	,402	5,028	94,038						
7	,318	3,972	98,010						
8	,159	1,990	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
SUCS20	,813	-,217
SUCS23	,813	
SUCS24	,756	
SUCS21	,688	-,473
SUCS22	,686	
INSEGPR O	,362	,803
AMBCULT	,443	-,675
INCERTID	,510	,637

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos

	Componente	
	1	2
Trabajo del Médico	,832	
Estruc. Curric. Enseñ. Clínica	,815	,209
Ambiente y Cultura Hospitalaria	,717	-,371
Doble rol estudiante y triple rol paciente	,678	,337
Sucesos c/ impacto emocional	,651	,500
Relación con pacientes	,512	,488
Inseguridad Profes. ante enfermedad		,877
Incertidumbre en práct. profesional		,806

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,872	,490
2	-,490	,872

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A. factorial Factores que influyen en la elección de especialidad médica

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,683
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	70,447
	gl	28
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
FACTO1	1,000	,497
FACTO2	1,000	,519
FACTO3	1,000	,575
FACTO4	1,000	,480
FACTO5	1,000	,481
FACTO6	1,000	,535
IMAGSO C	1,000	,646
OPINFAM	1,000	,462

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,890	36,124	36,124	2,890	36,124	36,124	2,885	36,059	36,059
2	1,305	16,318	52,442	1,305	16,318	52,442	1,311	16,383	52,442
3	,937	11,707	64,149						
4	,843	10,542	74,691						
5	,774	9,681	84,372						
6	,563	7,039	91,412						
7	,365	4,558	95,969						
8	,322	4,031	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
IMAGSO C	,801	
FACTO2	,712	
FACTO1	,704	
OPINFA M	,678	
FACTO5	,627	-,296
FACTO3		,757
FACTO4	,378	,581
FACTO6	,498	-,535

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídas

Matriz de componentes rotados^a

	Componentes	
	Contextuales	Personales
Imagen social del especialista	.795	
Contacto con la Especialidad	.705	
Estudios de la Especialidad	.700	
Opinión de los familiares	.674	
Estructura de acceso y curso de la Especialidad	.643	-.259
Prospectiva de desarrollo profesional	.528	-.506
Factores Personales		.758
Valores de la profesión médica	.344	.601

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,998	,057
2	-,057	,998

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
HISTIMP	Hombres	13	21.54	280.00
	Mujeres	30	22.20	666.00
	Total	43		
EPIDIMP	Hombres	13	20.12	261.50
	Mujeres	30	22.82	684.50
	Total	43		
ANATOIMP	Hombres	13	18.69	243.00
	Mujeres	30	23.43	703.00
	Total	43		
MICROIMP	Hombres	13	21.27	276.50
	Mujeres	29	21.60	626.50
	Total	42		
FARMIMP	Hombres	13	21.88	284.50
	Mujeres	30	22.05	661.50
	Total	43		
GENETIMP	Hombres	13	19.35	251.50
	Mujeres	30	23.15	694.50
	Total	43		
CIRUGIMP	Hombres	13	20.58	267.50
	Mujeres	30	22.62	678.50
	Total	43		
RADIOIMP	Hombres	13	19.23	250.00
	Mujeres	30	23.20	696.00
	Total	43		
SEMIOIMP	Hombres	13	22.00	286.00
	Mujeres	30	22.00	660.00
	Total	43		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
HISTIMP	189.000	280.000	-.187	.851	.886 ^a
EPIDIMP	170.500	261.500	-.764	.445	.522 ^a
ANATOIMP	152.000	243.000	-1.251	.211	.265 ^a
MICROIMP	185.500	276.500	-.093	.926	.936 ^a
FARMIMP	193.500	284.500	-.045	.964	.969 ^a
GENETIMP	160.500	251.500	-1.003	.316	.366 ^a
CIRUGIMP	176.500	267.500	-.525	.599	.629 ^a
RADIOIMP	159.000	250.000	-1.087	.277	.352 ^a
SEMIOIMP	195.000	660.000	.000	1.000	1.000 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARCIIMP	Hombres	13	18.62	242.00
	Mujeres	29	22.79	661.00
	Total	42		
RESPIIMP	Hombres	13	19.15	249.00
	Mujeres	29	22.55	654.00
	Total	42		
DIGESIMP	Hombres	12	21.67	260.00
	Mujeres	28	20.00	560.00
	Total	40		
NERVIIMP	Hombres	12	24.00	288.00
	Mujeres	28	19.00	532.00
	Total	40		
ENDOCIMP	Hombres	12	20.17	242.00
	Mujeres	28	20.64	578.00
	Total	40		
SANGRIMP	Hombres	13	20.65	268.50
	Mujeres	29	21.88	634.50
	Total	42		
REUMIMP	Hombres	13	18.54	241.00
	Mujeres	29	22.83	662.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CARCIIMP	151.000	242.000	-2.004	.045	.318 ^a
RESPIIMP	158.000	249.000	-1.479	.139	.419 ^a
DIGESIMP	154.000	560.000	-.571	.568	.694 ^a
NERVIIMP	126.000	532.000	-1.586	.113	.224 ^a
ENDOCIMP	164.000	242.000	-.130	.896	.919 ^a
SANGRIMP	177.500	268.500	-.327	.744	.768 ^a
REUMIMP	150.000	241.000	-1.127	.260	.305 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDILOG	Hombres	13	22.42	291.50
	Mujeres	29	21.09	611.50
	Total	42		
RESPILOG	Hombres	13	26.19	340.50
	Mujeres	29	19.40	562.50
	Total	42		
DIGESLOG	Hombres	12	19.42	233.00
	Mujeres	29	21.66	628.00
	Total	41		
NERVILOG	Hombres	13	27.00	351.00
	Mujeres	30	19.83	595.00
	Total	43		
ENDOCLOG	Hombres	13	16.35	212.50
	Mujeres	29	23.81	690.50
	Total	42		
SANGRLOG	Hombres	13	21.00	273.00
	Mujeres	29	21.72	630.00
	Total	42		
REUMALOG	Hombres	13	18.54	241.00
	Mujeres	29	22.83	662.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CARDILOG	176.500	611.500	-.411	.681	.747 ^a
RESPILOG	127.500	562.500	-1.834	.067	.097 ^a
DIGESLOG	155.000	233.000	-.626	.532	.601 ^a
NERVILOG	130.000	595.000	-1.942	.052	.088 ^a
ENDOCLOG	121.500	212.500	-2.085	.037	.068 ^a
SANGRLOG	182.000	273.000	-.207	.836	.872 ^a
REUMALOG	150.000	241.000	-1.131	.258	.305 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDIOIM	Hombres	13	21.88	284.50
	Mujeres	29	21.33	618.50
	Total	42		
RESPIRIM	Hombres	13	22.50	292.50
	Mujeres	29	21.05	610.50
	Total	42		
DIGESTIM	Hombres	13	24.35	316.50
	Mujeres	30	20.98	629.50
	Total	43		
NERVIOIM	Hombres	13	23.92	311.00
	Mujeres	30	21.17	635.00
	Total	43		
ENDOCRIM	Hombres	13	16.77	218.00
	Mujeres	30	24.27	728.00
	Total	43		
SANGREIM	Hombres	13	16.38	213.00
	Mujeres	29	23.79	690.00
	Total	42		
REUMATIM	Hombres	13	15.54	202.00
	Mujeres	28	23.54	659.00
	Total	41		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilatera l)]
CARDIOIM	183.500	618.500	-.267	.789	.893 ^a
RESPIRIM	175.500	610.500	-.959	.338	.727 ^a
DIGESTIM	164.500	629.500	-1.196	.232	.425 ^a
NERVIOIM	170.000	635.000	-1.030	.303	.522 ^a
ENDOCRIM	127.000	218.000	-2.122	.034	.074 ^a
SANGREIM	122.000	213.000	-2.098	.036	.072 ^a
REUMATIM	111.000	202.000	-2.232	.026	.047 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIDE	Hombres	13	18.62	242.00
	Mujeres	29	22.79	661.00
	Total	42		
EXANREDE	Hombres	13	20.96	272.50
	Mujeres	29	21.74	630.50
	Total	42		
EXANDIDE	Hombres	12	22.33	268.00
	Mujeres	29	20.45	593.00
	Total	41		
EXANNEDE	Hombres	13	22.38	291.00
	Mujeres	30	21.83	655.00
	Total	43		
EXANENDE	Hombres	13	18.62	242.00
	Mujeres	30	23.47	704.00
	Total	43		
EXANSADE	Hombres	13	18.00	234.00
	Mujeres	30	23.73	712.00
	Total	43		
EXAREUDE	Hombres	13	14.00	182.00
	Mujeres	29	24.86	721.00
	Total	42		
SNDRCIDE	Hombres	13	20.00	260.00
	Mujeres	29	22.17	643.00
	Total	42		
SNDRREDE	Hombres	13	23.38	304.00
	Mujeres	29	20.66	599.00
	Total	42		
SNDRDIDE	Hombres	12	21.13	253.50
	Mujeres	30	21.65	649.50
	Total	42		
SNDRNEDE	Hombres	13	20.27	263.50
	Mujeres	30	22.75	682.50
	Total	43		
SNDRRENDE	Hombres	13	16.65	216.50
	Mujeres	30	24.32	729.50
	Total	43		
SNDRHEDE	Hombres	13	16.92	220.00
	Mujeres	29	23.55	683.00
	Total	42		
SNDRREUDE	Hombres	13	17.65	229.50
	Mujeres	29	23.22	673.50
	Total	42		
ORDICIDE	Hombres	13	18.77	244.00
	Mujeres	29	22.72	659.00
	Total	42		
ORDIREDE	Hombres	13	24.23	315.00
	Mujeres	29	20.28	588.00
	Total	42		
ORDIDIDE	Hombres	12	21.29	255.50
	Mujeres	30	21.58	647.50
	Total	42		
ORDINEDE	Hombres	13	21.58	280.50
	Mujeres	30	22.18	665.50
	Total	43		
ORDIENDE	Hombres	13	17.00	221.00
	Mujeres	30	24.17	725.00
	Total	43		
ORDIHEDE	Hombres	13	22.92	298.00
	Mujeres	29	20.86	605.00
	Total	42		
ODIREUDE	Hombres	13	16.19	210.50
	Mujeres	29	23.88	692.50
	Total	42		
ORTECIDE	Hombres	13	20.08	261.00
	Mujeres	29	22.14	642.00
	Total	42		
ORTEREDE	Hombres	13	23.31	303.00
	Mujeres	29	20.69	600.00
	Total	42		
ORTEDIDE	Hombres	12	21.58	259.00
	Mujeres	30	21.47	644.00
	Total	42		
ORTENEDE	Hombres	13	23.08	300.00
	Mujeres	30	21.53	646.00
	Total	43		
ORTEENDE	Hombres	13	20.50	266.50
	Mujeres	30	22.65	679.50
	Total	43		
ORTEHEDE	Hombres	13	20.50	266.50
	Mujeres	29	21.95	636.50
	Total	42		
OTEREUDE	Hombres	13	16.00	208.00
	Mujeres	29	23.97	695.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
EXANCIDE	151.000	242.000	-1.127	.260	.318 ^a
EXANREDE	181.500	272.500	-.211	.833	.851 ^a
EXANDIDE	158.000	593.000	-.512	.609	.661 ^a
EXANNEDE	190.000	655.000	-.144	.886	.907 ^a
EXANENDE	151.000	242.000	-1.269	.204	.254 ^a
EXANSADE	143.000	234.000	-1.511	.131	.175 ^a
EXAREUDE	91.000	182.000	-2.873	.004	.007 ^a
SNDRCIDE	169.000	260.000	-.589	.556	.610 ^a
SNDRREDE	164.000	599.000	-.732	.464	.519 ^a
SNDRDIDE	175.500	253.500	-.133	.894	.902 ^a
SNDRNEDE	172.500	263.500	-.676	.499	.557 ^a
SNDRENDE	125.500	216.500	-2.010	.044	.066 ^a
SNDRHEDE	129.000	220.000	-1.766	.077	.109 ^a
SNDREUDE	138.500	229.500	-1.464	.143	.176 ^a
ORDICIDE	153.000	244.000	-1.141	.254	.346 ^a
ORDIREDE	153.000	588.000	-1.051	.293	.346 ^a
ORDIDIDE	177.500	255.500	-.079	.937	.945 ^a
ORDINEDE	189.500	280.500	-.166	.868	.886 ^a
ORDIENDE	130.000	221.000	-1.906	.057	.088 ^a
ORDIHEDE	170.000	605.000	-.582	.561	.629 ^a
ODIREUDE	119.500	210.500	-2.019	.043	.060 ^a
ORTECIDE	170.000	261.000	-.549	.583	.629 ^a
ORTEREDE	165.000	600.000	-.706	.480	.536 ^a
ORTEDIDE	179.000	644.000	-.030	.976	.989 ^a
ORTENEDE	181.000	646.000	-.404	.686	.724 ^a
ORTEENDE	175.500	266.500	-.572	.567	.610 ^a
ORTEHEDE	175.500	266.500	-.383	.702	.727 ^a
OTEREUDE	117.000	208.000	-2.093	.036	.053 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIIM	Hombres	13	21.88	284.50
	Mujeres	29	21.33	618.50
	Total	42		
EXANREIM	Hombres	13	20.77	270.00
	Mujeres	29	21.83	633.00
	Total	42		
EXANDIIM	Hombres	12	21.83	262.00
	Mujeres	30	21.37	641.00
	Total	42		
EXANNEIM	Hombres	13	24.08	313.00
	Mujeres	30	21.10	633.00
	Total	43		
EXANENIM	Hombres	13	18.15	236.00
	Mujeres	30	23.67	710.00
	Total	43		
EXANSAIM	Hombres	13	18.19	236.50
	Mujeres	29	22.98	666.50
	Total	42		
EXAREUIM	Hombres	13	17.00	221.00
	Mujeres	29	23.52	682.00
	Total	42		
SNDRCIIM	Hombres	13	19.65	255.50
	Mujeres	29	22.33	647.50
	Total	42		
SNDRREIM	Hombres	13	19.04	247.50
	Mujeres	29	22.60	655.50
	Total	42		
SNDRDIIM	Hombres	12	17.96	215.50
	Mujeres	30	22.92	687.50
	Total	42		
SNDRNEIM	Hombres	13	19.46	253.00
	Mujeres	30	23.10	693.00
	Total	43		
SNDRENIM	Hombres	13	19.42	252.50
	Mujeres	30	23.12	693.50
	Total	43		
SNDRHEIM	Hombres	13	17.96	233.50
	Mujeres	29	23.09	669.50
	Total	42		
SNDREUIM	Hombres	13	19.50	253.50
	Mujeres	29	22.40	649.50
	Total	42		
ORDICIIM	Hombres	13	21.27	276.50
	Mujeres	29	21.60	626.50
	Total	42		
ORDIREIM	Hombres	13	23.50	305.50
	Mujeres	29	20.60	597.50
	Total	42		
ORDIDIIM	Hombres	12	21.75	261.00
	Mujeres	30	21.40	642.00
	Total	42		
ORDINEIM	Hombres	13	22.23	289.00
	Mujeres	30	21.90	657.00
	Total	43		
ORDIENIM	Hombres	13	19.54	254.00
	Mujeres	30	23.07	692.00
	Total	43		
ORDIHEIM	Hombres	13	19.69	256.00
	Mujeres	29	22.31	647.00
	Total	42		
ODIREUIM	Hombres	13	19.88	258.50
	Mujeres	29	22.22	644.50
	Total	42		
ORTECIIM	Hombres	13	24.00	312.00
	Mujeres	29	20.38	591.00
	Total	42		
ORTEREIM	Hombres	13	22.88	297.50
	Mujeres	29	20.88	605.50
	Total	42		
ORTEDIIM	Hombres	12	23.00	276.00
	Mujeres	30	20.90	627.00
	Total	42		
ORTENEIM	Hombres	13	22.54	293.00
	Mujeres	30	21.77	653.00
	Total	43		
ORTEENIM	Hombres	13	20.15	262.00
	Mujeres	30	22.80	684.00
	Total	43		
ORTEHEIM	Hombres	13	21.42	278.50
	Mujeres	29	21.53	624.50
	Total	42		
OTEREUIM	Hombres	13	21.96	285.50
	Mujeres	29	21.29	617.50
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
EXANCIIM	183.500	618.500	-.267	.789	.893 ^a
EXANREIM	179.000	270.000	-.461	.645	.809 ^a
EXANDIIM	176.000	641.000	-.163	.871	.923 ^a
EXANNEIM	168.000	633.000	-1.057	.291	.488 ^a
EXANENIM	145.000	236.000	-1.516	.130	.193 ^a
EXANSAIM	145.500	236.500	-1.391	.164	.246 ^a
EXAREUIM	130.000	221.000	-1.749	.080	.115 ^a
SNDRCIIM	164.500	255.500	-1.077	.281	.519 ^a
SNDRREIM	156.500	247.500	-1.274	.203	.389 ^a
SNDRDIIM	137.500	215.500	-1.539	.124	.240 ^a
SNDRNEIM	162.000	253.000	-1.118	.263	.395 ^a
SNDRENIM	161.500	252.500	-1.007	.314	.380 ^a
SNDRHEIM	142.500	233.500	-1.426	.154	.214 ^a
SNDREUIM	162.500	253.500	-.787	.431	.484 ^a
ORDICIIM	185.500	276.500	-.135	.893	.936 ^a
ORDIREIM	162.500	597.500	-1.391	.164	.484 ^a
ORDIDIIM	177.000	642.000	-.110	.913	.945 ^a
ORDINEIM	192.000	657.000	-.105	.917	.948 ^a
ORDIENIM	163.000	254.000	-.977	.329	.410 ^a
ORDIHEIM	165.000	256.000	-.741	.458	.536 ^a
ODIREUIM	167.500	258.500	-.635	.526	.572 ^a
ORTECIIM	156.000	591.000	-1.576	.115	.389 ^a
ORTEREIM	170.500	605.500	-.808	.419	.629 ^a
ORTEDIIM	162.000	627.000	-.679	.497	.631 ^a
ORTENEIM	188.000	653.000	-.245	.807	.865 ^a
ORTEENIM	171.000	262.000	-.732	.464	.539 ^a
ORTEHEIM	187.500	278.500	-.032	.974	.979 ^a
OTEREUIM	182.500	617.500	-.179	.858	.872 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTDE	Hombres	13	21.15	275.00
	Mujeres	30	22.37	671.00
	Total	43		
INVESTDE	Hombres	13	22.46	292.00
	Mujeres	30	21.80	654.00
	Total	43		
REFLXDE	Hombres	13	24.12	313.50
	Mujeres	30	21.08	632.50
	Total	43		
TEOPRDE	Hombres	13	23.12	300.50
	Mujeres	30	21.52	645.50
	Total	43		
DISCUGDE	Hombres	13	22.38	291.00
	Mujeres	30	21.83	655.00
	Total	43		
TDDDE	Hombres	13	22.96	298.50
	Mujeres	30	21.58	647.50
	Total	43		
EXPODE	Hombres	13	27.73	360.50
	Mujeres	30	19.52	585.50
	Total	43		
CREADE	Hombres	12	21.29	255.50
	Mujeres	30	21.58	647.50
	Total	42		
REDTDE	Hombres	13	23.04	299.50
	Mujeres	30	21.55	646.50
	Total	43		
EMPADE	Hombres	13	19.62	255.00
	Mujeres	30	23.03	691.00
	Total	43		
TRAQPDE	Hombres	13	18.85	245.00
	Mujeres	30	23.37	701.00
	Total	43		
TRPRSDE	Hombres	13	24.62	320.00
	Mujeres	30	20.87	626.00
	Total	43		
ANSIDE	Hombres	13	26.35	342.50
	Mujeres	30	20.12	603.50
	Total	43		
BUSQDE	Hombres	13	22.00	286.00
	Mujeres	30	22.00	660.00
	Total	43		
ORGTDE	Hombres	13	22.27	289.50
	Mujeres	30	21.88	656.50
	Total	43		
ORMATDE	Hombres	13	20.38	265.00
	Mujeres	30	22.70	681.00
	Total	43		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilatera l)]
APRAUTDE	184.000	275.000	-.344	.731	.784 ^a
INVESTDE	189.000	654.000	-.179	.858	.886 ^a
REFLXDE	167.500	632.500	-.802	.422	.472 ^a
TEOPRDE	180.500	645.500	-.464	.643	.705 ^a
DISCUGDE	190.000	655.000	-.147	.883	.907 ^a
TDDDE	182.500	647.500	-.351	.726	.744 ^a
EXPODE	120.500	585.500	-2.120	.034	.048 ^a
CREADE	177.500	255.500	-.074	.941	.945 ^a
REDTDE	181.500	646.500	-.388	.698	.724 ^a
EMPADE	164.000	255.000	-.913	.361	.425 ^a
TRAQPDE	154.000	245.000	-1.194	.232	.288 ^a
TRPRSNDE	161.000	626.000	-.960	.337	.380 ^a
ANSIDE	138.500	603.500	-1.586	.113	.137 ^a
BUSQDE	195.000	660.000	.000	1.000	1.000 ^a
ORGTDE	191.500	656.500	-.101	.920	.927 ^a
ORMATDE	174.000	265.000	-.598	.550	.592 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTIM	Hombres	13	20.23	263.00
	Mujeres	30	22.77	683.00
	Total	43		
INVESTIM	Hombres	13	15.85	206.00
	Mujeres	30	24.67	740.00
	Total	43		
REFLXIM	Hombres	13	19.19	249.50
	Mujeres	30	23.22	696.50
	Total	43		
TEOPRIM	Hombres	13	24.50	318.50
	Mujeres	30	20.92	627.50
	Total	43		
DISCUGIM	Hombres	13	14.69	191.00
	Mujeres	30	25.17	755.00
	Total	43		
TDDIM	Hombres	12	18.79	225.50
	Mujeres	30	22.58	677.50
	Total	42		
EXPOIM	Hombres	13	18.81	244.50
	Mujeres	30	23.38	701.50
	Total	43		
CREAIM	Hombres	13	17.58	228.50
	Mujeres	29	23.26	674.50
	Total	42		
REDTIM	Hombres	13	17.38	226.00
	Mujeres	30	24.00	720.00
	Total	43		
EMPAIM	Hombres	13	20.54	267.00
	Mujeres	30	22.63	679.00
	Total	43		
TRAQPIM	Hombres	13	17.19	223.50
	Mujeres	30	24.08	722.50
	Total	43		
TRPRSNIM	Hombres	13	19.62	255.00
	Mujeres	30	23.03	691.00
	Total	43		
ANSIIM	Hombres	13	18.23	237.00
	Mujeres	30	23.63	709.00
	Total	43		
BUSQIM	Hombres	13	13.27	172.50
	Mujeres	30	25.78	773.50
	Total	43		
ORGTIM	Hombres	13	23.12	300.50
	Mujeres	30	21.52	645.50
	Total	43		
ORMATIM	Hombres	13	18.96	246.50
	Mujeres	30	23.32	699.50
	Total	43		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
APRAUTIM	172.000	263.000	-.764	.445	.557 ^a
INVESTIM	115.000	206.000	-2.324	.020	.034 ^a
REFLXIM	158.500	249.500	-1.233	.218	.339 ^a
TEOPRIM	162.500	627.500	-1.547	.122	.395 ^a
DISCUGIM	100.000	191.000	-2.821	.005	.011 ^a
TDDIM	147.500	225.500	-1.610	.107	.371 ^a
EXPOIM	153.500	244.500	-1.228	.220	.276 ^a
CREAIM	137.500	228.500	-1.500	.134	.167 ^a
REDTIM	135.000	226.000	-1.779	.075	.116 ^a
EMPAIM	176.000	267.000	-.684	.494	.629 ^a
TRAQPIM	132.500	223.500	-2.172	.030	.099 ^a
TRPRSNIM	164.000	255.000	-.940	.347	.425 ^a
ANSIIM	146.000	237.000	-1.489	.136	.202 ^a
BUSQIM	81.500	172.500	-3.220	.001	.002 ^a
ORGTIM	180.500	645.500	-.442	.658	.705 ^a
ORMATIM	155.500	246.500	-1.201	.230	.300 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLFR	Hombres	12	18.83	226.00
	Mujeres	30	22.57	677.00
	Total	42		
BELFR	Hombres	11	20.45	225.00
	Mujeres	23	16.09	370.00
	Total	34		
MODFR	Hombres	13	17.96	233.50
	Mujeres	30	23.75	712.50
	Total	43		
ACTORFR	Hombres	12	20.38	244.50
	Mujeres	27	19.83	535.50
	Total	39		
MANQFR	Hombres	12	21.29	255.50
	Mujeres	29	20.88	605.50
	Total	41		
SEMIFR	Hombres	13	21.23	276.00
	Mujeres	30	22.33	670.00
	Total	43		
CLASMFR	Hombres	11	20.64	227.00
	Mujeres	26	18.31	476.00
	Total	37		
EXPALFR	Hombres	13	21.54	280.00
	Mujeres	30	22.20	666.00
	Total	43		
DISCUFR	Hombres	13	22.42	291.50
	Mujeres	30	21.82	654.50
	Total	43		
PLABFR	Hombres	13	19.69	256.00
	Mujeres	30	23.00	690.00
	Total	43		
PDISEFR	Hombres	13	19.42	252.50
	Mujeres	30	23.12	693.50
	Total	43		
SUPVFR	Hombres	12	17.96	215.50
	Mujeres	25	19.50	487.50
	Total	37		
TUTOAFR	Hombres	10	12.15	121.50
	Mujeres	15	13.57	203.50
	Total	25		
SAPRFR	Hombres	11	18.68	205.50
	Mujeres	24	17.69	424.50
	Total	35		
SIMULFR	Hombres	13	16.88	219.50
	Mujeres	22	18.66	410.50
	Total	35		
AUDVFR	Hombres	10	17.65	176.50
	Mujeres	22	15.98	351.50
	Total	32		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLFR	148.000	226.000	-1.006	.314	.386 ^a
BELFR	94.000	370.000	-1.344	.179	.243 ^a
MODFR	142.500	233.500	-1.569	.117	.167 ^a
ACTORFR	157.500	535.500	-.260	.794	.893 ^a
MANQFR	170.500	605.500	-.195	.845	.921 ^a
SEMIFR	185.000	276.000	-.347	.729	.804 ^a
CLASMFR	125.000	476.000	-.643	.520	.566 ^a
EXPALFR	189.000	280.000	-.359	.719	.886 ^a
DISCUFR	189.500	654.500	-.169	.866	.886 ^a
PLABFR	165.000	256.000	-.907	.365	.440 ^a
PDISEFR	161.500	252.500	-1.032	.302	.380 ^a
SUPVFR	137.500	215.500	-.454	.650	.689 ^a
TUTOAFR	66.500	121.500	-.517	.605	.643 ^a
SAPRFR	124.500	424.500	-.309	.757	.793 ^a
SIMULFR	128.500	219.500	-.815	.415	.625 ^a
AUDVFR	98.500	351.500	-.521	.602	.646 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLSAT	Hombres	12	21.83	262.00
	Mujeres	30	21.37	641.00
	Total	42		
BELSAT	Hombres	11	18.82	207.00
	Mujeres	21	15.29	321.00
	Total	32		
MODSAT	Hombres	12	16.21	194.50
	Mujeres	29	22.98	666.50
	Total	41		
ACTORSAT	Hombres	11	18.09	199.00
	Mujeres	24	17.96	431.00
	Total	35		
MANQSAT	Hombres	11	14.95	164.50
	Mujeres	26	20.71	538.50
	Total	37		
SEMISAT	Hombres	13	16.12	209.50
	Mujeres	30	24.55	736.50
	Total	43		
CLASMSAT	Hombres	11	16.64	183.00
	Mujeres	26	20.00	520.00
	Total	37		
EXPALSAT	Hombres	12	18.63	223.50
	Mujeres	30	22.65	679.50
	Total	42		
DISCUSAT	Hombres	13	23.54	306.00
	Mujeres	30	21.33	640.00
	Total	43		
PLABSAT	Hombres	12	23.13	277.50
	Mujeres	30	20.85	625.50
	Total	42		
PDISESAT	Hombres	12	24.29	291.50
	Mujeres	30	20.38	611.50
	Total	42		
SUPVSAT	Hombres	11	19.32	212.50
	Mujeres	25	18.14	453.50
	Total	36		
TUTOASAT	Hombres	5	8.60	43.00
	Mujeres	10	7.70	77.00
	Total	15		
SAPRSAT	Hombres	10	15.25	152.50
	Mujeres	23	17.76	408.50
	Total	33		
SIMULSAT	Hombres	11	15.68	172.50
	Mujeres	21	16.93	355.50
	Total	32		
AUDVSAT	Hombres	9	11.17	100.50
	Mujeres	16	14.03	224.50
	Total	25		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLSAT	176.000	641.000	-.126	.900	.923 ^a
BELSAT	90.000	321.000	-1.168	.243	.327 ^a
MODSAT	116.500	194.500	-1.843	.065	.100 ^a
ACTORSAT	131.000	431.000	-.038	.970	.986 ^a
MANQSAT	98.500	164.500	-1.626	.104	.141 ^a
SEMISAT	118.500	209.500	-2.274	.023	.042 ^a
CLASMSAT	117.000	183.000	-.922	.357	.402 ^a
EXPALSAT	145.500	223.500	-1.177	.239	.342 ^a
DISCUSAT	175.000	640.000	-.598	.550	.610 ^a
PLABSAT	160.500	625.500	-.594	.553	.592 ^a
PDISESAT	146.500	611.500	-1.030	.303	.356 ^a
SUPVSAT	128.500	453.500	-.353	.724	.761 ^a
TUTOASAT	22.000	77.000	-.391	.696	.768 ^a
SAPRSAT	97.500	152.500	-.760	.448	.499 ^a
SIMULSAT	106.500	172.500	-.424	.672	.725 ^a
AUDVSAT	55.500	100.500	-1.035	.301	.357 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFUNI	Hombres	13	21.96	285.50
	Mujeres	29	21.29	617.50
	Total	42		
CONGUNI	Hombres	13	23.27	302.50
	Mujeres	29	20.71	600.50
	Total	42		
VERAUNI	Hombres	13	20.81	270.50
	Mujeres	29	21.81	632.50
	Total	42		
CMONUNI	Hombres	13	18.31	238.00
	Mujeres	27	21.56	582.00
	Total	40		
DISTUNI	Hombres	13	19.58	254.50
	Mujeres	28	21.66	606.50
	Total	41		
PLABUNI	Hombres	13	22.65	294.50
	Mujeres	29	20.98	608.50
	Total	42		
SCLIUNI	Hombres	13	21.77	283.00
	Mujeres	28	20.64	578.00
	Total	41		
TUTPUNI	Hombres	13	25.23	328.00
	Mujeres	29	19.83	575.00
	Total	42		
TUTRUNI	Hombres	13	23.62	307.00
	Mujeres	29	20.55	596.00
	Total	42		
TUTAUNI	Hombres	13	22.88	297.50
	Mujeres	29	20.88	605.50
	Total	42		
SAPUNI	Hombres	13	24.31	316.00
	Mujeres	29	20.24	587.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFUNI	182.500	617.500	-.178	.859	.872 ^a
CONGUNI	165.500	600.500	-.681	.496	.536 ^a
VERAUNI	179.500	270.500	-.260	.795	.809 ^a
CMONUNI	147.000	238.000	-.899	.369	.424 ^a
DISTUNI	163.500	254.500	-.553	.580	.609 ^a
PLABUNI	173.500	608.500	-.432	.665	.687 ^a
SCLIUNI	172.000	578.000	-.304	.761	.793 ^a
TUTPUNI	140.000	575.000	-1.411	.158	.194 ^a
TUTRUNI	161.000	596.000	-.856	.392	.468 ^a
TUTAUNI	170.500	605.500	-.528	.597	.629 ^a
SAPUNI	152.000	587.000	-1.056	.291	.332 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFFR	Hombres	8	17.25	138.00
	Mujeres	20	13.40	268.00
	Total	28		
CONGFR	Hombres	8	13.50	108.00
	Mujeres	18	13.50	243.00
	Total	26		
VERAFR	Hombres	11	24.36	268.00
	Mujeres	29	19.03	552.00
	Total	40		
CMONFR	Hombres	6	11.50	69.00
	Mujeres	18	12.83	231.00
	Total	24		
DISTFR	Hombres	9	11.06	99.50
	Mujeres	22	18.02	396.50
	Total	31		
PLABFRE	Hombres	10	18.70	187.00
	Mujeres	26	18.42	479.00
	Total	36		
SCLIFR	Hombres	12	20.42	245.00
	Mujeres	29	21.24	616.00
	Total	41		
TUTPFR	Hombres	10	15.90	159.00
	Mujeres	17	12.88	219.00
	Total	27		
TUTRFR	Hombres	6	8.83	53.00
	Mujeres	10	8.30	83.00
	Total	16		
TUTAFR	Hombres	7	15.36	107.50
	Mujeres	15	9.70	145.50
	Total	22		
SAPFRE	Hombres	9	17.22	155.00
	Mujeres	22	15.50	341.00
	Total	31		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFFR	58.000	268.000	-1.420	.156	.281 ^a
CONGFR	72.000	243.000	.000	1.000	1.000 ^a
VERAFR	117.000	552.000	-1.374	.169	.207 ^a
CMONFR	48.000	69.000	-.835	.404	.721 ^a
DISTFR	54.500	99.500	-2.105	.035	.052 ^a
PLABFRE	128.000	479.000	-.077	.939	.958 ^a
SCLIFR	167.000	245.000	-.220	.826	.854 ^a
TUTPFR	66.000	219.000	-1.114	.265	.359 ^a
TUTRFR	28.000	83.000	-.228	.820	.875 ^a
TUTAFR	25.500	145.500	-2.048	.041	.056 ^a
SAPFRE	88.000	341.000	-1.563	.118	.654 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFSAT	Hombres	8	14.13	113.00
	Mujeres	14	10.00	140.00
	Total	22		
CONGSAT	Hombres	4	6.50	26.00
	Mujeres	8	6.50	52.00
	Total	12		
VERASAT	Hombres	8	14.50	116.00
	Mujeres	18	13.06	235.00
	Total	26		
CMONSAT	Hombres	3	5.50	16.50
	Mujeres	8	6.19	49.50
	Total	11		
DISTSAT	Hombres	7	8.50	59.50
	Mujeres	19	15.34	291.50
	Total	26		
PLABOSAT	Hombres	9	12.89	116.00
	Mujeres	17	13.82	235.00
	Total	26		
SCLISAT	Hombres	12	21.67	260.00
	Mujeres	26	18.50	481.00
	Total	38		
TUTPSAT	Hombres	8	9.38	75.00
	Mujeres	8	7.63	61.00
	Total	16		
TUTRSAT	Hombres	6	7.92	47.50
	Mujeres	7	6.21	43.50
	Total	13		
TUTASAT	Hombres	7	11.00	77.00
	Mujeres	10	7.60	76.00
	Total	17		
SAPSAT	Hombres	7	9.14	64.00
	Mujeres	9	8.00	72.00
	Total	16		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilaterial)]
CONFSAT	35.000	140.000	-1.675	.094	.165 ^a
CONGSAT	16.000	52.000	.000	1.000	1.000 ^a
VERASAT	64.000	235.000	-.487	.626	.683 ^a
CMONSAT	10.500	16.500	-.612	.540	.776 ^a
DISTSAT	31.500	59.500	-2.208	.027	.041 ^a
PLABOSAT	71.000	116.000	-.309	.758	.792 ^a
SCLISAT	130.000	481.000	-.972	.331	.429 ^a
TUTPSAT	25.000	61.000	-.816	.415	.505 ^a
TUTRSAT	15.500	43.500	-.823	.411	.445 ^a
TUTASAT	21.000	76.000	-1.425	.154	.193 ^a
SAPSAT	27.000	72.000	-1.134	.257	.681 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
AUTOCONF	Hombres	13	25.62	333.00
	Mujeres	30	20.43	613.00
	Total	43		
SATILOGR	Hombres	13	19.46	253.00
	Mujeres	30	23.10	693.00
	Total	43		
RENDIM	Hombres	13	20.85	271.00
	Mujeres	30	22.50	675.00
	Total	43		
ESTIMPRO	Hombres	13	20.19	262.50
	Mujeres	30	22.78	683.50
	Total	43		
EXPERCLI	Hombres	13	20.12	261.50
	Mujeres	30	22.82	684.50
	Total	43		
BATA	Hombres	13	20.69	269.00
	Mujeres	30	22.57	677.00
	Total	43		
RELCOMP	Hombres	13	19.04	247.50
	Mujeres	30	23.28	698.50
	Total	43		
IMAGEN	Hombres	13	23.96	311.50
	Mujeres	30	21.15	634.50
	Total	43		
VINCULOS	Hombres	13	18.96	246.50
	Mujeres	30	23.32	699.50
	Total	43		
COMPRO	Hombres	13	19.62	255.00
	Mujeres	30	23.03	691.00
	Total	43		
PAMEDAP	Hombres	13	20.23	263.00
	Mujeres	30	22.77	683.00
	Total	43		
INFORMAC	Hombres	13	17.04	221.50
	Mujeres	30	24.15	724.50
	Total	43		
ROLOTROS	Hombres	13	19.23	250.00
	Mujeres	30	23.20	696.00
	Total	43		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
AUTOCONF	148.000	613.000	-1.322	.186	.222 ^a
SATILOGR	162.000	253.000	-.948	.343	.395 ^a
RENDIM	180.000	271.000	-.432	.666	.705 ^a
ESTIMPRO	171.500	262.500	-.663	.507	.539 ^a
EXPERCLI	170.500	261.500	-.708	.479	.522 ^a
BATA	178.000	269.000	-.484	.628	.667 ^a
RELCOMP	156.500	247.500	-1.231	.218	.313 ^a
IMAGEN	169.500	634.500	-.742	.458	.505 ^a
VINCULOS	155.500	246.500	-1.419	.156	.300 ^a
COMPRO	164.000	255.000	-.921	.357	.425 ^a
PAMEDAP	172.000	263.000	-.659	.510	.557 ^a
INFORMAC	130.500	221.500	-1.840	.066	.088 ^a
ROLOTROS	159.000	250.000	-1.005	.315	.352 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
PROFRS	Hombres	13	16.08	209.00
	Mujeres	28	23.29	652.00
	Total	41		
TUTORS	Hombres	11	17.27	190.00
	Mujeres	24	18.33	440.00
	Total	35		
RESIDEN	Hombres	12	22.92	275.00
	Mujeres	28	19.46	545.00
	Total	40		
COMPAS	Hombres	12	18.63	223.50
	Mujeres	29	21.98	637.50
	Total	41		
MEDICS	Hombres	12	18.71	224.50
	Mujeres	23	17.63	405.50
	Total	35		
OTRPROF	Hombres	12	15.42	185.00
	Mujeres	24	20.04	481.00
	Total	36		
FAMIL	Hombres	13	19.00	247.00
	Mujeres	29	22.62	656.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilatera l)]
PROFRS	118.000	209.000	-1.938	.053	.075 ^a
TUTORS	124.000	190.000	-.309	.758	.793 ^a
RESIDEN	139.000	545.000	-.934	.350	.405 ^a
COMPAS	145.500	223.500	-.872	.383	.419 ^a
MEDICS	129.500	405.500	-.315	.753	.771 ^a
OTRPROF	107.000	185.000	-1.406	.160	.224 ^a
FAMIL	156.000	247.000	-.936	.349	.389 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONOENF	Hombres	13	20.54	267.00
	Mujeres	30	22.63	679.00
	Total	43		
RELPAC	Hombres	13	21.23	276.00
	Mujeres	30	22.33	670.00
	Total	43		
CREENCPA	Hombres	13	18.35	238.50
	Mujeres	30	23.58	707.50
	Total	43		
FAMIPA	Hombres	13	19.81	257.50
	Mujeres	30	22.95	688.50
	Total	43		
AMBCULT	Hombres	13	22.38	291.00
	Mujeres	30	21.83	655.00
	Total	43		
TRABMED	Hombres	13	24.19	314.50
	Mujeres	30	21.05	631.50
	Total	43		
SUPVPROF	Hombres	13	20.88	271.50
	Mujeres	30	22.48	674.50
	Total	43		
RELACRES	Hombres	13	27.23	354.00
	Mujeres	30	19.73	592.00
	Total	43		
ROTACI	Hombres	13	25.42	330.50
	Mujeres	30	20.52	615.50
	Total	43		
ENFCRON	Hombres	13	25.19	327.50
	Mujeres	30	20.62	618.50
	Total	43		
URGEVIT	Hombres	13	24.77	322.00
	Mujeres	30	20.80	624.00
	Total	43		
DOLOFIS	Hombres	13	27.35	355.50
	Mujeres	30	19.68	590.50
	Total	43		
DOLOEMO	Hombres	13	24.54	319.00
	Mujeres	30	20.90	627.00
	Total	43		
MORTPA	Hombres	13	28.62	372.00
	Mujeres	29	18.31	531.00
	Total	42		
INCERTID	Hombres	13	24.96	324.50
	Mujeres	30	20.72	621.50
	Total	43		
INSEGPRO	Hombres	13	23.73	308.50
	Mujeres	30	21.25	637.50
	Total	43		
INTERVOP	Hombres	12	16.50	198.00
	Mujeres	30	23.50	705.00
	Total	42		
SANAR	Hombres	13	16.92	220.00
	Mujeres	30	24.20	726.00
	Total	43		
ESTUDPRO	Hombres	13	22.19	288.50
	Mujeres	30	21.92	657.50
	Total	43		
PACTRES	Hombres	13	21.92	285.00
	Mujeres	30	22.03	661.00
	Total	43		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONOENF	176.000	267.000	-.593	.553	.629 ^a
RELPAC	185.000	276.000	-.298	.765	.804 ^a
CREENCPA	147.500	238.500	-1.323	.186	.212 ^a
FAMIPA	166.500	257.500	-.847	.397	.456 ^a
AMBCULT	190.000	655.000	-.144	.886	.907 ^a
TRABMED	166.500	631.500	-.813	.416	.456 ^a
SUPVPROF	180.500	271.500	-.419	.676	.705 ^a
RELACRES	127.000	592.000	-2.006	.045	.074 ^a
ROTACI	150.500	615.500	-1.318	.188	.243 ^a
ENFCRON	153.500	618.500	-1.180	.238	.276 ^a
URGEVIT	159.000	624.000	-1.025	.305	.352 ^a
DOLOFIS	125.500	590.500	-1.950	.051	.066 ^a
DOLOEMO	162.000	627.000	-.924	.356	.395 ^a
MORTPA	96.000	531.000	-2.621	.009	.011 ^a
INCERTID	156.500	621.500	-1.065	.287	.313 ^a
INSEGPRO	172.500	637.500	-.625	.532	.557 ^a
INTERVOP	120.000	198.000	-1.840	.066	.098 ^a
SANAR	129.000	220.000	-2.046	.041	.083 ^a
ESTUDPRO	192.500	657.500	-.070	.944	.948 ^a
PACTRES	194.000	285.000	-.028	.978	.990 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONTDO	Hombres	13	19.23	250.00
	Mujeres	28	21.82	611.00
	Total	41		
AVANCS	Hombres	13	22.08	287.00
	Mujeres	29	21.24	616.00
	Total	42		
DURAC	Hombres	13	24.35	316.50
	Mujeres	29	20.22	586.50
	Total	42		
PLAZAS	Hombres	13	24.65	320.50
	Mujeres	29	20.09	582.50
	Total	42		
FACILD	Hombres	13	23.58	306.50
	Mujeres	29	20.57	596.50
	Total	42		
TRABUE	Hombres	13	26.19	340.50
	Mujeres	29	19.40	562.50
	Total	42		
INTERSS	Hombres	13	18.31	238.00
	Mujeres	29	22.93	665.00
	Total	42		
IMAGSOC	Hombres	13	26.73	347.50
	Mujeres	29	19.16	555.50
	Total	42		
CAPACPRO	Hombres	13	24.00	312.00
	Mujeres	29	20.38	591.00
	Total	42		
SATPRO	Hombres	13	25.12	326.50
	Mujeres	29	19.88	576.50
	Total	42		
NOTAMIR	Hombres	13	23.69	308.00
	Mujeres	29	20.52	595.00
	Total	42		
NIVELNST	Hombres	13	24.23	315.00
	Mujeres	29	20.28	588.00
	Total	42		
PRESTINS	Hombres	13	27.35	355.50
	Mujeres	29	18.88	547.50
	Total	42		
DISTGEO	Hombres	13	23.96	311.50
	Mujeres	29	20.40	591.50
	Total	42		
PUESTTRA	Hombres	13	20.69	269.00
	Mujeres	29	21.86	634.00
	Total	42		
INGRESS	Hombres	13	25.58	332.50
	Mujeres	29	19.67	570.50
	Total	42		
PROFRESP	Hombres	13	25.08	326.00
	Mujeres	29	19.90	577.00
	Total	42		
OPINFAM	Hombres	13	23.27	302.50
	Mujeres	29	20.71	600.50
	Total	42		
FAMESP	Hombres	13	20.50	266.50
	Mujeres	29	21.95	636.50
	Total	42		
OTRESP	Hombres	13	23.35	303.50
	Mujeres	29	20.67	599.50
	Total	42		
BIENSOC	Hombres	13	21.19	275.50
	Mujeres	29	21.64	627.50
	Total	42		
INTPAFA	Hombres	13	17.58	228.50
	Mujeres	29	23.26	674.50
	Total	42		
COLABMED	Hombres	13	22.58	293.50
	Mujeres	29	21.02	609.50
	Total	42		
PRIMCUR	Hombres	13	19.00	247.00
	Mujeres	27	21.22	573.00
	Total	40		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONTDO	159.000	250.000	-.728	.467	.533 ^a
AVANCS	181.000	616.000	-.225	.822	.851 ^a
DURAC	151.500	586.500	-1.071	.284	.318 ^a
PLAZAS	147.500	582.500	-1.185	.236	.268 ^a
FACILD	161.500	596.500	-.800	.424	.468 ^a
TRABUE	127.500	562.500	-1.745	.081	.097 ^a
INTERSS	147.000	238.000	-1.743	.081	.268 ^a
IMAGSOC	120.500	555.500	-2.345	.019	.064 ^a
CAPACPRO	156.000	591.000	-.959	.338	.389 ^a
SATPRO	141.500	576.500	-1.488	.137	.204 ^a
NOTAMIR	160.000	595.000	-.814	.416	.451 ^a
NIVELNST	153.000	588.000	-1.022	.307	.346 ^a
PRESTINS	112.500	547.500	-2.189	.029	.037 ^a
DISTGEO	156.500	591.500	-.913	.361	.389 ^a
PUESTTRA	178.000	269.000	-.304	.761	.788 ^a
INGRESS	135.500	570.500	-1.557	.120	.151 ^a
PROFRESP	142.000	577.000	-1.338	.181	.214 ^a
OPINFAM	165.500	600.500	-.719	.472	.536 ^a
FAMESP	175.500	266.500	-.958	.338	.727 ^a
OTRESP	164.500	599.500	-.753	.452	.519 ^a
BIENSOC	184.500	275.500	-.117	.907	.914 ^a
INTPAFA	137.500	228.500	-1.482	.138	.167 ^a
COLABMED	174.500	609.500	-.412	.680	.707 ^a
PRIMCUR	156.000	247.000	-.604	.546	.588 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sexo

DIFERENCIAS ENTRE MAYOR Y MENOR RENDIMIENTO ACADÉMICO

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
HISTIMP	Mayor	21	24.52	515.00
	Menor	22	19.59	431.00
	Total	43		
EPIDIMP	Mayor	21	23.81	500.00
	Menor	22	20.27	446.00
	Total	43		
ANATOIMP	Mayor	21	23.67	497.00
	Menor	22	20.41	449.00
	Total	43		
MICROIMP	Mayor	20	25.30	506.00
	Menor	22	18.05	397.00
	Total	42		
FARMIMP	Mayor	21	23.05	484.00
	Menor	22	21.00	462.00
	Total	43		
GENETIMP	Mayor	21	20.71	435.00
	Menor	22	23.23	511.00
	Total	43		
CIRUGIMP	Mayor	21	21.38	449.00
	Menor	22	22.59	497.00
	Total	43		
RADIOIMP	Mayor	21	20.48	430.00
	Menor	22	23.45	516.00
	Total	43		
SEMIOIMP	Mayor	21	22.00	462.00
	Menor	22	22.00	484.00
	Total	43		
CARCIIMP	Mayor	21	20.57	432.00
	Menor	21	22.43	471.00
	Total	42		
RESPIIMP	Mayor	21	21.00	441.00
	Menor	21	22.00	462.00
	Total	42		
DIGESIMP	Mayor	20	20.00	400.00
	Menor	20	21.00	420.00
	Total	40		
NERVIIMP	Mayor	20	21.75	435.00
	Menor	20	19.25	385.00
	Total	40		
ENDOCIMP	Mayor	20	20.33	406.50
	Menor	20	20.67	413.50
	Total	40		
SANGRIMP	Mayor	21	21.93	460.50
	Menor	21	21.07	442.50
	Total	42		
REUMIMP	Mayor	21	20.62	433.00
	Menor	21	22.38	470.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
HISTIMP	178.000	431.000	-1.519	.129	
EPIDIMP	193.000	446.000	-1.089	.276	
ANATOIMP	196.000	449.000	-.936	.349	
MICROIMP	144.000	397.000	-2.173	.030	
FARMIMP	209.000	462.000	-.610	.542	
GENETIMP	204.000	435.000	-.721	.471	
CIRUGIMP	218.000	449.000	-.339	.735	
RADIOIMP	199.000	430.000	-.888	.375	
SEMIOIMP	231.000	484.000	.000	1.000	
CARCIIMP	201.000	432.000	-.964	.335	
RESPIIMP	210.000	441.000	-.471	.638	
DIGESIMP	190.000	400.000	-.374	.708	.799 ^a
NERVIIMP	175.000	385.000	-.865	.387	.512 ^a
ENDOCIMP	196.500	406.500	-.104	.917	.925 ^a
SANGRIMP	211.500	442.500	-.247	.805	
REUMIMP	202.000	433.000	-.501	.616	

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDILOG	Mayor	21	21.76	457.00
	Menor	21	21.24	446.00
	Total	42		
RESPILOG	Mayor	21	22.98	482.50
	Menor	21	20.02	420.50
	Total	42		
DIGESLOG	Mayor	19	23.74	451.00
	Menor	22	18.64	410.00
	Total	41		
NERVILOG	Mayor	21	22.26	467.50
	Menor	22	21.75	478.50
	Total	43		
ENDOCLOG	Mayor	21	23.24	488.00
	Menor	21	19.76	415.00
	Total	42		
SANGRLOG	Mayor	21	24.14	507.00
	Menor	21	18.86	396.00
	Total	42		
REUMALOG	Mayor	21	24.05	505.00
	Menor	21	18.95	398.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
CARDILOG	215.000	446.000	-.174	.862
RESPILOG	189.500	420.500	-.862	.389
DIGESLOG	157.000	410.000	-1.562	.118
NERVILOG	225.500	478.500	-.151	.880
ENDOCLOG	184.000	415.000	-1.050	.294
SANGRLOG	165.000	396.000	-1.630	.103
REUMALOG	167.000	398.000	-1.453	.146

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

RENDTOcr5		N	Rango promedio	Suma de rangos
CARDIOIM	Mayor	21	21.50	451.50
	Menor	21	21.50	451.50
	Total	42		
RESPIRIM	Mayor	21	22.50	472.50
	Menor	21	20.50	430.50
	Total	42		
DIGESTIM	Mayor	21	23.95	503.00
	Menor	22	20.14	443.00
	Total	43		
NERVIOIM	Mayor	21	23.38	491.00
	Menor	22	20.68	455.00
	Total	43		
ENDOCRIM	Mayor	21	22.79	478.50
	Menor	22	21.25	467.50
	Total	43		
SANGREIM	Mayor	21	21.02	441.50
	Menor	21	21.98	461.50
	Total	42		
REUMATIM	Mayor	21	21.00	441.00
	Menor	20	21.00	420.00
	Total	41		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
CARDIOIM	220.500	451.500	.000	1.000
RESPIRIM	199.500	430.500	-1.432	.152
DIGESTIM	190.000	443.000	-1.478	.140
NERVIOIM	202.000	455.000	-1.098	.272
ENDOCRIM	214.500	467.500	-.473	.636
SANGREIM	210.500	441.500	-.292	.771
REUMATIM	210.000	420.000	.000	1.000

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENTOCr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIDE	Mayor	21	22.74	477.50
	Menor	21	20.26	425.50
	Total	42		
EXANREDE	Mayor	21	23.24	488.00
	Menor	21	19.76	415.00
	Total	42		
EXANDIDE	Mayor	20	22.60	452.00
	Menor	21	19.48	409.00
	Total	41		
EXANNEDE	Mayor	21	21.19	445.00
	Menor	22	22.77	501.00
	Total	43		
EXANENDE	Mayor	21	23.60	495.50
	Menor	22	20.48	450.50
	Total	43		
EXANSADE	Mayor	21	23.57	495.00
	Menor	22	20.50	451.00
	Total	43		
EXAREUDE	Mayor	21	22.33	469.00
	Menor	21	20.67	434.00
	Total	42		
SNDRCIDE	Mayor	21	25.57	537.00
	Menor	21	17.43	366.00
	Total	42		
SNDRREDE	Mayor	21	24.95	524.00
	Menor	21	18.05	379.00
	Total	42		
SNDRDIDE	Mayor	20	22.58	451.50
	Menor	22	20.52	451.50
	Total	42		
SNDRNEDE	Mayor	21	22.62	475.00
	Menor	22	21.41	471.00
	Total	43		
SNDRRENDE	Mayor	21	25.88	543.50
	Menor	22	18.30	402.50
	Total	43		
SNDRHEDE	Mayor	21	24.86	522.00
	Menor	21	18.14	381.00
	Total	42		
SNDRREUDE	Mayor	21	25.31	531.50
	Menor	21	17.69	371.50
	Total	42		
ORDICIDE	Mayor	21	21.10	443.00
	Menor	21	21.90	460.00
	Total	42		
ORDIREDE	Mayor	21	23.24	488.00
	Menor	21	19.76	415.00
	Total	42		
ORDIDIDE	Mayor	20	21.98	439.50
	Menor	22	21.07	463.50
	Total	42		
ORDINEDE	Mayor	21	21.38	449.00
	Menor	22	22.59	497.00
	Total	43		
ORDIENDE	Mayor	21	25.48	535.00
	Menor	22	18.68	411.00
	Total	43		
ORDIHEDE	Mayor	21	22.29	468.00
	Menor	21	20.71	435.00
	Total	42		
ODIREUDE	Mayor	21	23.67	497.00
	Menor	21	19.33	406.00
	Total	42		
ORTECIDE	Mayor	21	21.05	442.00
	Menor	21	21.95	461.00
	Total	42		
ORTEREDE	Mayor	21	23.14	486.00
	Menor	21	19.86	417.00
	Total	42		
ORTEDIDE	Mayor	20	22.58	451.50
	Menor	22	20.52	451.50
	Total	42		
ORTENEDE	Mayor	21	22.60	474.50
	Menor	22	21.43	471.50
	Total	43		
ORTEENDE	Mayor	21	22.24	467.00
	Menor	22	21.77	479.00
	Total	43		
ORTEHEDE	Mayor	21	22.31	468.50
	Menor	21	20.69	434.50
	Total	42		
OTEREUDE	Mayor	21	22.67	476.00
	Menor	21	20.33	427.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
EXANCIDE	194.500	425.500	-.723	.470
EXANREDE	184.000	415.000	-1.019	.308
EXANDIDE	178.000	409.000	-.932	.352
EXANNEDE	214.000	445.000	-.449	.654
EXANENDE	197.500	450.500	-.888	.375
EXANSADE	198.000	451.000	-.881	.378
EXAREUDE	203.000	434.000	-.477	.634
SNDRCIDE	135.000	366.000	-2.389	.017
SNDRREDE	148.000	379.000	-2.003	.045
SNDRDIDE	198.500	451.500	-.577	.564
SNDRNEDE	218.000	471.000	-.359	.720
SNDRENDE	149.500	402.500	-2.165	.030
SNDRHEDE	150.000	381.000	-1.935	.053
SNDREUDE	140.500	371.500	-2.166	.030
ORDICIDE	212.000	443.000	-.253	.801
ORDIREDE	184.000	415.000	-.999	.318
ORDIDIDE	210.500	463.500	-.272	.785
ORDINEDE	218.000	449.000	-.361	.718
ORDIENDE	158.000	411.000	-1.967	.049
ORDIHEDE	204.000	435.000	-.480	.631
ODIREUDE	175.000	406.000	-1.231	.218
ORTECIDE	211.000	442.000	-.261	.794
ORTEREDE	186.000	417.000	-.959	.338
ORTEDIDE	198.500	451.500	-.591	.554
ORTENEDE	218.500	471.500	-.331	.740
ORTEENDE	226.000	479.000	-.135	.893
ORTEHEDE	203.500	434.500	-.463	.643
OTEREUDE	196.000	427.000	-.663	.507

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
EXANCIIM	Mayor	21	21.50	451.50
	Menor	21	21.50	451.50
	Total	42		
EXANREIM	Mayor	21	21.00	441.00
	Menor	21	22.00	462.00
	Total	42		
EXANDIIM	Mayor	20	21.30	426.00
	Menor	22	21.68	477.00
	Total	42		
EXANNEIM	Mayor	21	20.81	437.00
	Menor	22	23.14	509.00
	Total	43		
EXANENIM	Mayor	21	23.48	493.00
	Menor	22	20.59	453.00
	Total	43		
EXANSAIM	Mayor	21	22.50	472.50
	Menor	21	20.50	430.50
	Total	42		
EXAREUIM	Mayor	21	22.33	469.00
	Menor	21	20.67	434.00
	Total	42		
SNDRCIIM	Mayor	21	23.50	493.50
	Menor	21	19.50	409.50
	Total	42		
SNDRREIM	Mayor	21	22.64	475.50
	Menor	21	20.36	427.50
	Total	42		
SNDRDIIM	Mayor	20	23.80	476.00
	Menor	22	19.41	427.00
	Total	42		
SNDRNEIM	Mayor	21	22.71	477.00
	Menor	22	21.32	469.00
	Total	43		
SNDRENIM	Mayor	21	22.71	477.00
	Menor	22	21.32	469.00
	Total	43		
SNDRHEIM	Mayor	21	22.93	481.50
	Menor	21	20.07	421.50
	Total	42		
SNDREUIM	Mayor	21	19.64	412.50
	Menor	21	23.36	490.50
	Total	42		
ORDICIIM	Mayor	21	22.50	472.50
	Menor	21	20.50	430.50
	Total	42		
ORDIREIM	Mayor	21	22.50	472.50
	Menor	21	20.50	430.50
	Total	42		
ORDIDIIM	Mayor	20	21.75	435.00
	Menor	22	21.27	468.00
	Total	42		
ORDINEIM	Mayor	21	22.24	467.00
	Menor	22	21.77	479.00
	Total	43		
ORDIENIM	Mayor	21	23.19	487.00
	Menor	22	20.86	459.00
	Total	43		
ORDIHEIM	Mayor	21	21.00	441.00
	Menor	21	22.00	462.00
	Total	42		
ODIREUIM	Mayor	21	20.79	436.50
	Menor	21	22.21	466.50
	Total	42		
ORTECIIM	Mayor	21	22.00	462.00
	Menor	21	21.00	441.00
	Total	42		
ORTEREIM	Mayor	21	22.50	472.50
	Menor	21	20.50	430.50
	Total	42		
ORTEDIIM	Mayor	20	22.30	446.00
	Menor	22	20.77	457.00
	Total	42		
ORTENEIM	Mayor	21	22.38	470.00
	Menor	22	21.64	476.00
	Total	43		
ORTEENIM	Mayor	21	22.76	478.00
	Menor	22	21.27	468.00
	Total	43		
ORTEHEIM	Mayor	21	21.50	451.50
	Menor	21	21.50	451.50
	Total	42		
OTEREUIM	Mayor	21	20.12	422.50
	Menor	21	22.88	480.50
	Total	42		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
EXANCIIM	220.500	451.500	.000	1.000
EXANREIM	210.000	441.000	-.471	.638
EXANDIIM	216.000	426.000	-.147	.883
EXANNEIM	206.000	437.000	-.899	.369
EXANENIM	200.000	453.000	-.863	.388
EXANSAIM	199.500	430.500	-.628	.530
EXAREUIM	203.000	434.000	-.484	.629
SNDRCIIM	178.500	409.500	-1.743	.081
SNDRREIM	196.500	427.500	-.884	.377
SNDRDIIM	174.000	427.000	-1.507	.132
SNDRNEIM	216.000	469.000	-.467	.640
SNDRENIM	216.000	469.000	-.414	.679
SNDRHEIM	190.500	421.500	-.860	.390
SNDREUIM	181.500	412.500	-1.091	.275
ORDICIIM	199.500	430.500	-.871	.384
ORDIREIM	199.500	430.500	-1.039	.299
ORDIDIIM	215.000	468.000	-.165	.869
ORDINEIM	226.000	479.000	-.160	.873
ORDIENIM	206.000	459.000	-.701	.483
ORDIHEIM	210.000	441.000	-.306	.759
ODIREUIM	205.500	436.500	-.419	.675
ORTECIIM	210.000	441.000	-.471	.638
ORTEREIM	199.500	430.500	-.871	.384
ORTEDIIM	204.000	457.000	-.546	.585
ORTENEIM	223.000	476.000	-.257	.797
ORTEENIM	215.000	468.000	-.448	.654
ORTEHEIM	220.500	451.500	.000	1.000
OTEREUIM	191.500	422.500	-.799	.424

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

RENDTOcr5		N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTDE	Mayor	21	23.33	490.00
	Menor	22	20.73	456.00
	Total	43		
INVESTDE	Mayor	21	22.00	462.00
	Menor	22	22.00	484.00
	Total	43		
REFLXDE	Mayor	21	20.55	431.50
	Menor	22	23.39	514.50
	Total	43		
TEOPRDE	Mayor	21	23.74	498.50
	Menor	22	20.34	447.50
	Total	43		
DISCUGDE	Mayor	21	23.50	493.50
	Menor	22	20.57	452.50
	Total	43		
TDDDE	Mayor	21	21.81	458.00
	Menor	22	22.18	488.00
	Total	43		
EXPODE	Mayor	21	24.98	524.50
	Menor	22	19.16	421.50
	Total	43		
CREADE	Mayor	21	22.33	469.00
	Menor	21	20.67	434.00
	Total	42		
REDTDE	Mayor	21	26.52	557.00
	Menor	22	17.68	389.00
	Total	43		
EMPADE	Mayor	21	23.48	493.00
	Menor	22	20.59	453.00
	Total	43		
TRAQPDE	Mayor	21	24.52	515.00
	Menor	22	19.59	431.00
	Total	43		
TRPRSNDE	Mayor	21	22.29	468.00
	Menor	22	21.73	478.00
	Total	43		
ANSIDE	Mayor	21	24.40	512.50
	Menor	22	19.70	433.50
	Total	43		
BUSQDE	Mayor	21	21.62	454.00
	Menor	22	22.36	492.00
	Total	43		
ORGTDE	Mayor	21	26.43	555.00
	Menor	22	17.77	391.00
	Total	43		
ORMATDE	Mayor	21	25.60	537.50
	Menor	22	18.57	408.50
	Total	43		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
APRAUTDE	203.000	456.000	-.804	.421
INVESTDE	231.000	484.000	.000	1.000
REFLXDE	200.500	431.500	-.818	.414
TEOPRDE	194.500	447.500	-1.073	.283
DISCUGDE	199.500	452.500	-.850	.395
TDDDE	227.000	458.000	-.103	.918
EXPODE	168.500	421.500	-1.634	.102
CREADE	203.000	434.000	-.470	.639
REDTDE	136.000	389.000	-2.507	.012
EMPADE	200.000	453.000	-.839	.401
TRAQPDE	178.000	431.000	-1.418	.156
TRPRSNDE	225.000	478.000	-.156	.876
ANSIDE	180.500	433.500	-1.302	.193
BUSQDE	223.000	454.000	-.204	.838
ORGTDE	138.000	391.000	-2.461	.014
ORMATDE	155.500	408.500	-1.975	.048

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

RENDTOcr5		N	Rango promedio	Suma de rangos
APRAUTIM	Mayor	21	24.40	512.50
	Menor	22	19.70	433.50
	Total	43		
INVESTIM	Mayor	21	21.67	455.00
	Menor	22	22.32	491.00
	Total	43		
REFLXIM	Mayor	21	22.55	473.50
	Menor	22	21.48	472.50
	Total	43		
TEOPRIM	Mayor	21	22.45	471.50
	Menor	22	21.57	474.50
	Total	43		
DISCUGIM	Mayor	21	22.90	481.00
	Menor	22	21.14	465.00
	Total	43		
TDDIM	Mayor	20	22.88	457.50
	Menor	22	20.25	445.50
	Total	42		
EXPOIM	Mayor	21	23.98	503.50
	Menor	22	20.11	442.50
	Total	43		
CREAIM	Mayor	21	19.76	415.00
	Menor	21	23.24	488.00
	Total	42		
REDTIM	Mayor	21	23.71	498.00
	Menor	22	20.36	448.00
	Total	43		
EMPAIM	Mayor	21	25.00	525.00
	Menor	22	19.14	421.00
	Total	43		
TRAQPIM	Mayor	21	23.33	490.00
	Menor	22	20.73	456.00
	Total	43		
TRPRSNIM	Mayor	21	21.10	443.00
	Menor	22	22.86	503.00
	Total	43		
ANSIIM	Mayor	21	20.19	424.00
	Menor	22	23.73	522.00
	Total	43		
BUSQIM	Mayor	21	20.71	435.00
	Menor	22	23.23	511.00
	Total	43		
ORGTIM	Mayor	21	21.79	457.50
	Menor	22	22.20	488.50
	Total	43		
ORMATIM	Mayor	21	20.24	425.00
	Menor	22	23.68	521.00
	Total	43		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
APRAUTIM	180.500	433.500	-1.542	.123
INVESTIM	224.000	455.000	-.187	.852
REFLXIM	219.500	472.500	-.357	.721
TEOPRIM	221.500	474.500	-.416	.678
DISCUGIM	212.000	465.000	-.518	.604
TDDIM	192.500	445.500	-1.232	.218
EXPOIM	189.500	442.500	-1.128	.259
CREAIM	184.000	415.000	-.992	.321
REDTIM	195.000	448.000	-.981	.327
EMPAIM	168.000	421.000	-2.085	.037
TRAQPIM	203.000	456.000	-.894	.371
TRPRSNIM	212.000	443.000	-.529	.597
ANSIIM	193.000	424.000	-1.061	.289
BUSQIM	204.000	435.000	-.704	.482
ORGTIM	226.500	457.500	-.126	.900
ORMATIM	194.000	425.000	-1.034	.301

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLFR	Mayor	21	19.07	400.50
	Menor	21	23.93	502.50
	Total	42		
BELFR	Mayor	17	17.03	289.50
	Menor	17	17.97	305.50
	Total	34		
MODFR	Mayor	21	20.76	436.00
	Menor	22	23.18	510.00
	Total	43		
ACTORFR	Mayor	20	21.02	420.50
	Menor	19	18.92	359.50
	Total	39		
MANQFR	Mayor	20	20.95	419.00
	Menor	21	21.05	442.00
	Total	41		
SEMIFR	Mayor	21	23.55	494.50
	Menor	22	20.52	451.50
	Total	43		
CLASMFR	Mayor	18	19.92	358.50
	Menor	19	18.13	344.50
	Total	37		
EXPALFR	Mayor	21	21.50	451.50
	Menor	22	22.48	494.50
	Total	43		
DISCUFR	Mayor	21	21.71	456.00
	Menor	22	22.27	490.00
	Total	43		
PLABFR	Mayor	21	25.50	535.50
	Menor	22	18.66	410.50
	Total	43		
PDISEFR	Mayor	21	24.62	517.00
	Menor	22	19.50	429.00
	Total	43		
SUPVFR	Mayor	19	19.05	362.00
	Menor	18	18.94	341.00
	Total	37		
TUTOAFR	Mayor	14	15.36	215.00
	Menor	11	10.00	110.00
	Total	25		
SAPRFR	Mayor	18	18.58	334.50
	Menor	17	17.38	295.50
	Total	35		
SIMULFR	Mayor	17	17.50	297.50
	Menor	18	18.47	332.50
	Total	35		
AUDVFR	Mayor	16	18.69	299.00
	Menor	16	14.31	229.00
	Total	32		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLFR	169.500	400.500	-1.449	.147	
BELFR	136.500	289.500	-.310	.757	.786 ^a
MODFR	205.000	436.000	-.714	.475	
ACTORFR	169.500	359.500	-1.096	.273	.569 ^a
MANQFR	209.000	419.000	-.051	.960	
SEMIFR	198.500	451.500	-1.036	.300	
CLASMFR	154.500	344.500	-.539	.590	.620 ^a
EXPALFR	220.500	451.500	-.578	.563	
DISCUFR	225.000	456.000	-.169	.865	
PLABFR	157.500	410.500	-2.041	.041	
PDISEFR	176.000	429.000	-1.557	.120	
SUPVFR	170.000	341.000	-.034	.973	.988 ^a
TUTOAFR	44.000	110.000	-1.983	.047	.075 ^a
SAPRFR	142.500	295.500	-.402	.688	.732 ^a
SIMULFR	144.500	297.500	-.462	.644	.782 ^a
AUDVFR	93.000	229.000	-1.470	.142	.196 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
PBLSAT	Mayor	21	23.98	503.50
	Menor	21	19.02	399.50
	Total	42		
BELSAT	Mayor	17	18.18	309.00
	Menor	15	14.60	219.00
	Total	32		
MODSAT	Mayor	20	22.42	448.50
	Menor	21	19.64	412.50
	Total	41		
ACTORSAT	Mayor	19	21.18	402.50
	Menor	16	14.22	227.50
	Total	35		
MANQSAT	Mayor	18	18.92	340.50
	Menor	19	19.08	362.50
	Total	37		
SEMISAT	Mayor	21	25.45	534.50
	Menor	22	18.70	411.50
	Total	43		
CLASMSAT	Mayor	18	18.14	326.50
	Menor	19	19.82	376.50
	Total	37		
EXPALSAT	Mayor	21	23.76	499.00
	Menor	21	19.24	404.00
	Total	42		
DISCUSAT	Mayor	21	23.24	488.00
	Menor	22	20.82	458.00
	Total	43		
PLABSAT	Mayor	21	24.14	507.00
	Menor	21	18.86	396.00
	Total	42		
PDISESAT	Mayor	21	23.10	485.00
	Menor	21	19.90	418.00
	Total	42		
SUPVSAT	Mayor	19	20.55	390.50
	Menor	17	16.21	275.50
	Total	36		
TUTOASAT	Mayor	10	8.45	84.50
	Menor	5	7.10	35.50
	Total	15		
SAPRSAT	Mayor	17	17.56	298.50
	Menor	16	16.41	262.50
	Total	33		
SIMULSAT	Mayor	15	16.87	253.00
	Menor	17	16.18	275.00
	Total	32		
AUDVSAT	Mayor	14	12.57	176.00
	Menor	11	13.55	149.00
	Total	25		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PBLSAT	168.500	399.500	-1.483	.138	
BELSAT	99.000	219.000	-1.242	.214	.295 ^a
MODSAT	181.500	412.500	-.831	.406	
ACTORSAT	91.500	227.500	-2.150	.032	.044 ^a
MANQSAT	169.500	340.500	-.050	.960	.964 ^a
SEMISAT	158.500	411.500	-1.980	.048	
CLASMSAT	155.500	326.500	-.503	.615	.641 ^a
EXPALSAT	173.000	404.000	-1.464	.143	
DISCUSAT	205.000	458.000	-.714	.475	
PLABSAT	165.000	396.000	-1.527	.127	
PDISESAT	187.000	418.000	-.931	.352	
SUPVSAT	122.500	275.500	-1.413	.158	.219 ^a
TUTOASAT	20.500	35.500	-.586	.558	.594 ^a
SAPRSAT	126.500	262.500	-.379	.705	.736 ^a
SIMULSAT	122.000	275.000	-.247	.805	.852 ^a
AUDVSAT	71.000	176.000	-.364	.716	.767 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFUNI	Mayor	21	18.10	380.00
	Menor	21	24.90	523.00
	Total	42		
CONGUNI	Mayor	21	18.52	389.00
	Menor	21	24.48	514.00
	Total	42		
VERAUNI	Mayor	21	18.90	397.00
	Menor	21	24.10	506.00
	Total	42		
CMONUNI	Mayor	20	18.80	376.00
	Menor	20	22.20	444.00
	Total	40		
DISTUNI	Mayor	21	17.14	360.00
	Menor	20	25.05	501.00
	Total	41		
PLABUNI	Mayor	21	17.88	375.50
	Menor	21	25.12	527.50
	Total	42		
SCLIUNI	Mayor	20	21.20	424.00
	Menor	21	20.81	437.00
	Total	41		
TUTPUNI	Mayor	21	21.00	441.00
	Menor	21	22.00	462.00
	Total	42		
TUTRUNI	Mayor	21	21.26	446.50
	Menor	21	21.74	456.50
	Total	42		
TUTAUNI	Mayor	21	20.29	426.00
	Menor	21	22.71	477.00
	Total	42		
SAPUNI	Mayor	21	19.62	412.00
	Menor	21	23.38	491.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFUNI	149.000	380.000	-1.958	.050	.369 ^a
CONGUNI	158.000	389.000	-1.710	.087	
VERAUNI	166.000	397.000	-1.453	.146	
CMONUNI	166.000	376.000	-1.004	.315	
DISTUNI	129.000	360.000	-2.254	.024	
PLABUNI	144.500	375.500	-2.026	.043	
SCLIUNI	206.000	437.000	-.113	.910	
TUTPUNI	210.000	441.000	-.283	.778	
TUTRUNI	215.500	446.500	-.144	.886	
TUTAUNI	195.000	426.000	-.692	.489	
SAPUNI	181.000	412.000	-1.057	.291	

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFFR	Mayor	11	17.00	187.00
	Menor	17	12.88	219.00
	Total	28		
CONGFR	Mayor	10	13.50	135.00
	Menor	16	13.50	216.00
	Total	26		
VERAFR	Mayor	20	20.55	411.00
	Menor	20	20.45	409.00
	Total	40		
CMONFR	Mayor	11	12.59	138.50
	Menor	13	12.42	161.50
	Total	24		
DISTFR	Mayor	15	15.23	228.50
	Menor	16	16.72	267.50
	Total	31		
PLABFRE	Mayor	17	18.79	319.50
	Menor	19	18.24	346.50
	Total	36		
SCLIFR	Mayor	20	22.75	455.00
	Menor	21	19.33	406.00
	Total	41		
TUTPFR	Mayor	11	17.59	193.50
	Menor	16	11.53	184.50
	Total	27		
TUTRFR	Mayor	7	10.50	73.50
	Menor	9	6.94	62.50
	Total	16		
TUTAFR	Mayor	9	11.56	104.00
	Menor	13	11.46	149.00
	Total	22		
SAPFRE	Mayor	13	15.50	201.50
	Menor	18	16.36	294.50
	Total	31		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFFR	66.000	219.000	-1.642	.101	.208 ^a
CONGFR	80.000	216.000	.000	1.000	1.000 ^a
VERAFR	199.000	409.000	-.029	.977	.989 ^a
CMONFR	70.500	161.500	-.121	.904	.955 ^a
DISTFR	108.500	228.500	-.494	.621	.654 ^a
PLABFRE	156.500	346.500	-.173	.863	.876 ^a
SCLIFR	175.000	406.000	-1.002	.316	
TUTPFR	48.500	184.500	-2.276	.023	.050 ^a
TUTRFR	17.500	62.500	-1.558	.119	.142 ^a
TUTAFR	58.000	149.000	-.036	.971	1.000 ^a
SAPFRE	110.500	201.500	-.850	.395	.798 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENTOcr5

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENTOCr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONFSAT	Mayor	11	11.50	126.50
	Menor	11	11.50	126.50
	Total	22		
CONGSAT	Mayor	6	6.50	39.00
	Menor	6	6.50	39.00
	Total	12		
VERASAT	Mayor	13	13.85	180.00
	Menor	13	13.15	171.00
	Total	26		
CMONSAT	Mayor	5	5.50	27.50
	Menor	6	6.42	38.50
	Total	11		
DISTSAT	Mayor	14	13.64	191.00
	Menor	12	13.33	160.00
	Total	26		
PLABOSAT	Mayor	13	13.31	173.00
	Menor	13	13.69	178.00
	Total	26		
SCLISAT	Mayor	19	19.95	379.00
	Menor	19	19.05	362.00
	Total	38		
TUTPSAT	Mayor	9	10.22	92.00
	Menor	7	6.29	44.00
	Total	16		
TUTRSAT	Mayor	7	7.57	53.00
	Menor	6	6.33	38.00
	Total	13		
TUTASAT	Mayor	9	9.22	83.00
	Menor	8	8.75	70.00
	Total	17		
SAPSAT	Mayor	8	8.00	64.00
	Menor	8	9.00	72.00
	Total	16		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONFSAT	60.500	126.500	.000	1.000	1.000 ^a
CONGSAT	18.000	39.000	.000	1.000	1.000 ^a
VERASAT	80.000	171.000	-.253	.800	.840 ^a
CMONSAT	12.500	27.500	-.913	.361	.662 ^a
DISTSAT	82.000	160.000	-.112	.911	.940 ^a
PLABOSAT	82.000	173.000	-.134	.894	.920 ^a
SCLISAT	172.000	362.000	-.296	.768	.817 ^a
TUTPSAT	16.000	44.000	-1.821	.069	.114 ^a
TUTRSAT	17.000	38.000	-.598	.550	.628 ^a
TUTASAT	34.000	70.000	-.201	.841	.888 ^a
SAPSAT	28.000	64.000	-1.000	.317	.721 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENTOCr5

Pruebas no paramétricas

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
AUTOCONF	Mayor	21	24.21	508.50
	Menor	22	19.89	437.50
	Total	43		
SATILOGR	Mayor	21	25.12	527.50
	Menor	22	19.02	418.50
	Total	43		
RENDIM	Mayor	21	27.10	569.00
	Menor	22	17.14	377.00
	Total	43		
ESTIMPRO	Mayor	21	20.60	432.50
	Menor	22	23.34	513.50
	Total	43		
EXPERCLI	Mayor	21	20.81	437.00
	Menor	22	23.14	509.00
	Total	43		
BATA	Mayor	21	22.71	477.00
	Menor	22	21.32	469.00
	Total	43		
RELCOMP	Mayor	21	23.02	483.50
	Menor	22	21.02	462.50
	Total	43		
IMAGEN	Mayor	21	22.64	475.50
	Menor	22	21.39	470.50
	Total	43		
VINCULOS	Mayor	21	23.10	485.00
	Menor	22	20.95	461.00
	Total	43		
COMPRO	Mayor	21	24.24	509.00
	Menor	22	19.86	437.00
	Total	43		
PAMEDAP	Mayor	21	24.26	509.50
	Menor	22	19.84	436.50
	Total	43		
INFORMAC	Mayor	21	21.64	454.50
	Menor	22	22.34	491.50
	Total	43		
ROLOTROS	Mayor	21	24.88	522.50
	Menor	22	19.25	423.50
	Total	43		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
AUTOCONF	184.500	437.500	-1.201	.230
SATILOGR	165.500	418.500	-1.730	.084
RENDIM	124.000	377.000	-2.832	.005
ESTIMPRO	201.500	432.500	-.765	.444
EXPERCLI	206.000	437.000	-.664	.507
BATA	216.000	469.000	-.392	.695
RELCOMP	209.500	462.500	-.632	.528
IMAGEN	217.500	470.500	-.361	.718
VINCULOS	208.000	461.000	-.759	.448
COMPRO	184.000	437.000	-1.283	.199
PAMEDAP	183.500	436.500	-1.250	.211
INFORMAC	223.500	454.500	-.197	.844
ROLOTROS	170.500	423.500	-1.551	.121

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
PROFRS	Mayor	21	22.36	469.50
	Menor	20	19.58	391.50
	Total	41		
TUTORS	Mayor	18	20.28	365.00
	Menor	17	15.59	265.00
	Total	35		
RESIDEN	Mayor	20	21.05	421.00
	Menor	20	19.95	399.00
	Total	40		
COMPAS	Mayor	20	20.65	413.00
	Menor	21	21.33	448.00
	Total	41		
MEDICS	Mayor	17	17.47	297.00
	Menor	18	18.50	333.00
	Total	35		
OTRPROF	Mayor	18	17.03	306.50
	Menor	18	19.97	359.50
	Total	36		
FAMIL	Mayor	21	24.19	508.00
	Menor	21	18.81	395.00
	Total	42		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
PROFRS	181.500	391.500	-.803	.422	
TUTORS	112.000	265.000	-1.469	.142	.184 ^a
RESIDEN	189.000	399.000	-.325	.745	.779 ^a
COMPAS	203.000	413.000	-.195	.845	
MEDICS	144.000	297.000	-.316	.752	.782 ^a
OTRPROF	135.500	306.500	-.949	.342	.406 ^a
FAMIL	164.000	395.000	-1.504	.132	

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

RENTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONOENF	21	23.76	499.00
Menor	22	20.32	447.00
Total	43		
RELPAC	21	26.29	552.00
Menor	22	17.91	394.00
Total	43		
CREENCPA	21	22.05	463.00
Menor	22	21.95	483.00
Total	43		
FAMIPA	21	23.40	491.50
Menor	22	20.66	454.50
Total	43		
AMBCULT	21	20.45	429.50
Menor	22	23.48	516.50
Total	43		
TRABMED	21	22.29	468.00
Menor	22	21.73	478.00
Total	43		
SUPVPROF	21	24.81	521.00
Menor	22	19.32	425.00
Total	43		
RELACRES	21	23.33	490.00
Menor	22	20.73	456.00
Total	43		
ROTACI	21	22.98	482.50
Menor	22	21.07	463.50
Total	43		
ENFCRON	21	23.81	500.00
Menor	22	20.27	446.00
Total	43		
URGEVIT	21	24.19	508.00
Menor	22	19.91	438.00
Total	43		
DOLOFIS	21	23.67	497.00
Menor	22	20.41	449.00
Total	43		
DOLOEMO	21	24.64	517.50
Menor	22	19.48	428.50
Total	43		
MORTPA	20	22.17	443.50
Menor	22	20.89	459.50
Total	42		
INCERTID	21	23.07	484.50
Menor	22	20.98	461.50
Total	43		
INSEGPRO	21	21.74	456.50
Menor	22	22.25	489.50
Total	43		
INTERVOP	21	24.60	516.50
Menor	21	18.40	386.50
Total	42		
SANAR	21	23.10	485.00
Menor	22	20.95	461.00
Total	43		
ESTUDPRO	21	23.86	501.00
Menor	22	20.23	445.00
Total	43		
PACTRES	21	23.81	500.00
Menor	22	20.27	446.00
Total	43		

Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
CONOENF	194.000	447.000	-1.061	.289
RELPAC	141.000	394.000	-2.468	.014
CREENCPA	230.000	483.000	-.026	.980
FAMIPA	201.500	454.500	-.806	.420
AMBCULT	198.500	429.500	-.860	.390
TRABMED	225.000	478.000	-.157	.875
SUPVPROF	172.000	425.000	-1.565	.118
RELACRES	203.000	456.000	-.759	.448
ROTACI	210.500	463.500	-.558	.577
ENFCRON	193.000	446.000	-.993	.321
URGEVIT	185.000	438.000	-1.203	.229
DOLOFIS	196.000	449.000	-.902	.367
DOLOEMO	175.500	428.500	-1.428	.153
MORTPA	206.500	459.500	-.354	.723
INCERTID	208.500	461.500	-.572	.567
INSEGPRO	225.500	456.500	-.140	.888
INTERVOP	155.500	386.500	-1.801	.072
SANAR	208.000	461.000	-.655	.512
ESTUDPRO	192.000	445.000	-1.010	.313
PACTRES	193.000	446.000	-.982	.326

a. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Pruebas no paramétricas Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	RENDTOcr5	N	Rango promedio	Suma de rangos
CONTDO	Mayor	20	22.05	441.00
	Menor	21	20.00	420.00
	Total	41		
AVANCS	Mayor	21	22.52	473.00
	Menor	21	20.48	430.00
	Total	42		
DURAC	Mayor	21	20.71	435.00
	Menor	21	22.29	468.00
	Total	42		
PLAZAS	Mayor	21	21.12	443.50
	Menor	21	21.88	459.50
	Total	42		
FACILD	Mayor	21	19.02	399.50
	Menor	21	23.98	503.50
	Total	42		
TRABUE	Mayor	21	20.48	430.00
	Menor	21	22.52	473.00
	Total	42		
INTERSS	Mayor	21	20.86	438.00
	Menor	21	22.14	465.00
	Total	42		
IMAGSOC	Mayor	21	22.74	477.50
	Menor	21	20.26	425.50
	Total	42		
CAPACPRO	Mayor	21	21.02	441.50
	Menor	21	21.98	461.50
	Total	42		
SATPRO	Mayor	21	22.40	470.50
	Menor	21	20.60	432.50
	Total	42		
NOTAMIR	Mayor	21	20.12	422.50
	Menor	21	22.88	480.50
	Total	42		
NIVELNST	Mayor	21	21.76	457.00
	Menor	21	21.24	446.00
	Total	42		
PRESTINS	Mayor	21	22.33	469.00
	Menor	21	20.67	434.00
	Total	42		
DISTGEO	Mayor	21	23.60	495.50
	Menor	21	19.40	407.50
	Total	42		
PUESTTRA	Mayor	21	23.29	489.00
	Menor	21	19.71	414.00
	Total	42		
INGRESS	Mayor	21	21.64	454.50
	Menor	21	21.36	448.50
	Total	42		
PROFRESP	Mayor	21	22.26	467.50
	Menor	21	20.74	435.50
	Total	42		
OPINFAM	Mayor	21	22.45	471.50
	Menor	21	20.55	431.50
	Total	42		
FAMESP	Mayor	21	21.48	451.00
	Menor	21	21.52	452.00
	Total	42		
OTRESP	Mayor	21	24.98	524.50
	Menor	21	18.02	378.50
	Total	42		
BIENSOC	Mayor	21	23.38	491.00
	Menor	21	19.62	412.00
	Total	42		
INTPAFA	Mayor	21	23.52	494.00
	Menor	21	19.48	409.00
	Total	42		
COLABMED	Mayor	21	25.40	533.50
	Menor	21	17.60	369.50
	Total	42		
PRIMCUR	Mayor	20	21.45	429.00
	Menor	20	19.55	391.00
	Total	40		

Estadísticos de contraste^b

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]
CONTDO	189.000	420.000	-.619	.536	
AVANCS	199.000	430.000	-.597	.551	
DURAC	204.000	435.000	-.442	.659	
PLAZAS	212.500	443.500	-.214	.831	
FACILD	168.500	399.500	-1.424	.154	
TRABUE	199.000	430.000	-.569	.570	
INTERSS	207.000	438.000	-.524	.600	
IMAGSOC	194.500	425.500	-.829	.407	
CAPACPRO	210.500	441.500	-.273	.785	
SATPRO	201.500	432.500	-.556	.578	
NOTAMIR	191.500	422.500	-.766	.444	
NIVELNST	215.000	446.000	-.146	.884	
PRESTINS	203.000	434.000	-.466	.641	
DISTGEO	176.500	407.500	-1.160	.246	
PUESTTRA	183.000	414.000	-1.004	.316	
INGRESS	217.500	448.500	-.081	.935	
PROFRESP	204.500	435.500	-.426	.670	
OPINFAM	200.500	431.500	-.578	.563	
FAMESP	220.000	451.000	-.034	.973	
OTRESP	147.500	378.500	-2.117	.034	
BIENSOC	181.000	412.000	-1.066	.286	
INTPAFA	178.000	409.000	-1.142	.253	
COLABMED	138.500	369.500	-2.232	.026	
PRIMCUR	181.000	391.000	-.551	.581	.620 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: RENDTOcr5

Análisis Factoriales Exploratorio de Comp. Académicas

A. factorial Escala Desarrollo Competencias Académicas

Comunalidades

	Inicial	Extracción
APRAUTDE	1,000	,523
INVESTDE	1,000	,663
REFLXDE	1,000	,482
TEOPRDE	1,000	,466
DISCUGDE	1,000	,633
TDDDE	1,000	,725
EXPODE	1,000	,501
CREADE	1,000	,649
REDTDE	1,000	,689
EMPADE	1,000	,538
TRAQPDE	1,000	,513
TRPRSND	1,000	,611
ANSIDE	1,000	,699
BUSQDE	1,000	,655
ORGTDE	1,000	,865
ORMATDE	1,000	,817

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,656
Prueba de esfericidad de Bartlett	288,357
Chi-cuadrado aproximado	120
gl	120
Sig.	,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,166	32,288	32,288	5,166	32,288	32,288	3,380	21,126	21,126
2	2,132	13,324	45,613	2,132	13,324	45,613	2,562	16,014	37,140
3	1,551	9,696	55,309	1,551	9,696	55,309	2,252	14,075	51,215
4	1,179	7,371	62,679	1,179	7,371	62,679	1,834	11,464	62,679
5	,999	6,246	68,925						
6	,934	5,837	74,762						
7	,874	5,461	80,223						
8	,732	4,575	84,798						
9	,570	3,565	88,363						
10	,494	3,085	91,448						
11	,428	2,674	94,123						
12	,289	1,806	95,929						
13	,234	1,462	97,391						
14	,162	1,014	98,405						
15	,145	,906	99,311						
16	,110	,689	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
TDDDE	,804			,237
DISCUGDE	,769			
TRAQPDE	,665	,213		
EXPODE	,621			,290
EMPADE	,611	,356		
INVESTDE		,783		
APRAUTDE	,374	,617		
REDTDE		,596	,547	
CREADE	,540	,588		
REFLXDE	,353	,569		
ORGTDE			,923	
ORMATDE	,212		,876	
TEOPRDE	,360	,357	,442	
ANSIDE				,813
BUSQDE		,385		,690
TRPRSND	,414			,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
CREADE	,755		-,200	
TDDDE	,721	,274		-,353
DISCUGDE	,694			-,387
EMPADE	,669		-,228	
TRAQPDE	,661			-,271
REFLXDE	,649			
EXPODE	,614		,201	-,223
APRAUTDE	,613		-,317	
TEOPRDE	,594	-,334		
INVESTDE	,571		-,221	,507
ORGTDE	,391	-,651	,517	
ORMATDE	,400	-,636	,500	
BUSQDE	,331	,582	,233	,390
REDTDE	,474	-,504		,447
TRPRSND	,456	,461	,434	
ANSIDE		,437	,683	,202

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

A. factorial Importancia Competencias Académicas

Comunalidades

	Inicial	Extracción
APRAUTIM	1,000	,801
INVESTIM	1,000	,739
REFLXIM	1,000	,795
TEOPRIM	1,000	,693
DISCUGIM	1,000	,749
TDDIM	1,000	,614
EXPOIM	1,000	,771
CREAIM	1,000	,671
REDTIM	1,000	,729
EMPAIM	1,000	,762
TRAQPIM	1,000	,687
TRPRSNIM	1,000	,758
ANSIIM	1,000	,680
BUSQIM	1,000	,658
ORGTIM	1,000	,825
ORMATIM	1,000	,904

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,620
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	348,123
	gl	120
	Sig.	,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,231	32,696	32,696	5,231	32,696	32,696	3,151	19,697	19,697
2	2,342	14,640	47,336	2,342	14,640	47,336	2,614	16,335	36,032
3	1,881	11,755	59,091	1,881	11,755	59,091	2,255	14,093	50,125
4	1,357	8,482	67,573	1,357	8,482	67,573	2,199	13,743	63,868
5	1,026	6,414	73,986	1,026	6,414	73,986	1,619	10,118	73,986
6	,881	5,504	79,490						
7	,769	4,804	84,294						
8	,550	3,438	87,732						
9	,475	2,967	90,699						
10	,402	2,510	93,209						
11	,329	2,054	95,263						
12	,267	1,666	96,929						
13	,171	1,070	97,999						
14	,147	,922	98,921						
15	,113	,706	99,627						
16	5,972E-02	,373	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Componente	Componente				
	1	2	3	4	5
INVESTIM	,829				
DISCUGIM	,781	,242		,214	
CREAIM	,713		,270	,270	
REFLXIM	,709		-,209	-,212	,449
BUSQIM	,553		,543		
ORMATIM	,256	,908			
ORGTIM		,895			
ANSIIM	,318	,599		,282	,372
TDDIM			,736		
TRPRSNIM	,215		,733	,368	
TEOPRIM		,534	,621		
APRAUTIM				,865	,209
REDTIM	,216		,280	,712	,273
EXPOIM	,268	,283	,418	,614	-,260
EMPAIM		,289	,254	,243	,745
TRAQPIM	,444			,317	,600

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 5 componentes extraídos

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

PATRONES POSIBLES DE ELEMENTOS FACILITADORES DE LA TR. PCI-CI

Grupos extremos (al 25%) de estudiantes con puntajes ALTOS, con base en Rendimiento

Caso	Proc	Sexo	Rend	LgrD	CPrD	CAdD	Susp	FamM	Relacs	Elem	Sucs	DecE	Fact	Observaciones
22	B	M	A	A	A	A	No	Sí		A	A		A	9 1°
2	B	F	A	A	A	A	No					Sí		6
1	B	F	A	A	A	A		Sí	A	A	A		A	9 2°
35	B	F	A	A	A	A	No					Sí		6
29	B	F	A	A		A						Sí		4
7	B	F	A	A		A	No					Sí		5
77	L	M	A	A		A	No			A	A	Sí	A	8 4°
27	B	F	A									Sí		2
82	L		A				No	Sí						3
81	L	M	A					Sí						2
30	B	F	A		A			Sí	A	A	A	Sí		7 5°
36	B	F	A				No	Sí						3
5	B	F	A		A		No		A			Sí		5
3	B	F	A				No	Sí				Sí		4
20	B	M	A				No	Sí				Sí		4
21	B	M	A	A	A	A			A	A	A	Sí	A	9 3°
8	B	F	A				No		A					3
67	L	F	A				No		A			Sí		4
34	B	F	A	A					A			Sí	A	5
4	B	F	A	A		A	No			A	A		A	7 6°
54	L	F	A	A			No		A					4

Los casos destacados en **amarillo** cubren desde 7 hasta 9 atributos de un total de 11, definidos *a priori* como característicos del estudiante con mayor potencial para superar la transición PC-CI, tomando como base el rendimiento académico.

Abreviaturas:

Proc: Centro de Procedencia

CPrD: Competencias Profesionales (Desarrollo)

LogrD: Objetivos Asignaturas (Logro)

CAdD: Competencias Académicas (Desarrollo)

Elem: Elementos contrib. a formación

Fact: Factores infl. Elección Especialidad

Susp. Suspensión de asignaturas

Relacs. Relaciones que contribuyen a la form.

Rend: Rendimiento ponderado

CPrI: Competencias Profesionales (Importancia)

Logri: Objetivos Asignaturas (Importancia)

CAdI: Competencias Académicas (Importancia)

Sucs: Sucesos que impactan la formación

FamM: Familiares médicos

DecE: Decisión de Especialidad

Grupos extremos (al 25%) de estudiantes con puntajes BAJOS, con base en Rendimiento

Caso	Proc	Sexo	Rend	LgrD	CPrD	CADd	Susp	FamM	Relacs	Elem	Sucs	DecE	Fact	Observaciones
44	L	F	B	B			Sí	No						4
17	B	M	B	B	B	B	Sí		B	B		No		8 4°
33	B	F	B	B	B		Sí	No	B			No		7 6°
72	L	M	B				Sí							2
24	B	F	B				Sí	No		B	B			5
58	L	F	B				Sí	No						3
25	B	F	B	B	B		Sí			B	B		B	7 5°
47	L	F	B				Sí	No	B	B				5
48	L	F	B	B	B	B	Sí			B				6
40	B	M	B	B	B	B	Sí	No	B	B	B	No	B	11 1°
66	L	F	B		B	B	Sí	No						5
41	B	M	B					No				No		3
74	L	M	B			B	Sí		B			No		5
57	L	F	B				Sí							2
79	L	M	B				Sí	No						3
37	B	F	B	B			Sí	No				No		5
68	L	F	B				Sí	No						3
12	B	F	B	B	B	B	Sí	No				No	B	8 3°
46	L	F	B	B		B	Sí	No						5
49	L	F	B	B		B	Sí	No	B	B	B	No	B	10 2°
75	L	M	B											1

Los casos destacados en **amarillo** cubren desde 7 hasta 11 atributos de un total de 11, definidos *a priori* como característicos del estudiante con menor potencial para superar la transición PC-CI, tomando como base el Rendimiento académico.

Grupos extremos (al 25%) de estudiantes con puntajes ALTOS, con base en Sucesos de la Ens. Clínica

Caso	Proc	Sexo	Sucs	Rend	LgrD	CPrD	CAdD	Susp	FamM	Relacs	Elem	DecE	Fact	Observaciones
22	B	M	A	A	A	A	A	No	Sí		A		A	9 1°
77	L	M	A	A	A		A	No			A	Sí	A	8 4°
68	L	F	A		A		A				A	Sí	A	6
44	L	F	A			A	A			A	A	Sí	A	7 5°
1	B	F	A	A	A	A	A		Sí	A	A		A	9 2°
4	B	F	A	A	A		A	No			A		A	7 6°
19	B	M	A		A	A	A				A	Sí	A	7 7°
21	B	M	A	A	A	A	A			A	A	Sí	A	9 3°
45	L	F	A						Sí			Sí	A	4
56	L	F	A			A					A		A	4
6	B	F	A			A					A	Sí	A	5
9	B	F	A			A			Sí	A	A	Sí	A	7 8°
16	B	M	A						Sí				A	3
41	B	M	A					No					A	3
79	L	M	A			A					A	Sí	A	5
18	B	M	A								A	Sí		3
30	B	F	A	A		A			Sí	A	A	Sí		7 9°
32	B	F	A			A			Sí	A	A	Sí		6
33	B	M	A											1
62	L	F	A			A					A	Sí		4
26	B	F	A					No			A	SÍ		4

Los casos destacados en amarillo cubren desde siete hasta nueve atributos de un total de 11, definidos *a priori* como característicos del estudiante con mayor potencial para superar la transición PC-CI, tomando como base los Sucesos propios de la Enseñanza Clínica.

Grupos extremos (al 25%) de estudiantes con puntajes BAJOS, con base en Sucesos de la Ens. Clínica

Caso	Proc	Sexo	Sucs	Rend	LgrD	CPrD	CAdD	Susp	FamM	Relacs	Elem	DecE	Fact	Observaciones
24	B	M	B	B				Sí	No		B			5
80	L	M	B					Sí	No		B	No		5
81	L	M	B		B			Sí			B	No		5
61	L	F	B					Sí	No		B			4
7	B	F	B						No					2
29	B	F	B					Sí	No	B	B			5
8	B	F	B						No			No	B	4
27	B	F	B						No				B	3
25	B	F	B	B	B	B		Sí			B		B	7 10°
43	B	M	B			B			No	B	B	No	B	7 9°
51	L	F	B					Sí	No			No	B	5
63	L	F	B			B		Sí			B	No	B	6
82	L		B			B				B	B	No	B	6
11	B	F	B		B	B	B	Sí	No		B	No	B	9 5°
15	B	F	B		B	B	B		No	B	B	No	B	9 4°
28	B	F	B		B	B	B	Sí	No		B		B	8 7°
31	B	F	B		B		B	Sí	No		B		B	7 8°
38	B	F	B		B	B	B		No	B	B		B	8 6°
40	B	M	B	B	B	B	B	Sí	No	B	B	No	B	11 1°
49	L	F	B	B	B		B	Sí	No	B	B	No	B	10 2°
76	L	M	B		B	B	B	Sí	No		B	No	B	9 3°

Los casos destacados en **amarillo** cubren desde siete hasta once atributos de un total de 11, definidos *a priori* como característicos del estudiante con menor potencial para superar la transición PC-CI, tomando como base los Sucesos propios de la Enseñanza Clínica.

POSIBLES PATRONES

Grupo	Categoría	Casos										Observaciones
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	
<i>Altos</i>	Rendimiento	22	1	21	77	30	4					Coinciden seis estudiantes; 3 hombres y tres mujeres; 5 de Bellvitge y 1 de Lleida
	Sucesos	22	1	21	77	44	4	19	9	30		
<i>Bajos</i>	Rendimiento	40	49	12	17	25	33					Coinciden tres estudiantes; 1 hombre y dos mujeres; 2 de Bellvitge y 1 de Lleida.
	Sucesos	40	49	76	15	11	38	28	31	43	25	

El 40 no cuenta con apoyos para estudiar Medicina, por lo que trabaja un semestre y estudia otro, y así va avanzando.
La 49 tiene un empleo estable, que no le permite dedicar tiempo completo a la carrera.

Análisis de homogeneidad

Créditos

HOMALS
Version 1.0
by
Data Theory Scaling System Group (DTSS)
Faculty of Social and Behavioral Sciences
Leiden University, The Netherlands

Resumen del procesamiento de los casos

Casos usados en el análisis	43
-----------------------------	----

Frecuencias marginales

VISIONTRB

	Frecuencia marginal
+Vis	19
- Vis	24
Perdidos	0

FACTESP

	Frecuencia marginal
+ Inflnc	12
- Influnc	13
Perdidos	18

PRESELECC

	Frecuencia marginal
Sí	24
No	19
Perdidos	0

METAS

	Frecuencia marginal
Sí	41
No	2
Perdidos	0

SUCCESS3

	Frecuencia marginal
+ Positiv	13
- Positiv	15
Perdidos	15

FAMIMED

	Frecuencia marginal
Sí	12
No	31
Perdidos	0

PERSON3

	Frecuencia marginal
Alta	15
Baja	14
Perdidos	14

ELEMPROF3

	Frecuencia marginal
Alta	16
Baja	17
Perdidos	10

COACIMP3

	Frecuencia marginal
Más	16
Menos	15
Perdidos	12

COACDE3

	Frecuencia marginal
Alto	15
Bajo	15
Perdidos	13

COPRIM3

	Frecuencia marginal
Más	13
Menos	15
Perdidos	15

COPRD3

	Frecuencia marginal
Alto	14
Bajo	14
Perdidos	15

APOAPRf3

	Frecuencia marginal
Alto	17
Bajo	16
Perdidos	10

METDOCf3

	Frecuencia marginal
Alto	20
Bajo	13
Perdidos	10

OBJIMP3

	Frecuencia marginal
Más	18
Menos	16
Perdidos	9

LOGROBJ3

	Frecuencia marginal
Alto	13
Bajo	18
Perdidos	12

ASIGIMP3

	Frecuencia marginal
Más	17
Menos	14
Perdidos	12

SUSPASIG

	Frecuencia marginal
No	15
Sí	28
Perdidos	0

RENTOCr3

	Frecuencia marginal
Mayor	14
Menor	13
Perdidos	16

Historial de iteraciones

Iteración	Ajuste	Diferencia desde la iteración anterior
16 ^a	.401356	.000010

a. La iteración ha finalizado ya que se han cumplido los criterios de convergencia.

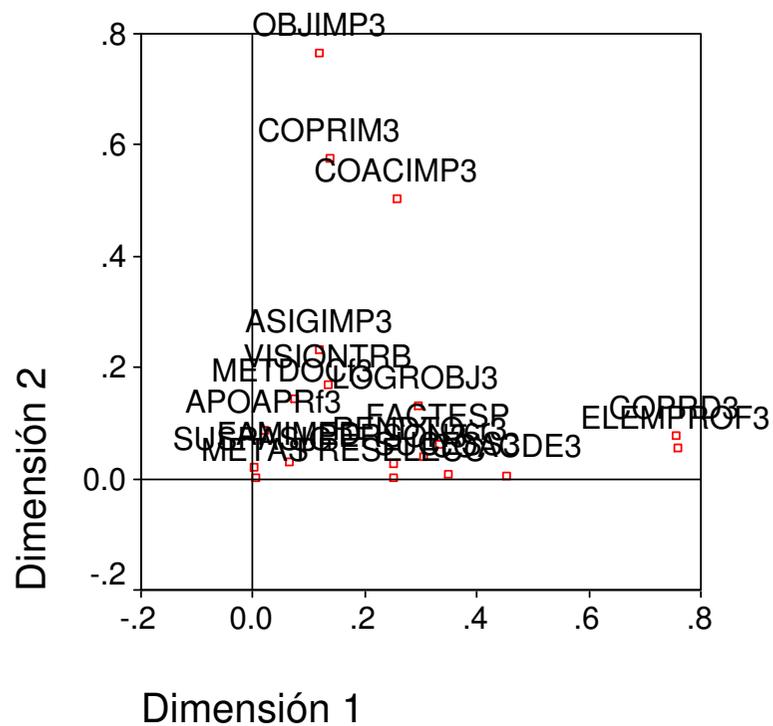
Autovalores

Dimensión	Autovalores
1	.247
2	.155

Medidas de discriminación

	Dimensión	
	1	2
VISIONTRB	.134	.169
FACTESP	.333	.062
PRESELECC	.252	.000
METAS	.006	.001
SUCCESS3	.350	.009
FAMIMED	.065	.030
PERSON3	.251	.027
ELEMPROF3	.759	.057
COACIMP3	.256	.503
COACDE3	.453	.006
COPRIM3	.138	.577
COPRD3	.756	.078
APOAPRf3	.019	.086
METDOCf3	.075	.143
OBJIMP3	.119	.765
LOGROBJ3	.295	.132
ASIGIMP3	.118	.233
SUSPASIG	.002	.021
RENDTOcr3	.303	.040

Medidas discriminantes



Cuantificaciones

VISIONTRB

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
+Vis	19	.438	-.459
- Vis	24	-.298	.369
Perdidos	0		

FACTESP

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
+ Inflnc	12	.932	-.289
- Influnc	13	-.549	.359
Perdidos	18		

PRESELECC

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Sí	24	.473	-.012
No	19	-.536	.023
Perdidos	0		

METAS

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Sí	41	.044	-.005
No	2	-.313	.172
Perdidos	0		

SUCCESS3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
+ Positiv	13	.769	.112
- Positiv	15	-.701	-.126
Perdidos	15		

FAMIMED

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Sí	12	.434	.282
No	31	-.130	-.105
Perdidos	0		

PERSON3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alta	15	.525	-.271
Baja	14	-.690	.067
Perdidos	14		

ELEMPROF3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alta	16	1.060	.050
Baja	17	-.930	.377
Perdidos	10		

COACIMP3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Más	16	.628	.867
Menos	15	-.561	-.800
Perdidos	12		

COACDE3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alto	15	.791	-.053
Bajo	15	-.821	.121
Perdidos	13		

COPRIM3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Más	13	.141	1.040
Menos	15	-.615	-.846
Perdidos	15		

COPRD3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alto	14	.960	-.487
Bajo	14	-1.183	.060
Perdidos	15		

APOAPR13

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alto	17	.220	-.110
Bajo	16	-.030	-.467
Perdidos	10		

METDOCI3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alto	20	.246	-.452
Bajo	13	-.395	.397
Perdidos	10		

OBJIMP3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Más	18	.260	.987
Menos	16	-.494	-.980
Perdidos	9		

LOGROBJ3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Alto	13	.813	-.393
Bajo	18	-.477	.451
Perdidos	12		

SUSPASIG

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
No	15	.065	-.194
Sí	28	.007	.109
Perdidos	0		

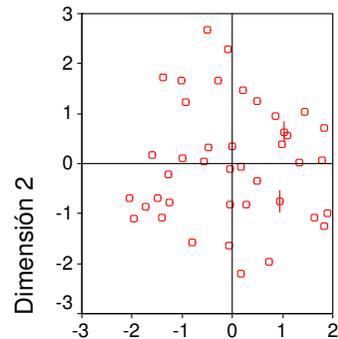
RENDTOcr3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Mayor	14	.742	-.296
Menor	13	-.641	.190
Perdidos	16		

ASIGIMP3

	Frecuencia marginal	Cuantificaciones de categorías	
		Dimensión	
		1	2
Más	17	.251	.690
Menos	14	-.536	-.371
Perdidos	12		

Puntuaciones de objetos



Dimensión 1

Casos ponderados por número de objetos

