

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE SABERES:  
SABER, HACER, SER Y DECIDIR EN LA RELACIÓN  
MÉDICO-PACIENTE DENTRO LAS ACTIVIDADES  
ASISTENCIALES QUE CUMPLEN LOS ALUMNOS  
DEL INTERNADO ROTATORIO DE LA FACULTAD  
DE MEDICINA, UMSA - GESTIÓN 2019.**

**POSTULANTE: Dr. Alejandro Loza Flores**

**TUTOR: Lic. M.Sc. Dennis Torrez Castro**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de  
Especialista en Psicopedagogía, Planificación,  
Evaluación, Gestión de la Educación Superior en Salud  
(PPEGESS)**

La Paz - Bolivia  
2020

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me ha tocado vivir habiéndome enseñado a valorar cada etapa vivida.

A mi querida familia, mis padres (+), hermanos y sobrinos, muy especialmente al amor de mi vida, mi esposa Nancy y mis hijos Christian y Kevin por todo su apoyo incondicional. Así mismo a Carla Alejandra y mi nieta Galadriel Alejandra por completar la felicidad de esta familia, permitiéndome tener nuevos motivos de seguir superándome.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero manifestar mi profundo agradecimiento a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica; a su Director, Dr. Iván W. Larico Laura; a todos y cada uno de los(as) Sres. (as). Docentes de la ESPECIALIDAD PPEGESS EN EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD, en especial a mi Tutor de este Trabajo de Grado, LIC.: M Sc. Dennis Torrez Castro por sus enseñanzas y ayudarme a comprender la verdadera labor y misión del Docente con formación en Educación Superior en Salud.

Igualmente quiero agradecer a todas aquellas Instituciones, Profesionales Nacionales e Internacionales que desinteresadamente aportan al conocimiento de la Docencia en Educación superior en Salud, deseando mejores días y el verdadero compromiso de la sociedad con la Universidad, para el desarrollo de los nuevos profesionales.

También debo agradecer a mis Colegas y Compañeros(as) de curso por su amistad y compartir conmigo los francos deseos de mejorar cada día más.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES .....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	12
4.1 ENFOQUES PEDAGÓGICOS.....	12
4.1.1 COMPETENCIAS.....	17
4.1.1.1 SABERES.....	19
4.1.1.1.1 SABER SABER, SABER HACER, SABER SER Y SABER DECIDIR .....	26
La dimensión del SER .....	27
La dimensión del HACER.....	28
La dimensión del DECIDIR .....	29
La dimensión del SABER.....	30
4.1.1.1.1.1 Relación Médico-Paciente.....	32
4.2 SALUD .....	34
4.2.1 DEFINICIÓN Y CAMPO DE LA MEDICINA.....	34
4.2.1.1 PRÁCTICA MÉDICA .....	35
4.2.1.1.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	35
4.3 U.M.S.A.....	37
4.3.1 FACULTAD DE MEDICINA.....	38
4.3.1.1 MODALIDADES DE EGRESO .....	39
4.3.1.2 INTERNADO ROTATORIO.....	40
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	45
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	46
OBJETIVOS.....	46
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	47
7.1 TIPO DE ESTUDIO .....	47
7.1.1 Enfoque.....	47

7.1.2	Métodos de investigación .....	48
7.1.3	Técnica.....	48
7.1.4	Instrumentos.....	48
7.1.5	Tipo de estudio.....	48
7.2	CONTEXTO O LUGAR.....	49
7.3	UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	49
7.4	UNIVERSO Y MUESTRA.....	49
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	49
7.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
7.6.1	VARIABLES DEPENDIENTES .....	50
7.6.2	VARIABLES INDEPENDIENTES .....	50
7.6.3	RANGOS Y PORCENTAJES.....	50
8.	RESULTADOS.....	52
9.	CONCLUSIONES.....	70
10.	RECOMENDACIONES.....	71
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
12.	ANEXOS .....	75

## **RESUMEN**

La formación y el desarrollo del capital humano es una de las prioridades de la Facultad de Medicina. Reflexionar sobre la formación de profesionales de la salud basada en las competencias necesarias para desempeñarse de forma exitosa en los futuros escenarios laborales, donde sea capaz de demostrar en la práctica la integración asistencial-docente-investigativa, es el objetivo de este trabajo para el cual se utilizaron métodos teóricos y empíricos. Se destacan diferentes enfoques para el análisis histórico lógico de las competencias, así como las bases para el desarrollo de las competencias profesionales en el ámbito de la salud. Se proponen y describen los procesos para la construcción de competencias, así como las fuentes de evidencia que dicho proceso requiere. La evaluación del desempeño de los Internos de Medicina a través de la demostración de actitudes, aptitudes y valores en los contextos formativos, así como los procedimientos y fuentes de evidencia para dicha evaluación, son analizados detalladamente.

Se presenta una revisión de los distintos aspectos de las relaciones interpersonales con las particularidades específicas que tienen lugar entre el médico, el paciente y familiar y los cambios que ha experimentado esta relación a través del tiempo. Se definen sus características y clasificación en activa-pasiva, cooperativa guiada y de participación mutua. Se detallan las diferentes etapas y la importancia de cada una de ellas, así como las deficiencias más frecuentes.

El desarrollo de la construcción de competencias tiene que servir para saber si el estudiante está adquiriendo las competencias y habilidades previstas, por lo que es urgente implementar una evaluación integral.

## **PALABRAS CLAVES**

*Educación, Educación superior, Internado Rotatorio, Competencias, Relación médico-paciente.*

## ABSTRACT

The formation and development of human capital is one of the priorities of the Faculty of Medicine of the Universidad Mayor de San Andrés. The objective of this work is to reflect on the training of health professionals based on the competencies necessary to perform successfully in future work scenarios, where it is able to demonstrate in practice the assistance-teaching-research integration for which it is used theoretical and empirical methods. Different approaches to the logical and historical analysis of competencies are highlighted, as well as the basis for the development of professional competences in the health field. The processes for the operationalization of competence building are proposed and described, as well as the sources of evidence that such process requires. The evaluation of performance of the medical interns through the demonstration of attitudes, aptitudes and values in the formative contexts, as well as the procedures and sources of evidence for such evaluation, are analyzed in detail.

A review of the different aspects of interpersonal relationships with the specific particularities that take place between the doctor, the patient and family and the changes that this relationship has experienced over time is also presented. Its characteristics and classification are defined as active-passive, guided cooperative and mutual participation. The different stages and the importance of each of them are detailed, as well as the most frequent deficiencies.

The development of the construction of competencies has to be used to know if the student is acquiring the expected competences and skills and this requires a more continuous, so it is urgent to implement a comprehensive evaluation.

## KEYWORDS

*Education, Higher Education, Rotary Internship, Competencies, Doctor-patient relationship.*

## ACRÓNIMOS

UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura
PTAANG	Programa de Titulación de Alumnos Antiguos No Graduados
CRUs	Centros Regionales Universitarios
SULs	Sedes Universitarias Locales

## 1. INTRODUCCIÓN

La educación debe direccionar la enseñanza, no se trata solo de darle a los estudiantes contenidos utilizando las nuevas tecnologías, se trata más bien de utilizar la tecnología como un medio para desarrollar competencias, habilidades y destrezas que le permitan a los estudiantes apropiarse del conocimiento que les es impartido y aplicarlo a la realidad, es decir, “saber, hacer, ser y decidir”. (1)

Cuando se hace referencia al saber hacer, es necesario retomar el concepto de competencia, el cual se define como la capacidad, habilidad y destreza que desarrolla una persona en cuanto a cómo aplicar en el contexto los conocimientos adquiridos, permitiéndole de esta manera resolver situaciones diversas, en otros términos, hablar de competencias en la educación no es más que saber hacer en contexto. (2)

Desde esta perspectiva es necesario tener en cuenta que, para lograr el desarrollo de competencias en el proceso de formación médica, se deben retomar los conceptos básicos: el saber, el hacer, el ser y el decidir. (3)

El desarrollo de competencias, está relacionado con aplicar los elementos conceptuales, procedimentales, actitudinales y de decisión para dar respuesta a las situaciones problema que se le presenten, tanto en la vida académica, como en su vida profesional. (4)

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. Esta relación ha existido desde los albores de la historia

y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos, la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales. (5)

La relación médico-paciente considerada como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. (6)

Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano. (7)

## 2. ANTECEDENTES

Cuando se trata de identificar la relación que existe entre el “Saber Saber”, “Saber Hacer”, el “Saber Ser” y el “Saber Decidir” debemos tener en cuenta que previamente debe primar desarrollar el “Saber Saber”, que a lo largo de los primeros cinco o más años alcanzó cada estudiante de Medicina enriqueciendo su conocimiento con la renovación constante hacia una formación que haga óptima la atención primaria de salud.

Se presentan diversos interrogantes en cuanto a las razones que hace que se conecten estos saberes, y es que la dinámica de la Medicina trata de responder fundamentalmente a la demanda de los pacientes, al desarrollo del conocimiento médico y a los avances de la tecnología; y hacer que la atención médica cada vez sea más humanizada. (8)

Saber saber, Saber hacer, saber ser y saber decidir es la ecuación que en los nuevos tiempos traza y define el camino que nuestros estudiantes deberán irremediablemente recorrer si desean convertirse en profesionales actualizados, competentes y responsables. Al descomponer esta ecuación, la palabra “saber” hace referencia al conocimiento científico impartido, siendo este la base de la formación profesional; hacer se entiende como la capacidad, habilidad y destreza que desarrolla una persona en cuanto a cómo aplicar en el contexto los conocimientos; saber ser” hace referencia a las condiciones humanas que son intrínsecas a la persona y que deberían ser fundamentales, pues se refiere a aptitudes y comportamientos en función de las reglas de la ética y de la humanidad, también se refiere al sentido de responsabilidad.; finalmente el decidir es la capacidad de tomar decisiones a partir de la lectura de la realidad y con pertinencia en tiempo y espacio. Esta ecuación se conoce pedagógicamente bajo el nombre de aprendizaje por desarrollo de

competencias y es el camino o la tendencia que se impone cuando se desea formar profesionales bajo los parámetros del mundo de hoy. (9)

Las políticas de salud actuales deben tener una lógica y una realidad propia en la cual se desarrolla cada uno de los Saberes en los recursos humanos de forma más inmediata. La misión de la Universidad debe ser formar médicos que no sólo se distingan por sus competencias y conocimientos, sino también por su calidad humana y ética social, esperando que lo aprendido se manifieste en su labor.

Es importante establecer que, en la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral. Por ello, debemos reflexionar que el enfermar conduce a sufrir. En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia. Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. (10)

En 1993 la UNESCO constituyó una comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI, constituida por un equipo de especialistas encabezado por Jacques Delours, que determinó, la necesidad de formar cuatro habilidades básicas las cuales definió como pilares de la educación (11):

Aprender a conocer: dada la rapidez de los cambios provocados por el progreso científico y por las nuevas formas de actividad económica y social, es menester promover no sólo el acceso a la información, sino la curiosidad, la satisfacción y el deseo de conocer permanentemente. (12)

Aprender a hacer: más allá del aprendizaje de un oficio o profesión conviene adquirir competencias que permitan hacer frente a nuevas situaciones y que faciliten el trabajo en equipo, dimensión que tiende a descuidarse en los actuales métodos de enseñanza. (13)

Aprender a ser: el progreso de las sociedades depende de la creatividad y de la capacidad de innovación de cada individuo. (14)

Aprender a vivir juntos: desarrollar el conocimiento de los demás, de su historia, de sus tradiciones y su espiritualidad, en sociedades cada vez más multiculturales y competitivas. (15)

La competencia para la vida abarca todas las esferas de la existencia humana y no se reducen a las competencias laborales. Al mismo tiempo, el concepto articulador de estos grandes aprendizajes para la vida contemporánea sería el de la nueva ciudadanía del siglo XXI, como utopía donde se recoge el modelo universal de un nuevo tipo de hombre y de mujer que la sociedad planetaria debe formar para asegurar la supervivencia de la civilización y de la vida misma sobre la tierra. (16)

En Bolivia, dependiendo de qué Universidad y sus carreras se traten, se ofrecen distintas modalidades de titulación a los estudiantes que buscan graduarse como licenciados. (17)

Estas modalidades son: Tesis, Proyecto de Grado, Excelencia Académica, Rendimiento académico, Examen de Grado, Internado Rotatorio, Adscripción, Trabajo Dirigido y PTAANG, este último es el Programa de Titulación de Alumnos Antiguos No Graduados, consiste en presentar un informe del trabajo realizado en la fuente de empleo del estudiante. Luego una comisión evalúa si el estudiante es habilitado o no al programa. (18)

Actualmente, en las facultades de Medicina en Bolivia, como modalidad de egreso, se realiza el Internado Rotatorio guiado por objetivos, siendo importante cambiar a la formación por competencias.

En la Universidad Mayor de San Andrés el Internado Rotatorio, forma parte del Plan de Estudios de las cuatro Carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés: Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, además de sus programas Terapia Ocupacional y Fonoaudiología y constituye en una modalidad de graduación, misma que quiere lograr la optimización de la práctica médica general, desarrollando habilidades y destrezas psicomotrices dentro un marco académico, supervisado por profesionales docentes titulares y docentes asistenciales con un enfoque integral, biopsicosocial y actualizado, incentivando la investigación e interacción social. Además, se quiere lograr tener un profesional con actitudes de liderazgo, que sea capaz de dar soluciones integrales a los problemas de salud de la población, a través de procesos de promoción, prevención y rehabilitación con calidad, calidez y ética profesional. (19)

Los alumnos del Internado Rotatorio, se encuentran bajo coordinación y supervisión del Comité del Internado Rotatorio a través del Vocal Docente Responsable de cada rotación y los Jefes de Enseñanza y/o Docentes responsables de los hospitales reconocidos como centros de enseñanza. (20)

### 3. JUSTIFICACIÓN

Para enfrentar los retos y los problemas que presenta el contexto, es necesario que el aprendizaje y la enseñanza logren sentido, tanto para el que aprende como para el que enseña, siendo esto un reflejo de la calidad del modelo educativo implementado. (21)

En este contexto, es evidente que el modelo educativo no puede repetir ninguno de los que anteriormente existieron, debe ser remodelado y aunque surja en condición de emergente, deberá ser capaz de permitirnos sobrevivir y desarrollarnos. (22)

La Facultad de Medicina en la actualidad busca integrar los conocimientos adquiridos en los años precedentes, desarrollar habilidades y destrezas para su aplicación y desempeño en el ejercicio profesional. (23)

La formación en este periodo debe tener énfasis en desarrollar la Relación Médico-Paciente, profundizar la Medicina Social, a través de la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Desarrollar habilidades y destrezas para la identificación y solución de problemas de salud con un enfoque integral. (24)

Facilitar el aprendizaje de la medicina con aplicación del "Método Científico Clínico" Comprende: problema, Indagación, hipótesis, Corroboración y Solución. Aplicados en la elaboración de: Nota de Ingreso, Historia Clínica, Evolución, Protocolo y Epicrisis.

Promover y estimular la investigación operativa de problemas dominantes de salud del País, con un enfoque clínico epidemiológico.

Fortalecer la formación Administrativa-Gerencial y de liderazgo que permita planificar, organizar y ejecutar acciones de salud, para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad. (25)

Sin embargo, actualmente es importante incentivar el desarrollo y aplicación de los valores humanísticos, éticos, morales, deontológico y toma de decisiones aplicando la bioética, para lo cual se debe desarrollar estrategias para ejecutar procesos de enseñanza-aprendizaje, orientados a la educación en salud, proyectados hacia la Comunidad, por lo mismo se puede aplicar los saberes, “Los estudiantes están viviendo permanentemente una Acción Educativa, que se relaciona con los Saberes. (26) Esos Saberes son:

Saber Saber: Es la parte cognitiva, encargada de los conocimientos que el alumno adquiere en toda su formación. (27)

Saber Hacer: Es la parte de la aplicación, encargada de la práctica que el alumno realiza una vez tenga lo cognitivo (Saber). (28)

Saber Ser: Es la parte de las emociones, encargada del desarrollo humano que el alumno adquiere durante su formación. (29)

Saber decidir. En esta dimensión se desarrolla la capacidad de tomar decisiones a partir de la lectura de la realidad y con pertinencia en tiempo y espacio. (30)

El presente trabajo muestra la necesidad que tienen los estudiantes del internado de integrar los conocimientos adquiridos en los años precedentes y desarrollar competencias para su aplicación y desempeño en el ejercicio de su profesión además de mostrar manejo adecuado de la relación médico – paciente.

Los alumnos del Internado Rotatorio, se encuentran bajo coordinación y supervisión del Comité del Internado Rotatorio a través del Vocal Docente Responsable de cada rotación y los Jefes de Enseñanza y/o Docentes responsables de los hospitales reconocidos como centros de enseñanza.

El internado de pregrado resulta una práctica indispensable para que los alumnos apliquen, integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos, a través de su evolución histórica, ha permitido el despliegue de las competencias básicas para ejercer la práctica clínica y en los últimos años se ha prestado atención al reconocimiento de los problemas en el medio en que se desenvuelve el hombre.

Las propiedades básicas de las competencias están centradas en el desempeño, es decir, incorporar condiciones bajo las cuales ese desempeño es relevante. Se ha dicho que lo importante de los conocimientos no radica en poseerlos, sino en hacer uso de ellos, es decir, incorporar en el estudiante de internado suele ser el, momento crucial en que el estudiante de medicina desempeña las competencias clínicas bajo la supervisión de profesores y de un equipo de salud, y a su vez se somete a la evaluación de sus competencias, tanto por estos como por los pacientes. Para alcanzar la suficiencia es necesario que las competencias del entorno integren la dimensión clínica, epidemiológica y social, a fin de conseguir un egresado del internado apto para la medicina integral que hoy se requiere. En cada una de estas dimensiones el enfoque será integral, aplicando las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, según sea el problema de salud y las circunstancias del entorno.

(31)

Por lo tanto, las competencias abarcan los conocimientos, habilidades y sistema de valores esenciales adquiridos en correspondencia con los

objetivos educacionales propuestos, de lo que se deducen 8 competencias susceptibles de ser evaluadas y que deben ser practicadas por los internos, comunicación, capacidad de análisis, capacidad de resolver problemas esenciales, poder de decisión conforme a valoraciones, capacidad de interactuar socialmente, tener perspectivas globales o integrales, ejercer una ciudadanía efectiva y tener una respuesta ética y estética. (32)

Hay varias clasificaciones de las competencias esenciales en salud, por ejemplo, la Organización Panamericana de Salud (OPS) las define en: Competencias básicas. Capacidad de expresarse adecuadamente en forma escrita y verbal, y dominio del campo básico de la profesión que se trate. (33)

Competencias específicas o especializadas. Son aquellas relativas al campo disciplinario, de formación y de experiencia del participante. (34)

Competencias esenciales. Son un grupo de competencias genéricas asociadas al programa de formación, las de liderazgo, las de consultoría y las de cooperación. (35)

Las competencias clínicas deben abarcar las habilidades esenciales adquiridas en correspondencia con los objetivos educacionales propuestos. Según Salas Perea y Moreno coinciden en que son competencias clínicas: la recolección de la información, como es la entrevista médica, el examen físico y el empleo de instrumentos complementarios; el registro de la información, como la confección de historias clínicas, la integración sindrómica y la identificación de problemas diagnósticos; la conducta a seguir como el plan terapéutico, la comunicación, el empleo de recursos, la evolución del tratamiento y la

responsabilidad. Cada una de estas competencias debe ser exploradas en el internado de pregrado de Medicina y en la medida en que el egresado las practique estará en relación estrecha con la calidad de la atención médica que brindará una vez que se inserte en la comunidad. La necesidad de realizar un internado en el que el estudiante esté apto para enfrentar las necesidades de salud del pueblo, demanda de la actualización continua del currículo universitario y del análisis continuo de sus competencias clínicas en consonancia con la realidad de la medicina comunitaria que es el escenario natural donde ejercerán los internos una vez egresados. (36)

Será importante desarrollar las competencias que le ayudarán a demostrar sus habilidades y destrezas para la identificación y solución de problemas de salud con un enfoque integral. (37)

## 4. MARCO TEÒRICO

Es importante que se tenga en cuenta los criterios conceptuales que sustentan la formación de conocimientos en todos los estudiantes de medicina, desde un inicio hasta lo que ahora queremos alcanzar.

### 4.1 ENFOQUES PEDAGÓGICOS

Skinner, principal representante del conductismo, en una preocupación por crear una aplicación práctica de la psicología busca a explicar el comportamiento humano como respuesta a estímulos, para lo cual, la mente, también llamada caja negra asumió el modelo de entidad pasiva, vale decir, asumió la posición de la mente humana como una tabla rasa, una mente originalmente vacía que era un intermediario pasivo entre el input de información y el output de conducta todo visto como relaciones funcionales entre estímulo y respuesta, esto es esencialmente el enfoque asociacionista, el organismo es un depositario pasivo de sensaciones que le vienen desde fuera, entonces la percepción es dependiente del estímulo y la memoria es un almacén de información, la conducta se entiende como el conjunto de respuestas dadas por un organismo frente a determinados estímulos del medio y por ende la psicología inicia como una ciencia natural cuyo objeto es describir, predecir y controlar la conducta, el conductismo trata de abordar todos los fenómenos psicológicos en términos de estímulo-respuesta y los comportamientos son analizados como una cadena de respuestas fisiológicas simples que pueden ser observadas y medidas. (38)

Posteriormente, Albert Bandura en un intento por incursionar en el campo psicológico desde algunas apreciaciones contextuales del individuo, aplica el enfoque cognitivista en el conductismo, a través de

lo que él denomina aprendizaje social, es decir, propone una situación en donde participan al menos dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada, y el sujeto, que realiza la observación de dicha conducta, cuya observación determina el aprendizaje. (39)

Bandura, parte del supuesto de que existen unas representaciones mentales que le permiten al individuo ejecutar esas conductas a su vez que las representaciones son lo simbólico entendido como las formaciones de imágenes y retención de palabras mentales que le permiten imaginar y representarse el aprendizaje que le provee el modelo para luego aplicarlo. (40)

Dichas representaciones permiten comprender la imitación, en particular en la fase de la adquisición de la conducta. Bandura defenderá la existencia de dos fases, divididas cada una de ellas en dos subfases, para explicar este tipo de aprendizaje: la fase de adquisición de la conducta con las subfases de atención y retención, y la fase de la ejecución de la conducta con las subfases de la reproducción motora y de la motivación y refuerzo, todo ello posibilitado gracias a la presencia de capacidades cognitivas básicas en el individuo como la representación de imágenes, el aprendizaje vicario, la autorregulación y la autorreflexión. (41)

De manera tal que el estado mental representacional, se refiere a una imagen mental de un hecho, es decir, una copia de la realidad fáctica, por lo cual se circunscribe a la cosa que acontece en el mundo y el lenguaje en enunciados que se reproducen lo social a su vez que considerado como un campo homogéneo en donde simplemente se observa unos modelos, el avance que tiene Bandura con respecto de Skinner es la afirmación de estados mentales que son representaciones

o copias que se producen en el individuo a partir de experiencias vividas, por lo demás, Bandura utiliza la teoría del conductismo operante para señalar que la potencia del individuo es lo que aprende por la vía del modelado y el conductismo operante es el refuerzo. (42)

La llamada Revolución Cognitiva al hacer de puente conceptual entre el asociacionismo y el cognitivismo, implica un paso desde la primacía de la conducta a una que da más importancia a los significados semánticos del paciente, pero en ambos casos el conocimiento humano es visto como externamente referido, las características que diferencian los modelos cognoscitivos de los anteriores enfoques objetivistas es que la construcción de una realidad personal es interdependiente con el mundo externo a la vez que subordinada a la intención de un sentido de continuidad experiencia, con estos aspectos la noción de conocimiento es autorreferencial y el conocer no se iguala a corresponder a una verdad objetiva por consiguiente, supone que el conocimiento es activo, pro activo y auto-organizado. (43)

El cognitivismo, cubre un espectro amplio de teorías que se fundamentan en que el conocimiento existe en la mente como representación interna de una realidad externa, por consiguiente, el objetivo de estudio es la actividad humana de un sujeto activo que busca, elige, elabora, interpreta, transforma, almacena y reproduce la información proveniente del medio ambiente y esta actividad de procesamiento le permitirá generar una información adicional a la que proviene del estímulo, sobre esta base, Piaget divide el desarrollo del niño en cuatro estadios, en cada uno de los cuales se produce un tipo distintivo de inteligencia. Atribuye estas diferentes clases de inteligencia, o formas de conocimiento del mundo, a cambios de estructura lógica de la mente del niño, lo cual sugiere que las personas

son dispositivos de procesamiento de la información, similares a ordenadores, es así como se explica la denominación de Epistemología a la construcción teórica de Piaget, en el sentido de que enfatiza el propósito principal: comprender como el hombre alcanza un conocimiento objetivo de la realidad, a partir de las estructuras más elementales presentes desde su infancia. "la inteligencia no aparece en modo alguno como un mecanismo completamente montado, y radicalmente distinto de los que le ha precedido. Presenta, por el contrario, una notable continuidad con los procesos adquiridos o incluso innatos que surgen de la sesión habitual y el reflejo procesos sobre los que se apoya, al tiempo que los utiliza. (44)

En la teoría Piagetiana, el sujeto se estructura en el conjunto de respuestas que tienen lugar luego de que el sujeto de conocimiento ha adquirido ciertos elementos del exterior. Así pues, la inteligencia se construye en la cabeza del sujeto, mediante una actividad de las estructuras que se alimentan de los esquemas de acción, o sea, de regulaciones y coordinaciones de las actividades del niño. La estructura no es más que una integración equilibrada de esquemas. La relación causal entre las modificaciones de conducta externa y estructura interna se produce a partir de las acciones externas con objetos que ejecuta el niño, las cuales, mediante un proceso de interiorización, se transforman paulatinamente en estructuras intelectuales. El proceso de interiorización de estas estructuras, Piaget lo explica a través de la elaboración de una teoría del desarrollo y de sus estadios correspondientes. Así, para que el niño pase de un estado a otro de mayor nivel en el desarrollo, tiene que emplear los esquemas que ya posee y el equilibrio se logra en la unidad de organización del sujeto cognoscente. (45)

No obstante, la teoría de los estadios en Piaget es criticada por Vigotsky por cuanto el estudio del desarrollo intelectual del niño está limitado por los métodos de corte, donde el desarrollo intelectual transcurre espontáneamente y la enseñanza solo se puede dar, dependiendo del nivel de desarrollo alcanzado; en Vigotsky se le da una gran importancia a la enseñanza como elemento que favorece el desarrollo de acuerdo a unas condiciones histórico-sociales concretas, colocar el origen del cambio cognitivo en el mundo social no supone que el niño adquiera simplemente una copia del saber cultural mediante un proceso de transmisión directa, sino que los orígenes del conocimiento se sitúan en las interacciones sociales en las que participa el niño. "el análisis está interesado en tres cuestiones fundamentales:1) ¿Cuál la relación entre los seres humanos y su entorno físico y social? 2) ¿cuáles fueron las nuevas formas de actividad responsable del establecimiento del trabajo como medio fundamental para relacionar a los seres humanos con la naturaleza y cuáles son las consecuencias psicológicas de dichas formas de actividad? 3) ¿cuáles la naturaleza de la relación entre el uso de las herramientas y el desarrollo del lenguaje ninguno de estos interrogantes ha sido tratado en profundidad por los estudiosos interesados en la comprensión de la psicología animal y humano (...) el hecho es que la maduración per se es un factor secundario en el desarrollo de las formas más complejas singulares de la conducta humana". (46)

Vigotsky recuerda que esto expresa una regularidad de los procesos de desarrollo, por lo que la limitación de la exploración psicométrica se verá también en la inadecuada predicción que hará del curso posible y próximo del desarrollo subjetivo, toda vez que ignora los efectos del funcionamiento ínter subjetivo en su impulso y dirección, por consiguiente, la transferencia de habilidades o de posibilidades de

desempeño autónomo, se transfiere de una díada en funcionamiento al desempeño individual del novato, destacando el aspecto ínter subjetivo del funcionamiento interior de una práctica andamiada con su propia legalidad, toda vez que constituyó su insistencia en el notable influjo de las actividades con significado social en la conciencia, Vigotsky otorgaba el valor de herramientas psicológicas por analogía con las herramientas físicas a los sistemas de signos, particularmente el lenguaje, mientras las herramientas físicas se orientan esencialmente a la acción sobre el mundo externo, colaborando en la transformación de la naturaleza o el mundo físico, los instrumentos semióticos parecen estar principalmente orientados hacia el mundo social, hacia los otros. (47)

Es la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente el problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. (48)

#### 4.1.1 COMPETENCIAS

Es importante que actualmente se trabaje desarrollando competencias, para lo mismo hay varias clasificaciones de las competencias esenciales en salud, por ejemplo, la Organización Panamericana de Salud (OPS) (49), las define en:

Competencias básicas. Capacidad de expresarse adecuadamente en forma escrita y verbal, y dominio del campo básico de la profesión que se trate. (50)

Competencias específicas o especializadas. Son aquellas relativas al campo disciplinario, de formación y de experiencia del participante. (51)

Competencias esenciales. Son un grupo de competencias genéricas asociadas al programa de formación, las de liderazgo, las de consultoría y las de cooperación. (52)

Las competencias clínicas deben abarcar las habilidades esenciales adquiridas en correspondencia con los objetivos educacionales propuestos. Según Salas Perea y Moreno coinciden en que son competencias clínicas: la recolección de la información, como es la entrevista médica, el examen físico y el empleo de instrumentos complementarios; el registro de la información, como la confección de historias clínicas, la integración sindrómica y la identificación de problemas diagnósticos; la conducta a seguir como el plan terapéutico, la comunicación, el empleo de recursos, la evolución del tratamiento y la responsabilidad. Cada una de estas competencias debe ser explorada en el internado de pregrado de Medicina y en la medida en que el egresado las practique estará en relación estrecha con la calidad de la atención médica que brindará una vez que se inserte en la comunidad. La necesidad de realizar un internado en el que el estudiante esté apto para enfrentar las necesidades de salud del pueblo, demanda de la actualización continua del currículo universitario y del análisis continuo de sus competencias clínicas en consonancia con la realidad de la medicina comunitaria que es el escenario natural donde ejercerán los internos una vez egresados. (53)

#### 4.1.1.1 SABERES

En primer lugar, es necesario acordar que se entiende por saberes al conjunto de ciencias relacionadas al conocimiento.

Entre los saberes más conocidos, se relacionan muchos componentes que concluyen en estudiar a fondo un tema en particular y este tema o tópico del cual se ocupan en tratar es lo que la diferencia de otros saberes y mediante lo cual podemos dividirlos o clasificarlos.(54)

##### Tipos de saberes

Saberes filosóficos. - Ya que el concepto de saberes deriva de la filosofía, una de las clasificaciones en las que podemos encontrar el concepto de saber es, precisamente, en los saberes filosóficos. En ellos radica el interés por conocer la compleja realidad en la que vivimos y realiza sus procesos de conocimiento a través de respuestas, muchas respuestas, a una sola pregunta. De esa manera intenta llegar a la base de los fundamentos. Los temas a tratar por este tipo de saber son innumerables y, generalmente, concentra su atención a las causas de la realidad y a intentar su explicación. (55)

Saberes científicos. - Nos referimos a aquellos que critican a la realidad basándose en la investigación de la misma mediante el método científico, es decir a aquellos que intentan percibir y explicar desde lo más simple hasta

lo más complejo, atravesando las explicaciones acerca del porqué de las cosas y en lo que se transforman. (56)

El saber científico requiere de una gran dedicación, mucha profundidad y horas de estudio acerca del tema a indagar. Mediante el método científico, la persona encargada de realizar el conocimiento científico se plantea una hipótesis sobre la realidad e intenta conseguir una respuesta lógica para esta pregunta. A partir de esto, se pueden encontrar muchas respuestas o ninguna, teniéndose que volver a empezar o a refutar otras hipótesis para encontrar la verdad. El método científico requiere ser objetivo, centrado y muy cuidadoso. Para describirlo es necesario utilizar un lenguaje técnico y correcto. (57)

Los saberes científicos pueden clasificarse en empíricos, que son aquellos que están relacionados con la realidad, como las ciencias naturales, sociales, física y biología; así también como los formales, entre los cuales están la matemática y la lógica.

El conocimiento empírico está basado en la experiencia, y los procedimientos se realizan a prueba y error para lograr descartar qué es lo que existe y cuáles son las características que los hacen ser. El saber empírico consiste en todo lo que se sabe y todo lo que es repetido, sin la necesidad de tener un conocimiento científico anterior. (58)

Saberes ordinarios. - Los saberes ordinarios -o vulgares- están presentes en cada uno y en todos los seres humanos a la vez, y reciben el nombre de sentido común. Este tipo de saber se alcanza realizando un juicio hacia la realidad, que está impregnado necesariamente por la experiencia. El saber ordinario se hace presente sin intencionalidad y, por lo general, de manera espontánea. (59)

El saber ordinario es bastante subjetivo, ya que está, como dijimos anteriormente, impregnado por la experiencia, es decir, por emociones, hábitos y costumbres de cada persona en particular, a partir de saberes cotidianos. Un ejemplo de este tipo de saber sería aquel que se conoce a través de experiencias pasadas, como, por ejemplo: “Me duelen las articulaciones, va a cambiar el tiempo”. (60)

Saberes técnicos. - Están ligados de cierta manera a los saberes científicos, sólo que en lugar de ampliar los objetivos y conocer todo lo que puede ser conocido, los saberes técnicos se especializan en una actividad en particular e impulsa a aquellos especialistas a realizar nuevos descubrimientos e innumerables avances tecnológicos. (61)

Muchas veces se liga al saber científico, sobre todo por el método, ya que, sin el saber técnico, no le sería posible al saber científico refutar las hipótesis planteadas al

comienzo de las investigaciones. Dentro de los saberes técnicos encontramos la tecnología. (62)

Saberes artísticos. - Son aquellos en que se realiza una narración de la realidad más que explicarla con fundamentos. Por lo general, los saberes artísticos toman forma de cuento, película, poesía, novela, etcétera; y cada una de estas formas denotan la manera de ver la realidad sin explicarla, dejando al lector o espectador la posibilidad de observarla sin que se la expliquen, tiñéndola de apreciaciones personales y, por lo tanto, de su propia subjetividad. (63)

Saberes religiosos. - Tratan de explicar la realidad, sino más bien de basar sus saberes en materiales divinos, haciendo uso de la fe, para crear una realidad y explicar hechos. Los fenómenos se explican de manera indiscutible y así se clasifican las respuestas de los saberes religiosos. Dentro de las respuestas irracionales, encontramos aquellas respuestas que se basan en la Fe como respuesta válida única. (64)

Saberes previos. - La adquisición de información nueva depende en alto grado de las ideas pertinentes que ya existen en la estructura cognitiva y el aprendizaje significativo de los seres humanos ocurre a través de una interacción de la nueva información con las ideas pertinentes que ya existen en la estructura cognitiva. (65)

Se entiende por saberes previos a la información que sobre una realidad tiene una persona almacenada en la memoria. El concepto como tal empieza a emplearse a partir de la segunda mitad del siglo XX por la psicología cognitiva, interesada en el modo en que la mente humana procesa y almacena la información para realizar aprendizajes. Así, partiendo de la existencia de saberes previos, el psicólogo cognitivo D. Ausubel (1968) desarrolla la teoría del aprendizaje significativo. (66)

El origen de los saberes previos puede agruparse en tres categorías: a. Concepciones espontáneas: se construyen en el intento de dar explicación y significación a las actividades cotidianas. En el ámbito de las ciencias naturales, especialmente en el mundo físico, se aplican reglas de inferencia causal a los datos recogidos mediante procesos sensoriales y perceptivos. (67)

Concepciones transmitidas socialmente: se construyen por creencias compartidas en el ámbito familiar y/o cultural. Estas ideas son inducidas en los alumnos especialmente en lo que se refiere a hechos o fenómenos del campo de las ciencias sociales. c. Concepciones analógicas: a veces, por carecer de ideas específicas socialmente construidas o por construcción espontánea, se activan otras ideas por analogía que permiten dar significado a determinadas áreas del conocimiento. Las analogías se basan en conocimientos ya existentes. (68)

Los saberes previos y los nuevos conocimientos. - Para activar los saberes previos de los estudiantes que funcionarían como organizadores previos y serviría de puente cognitivo con la nueva información contenida en la exposición. Dicho de otro modo, estos saberes previos servirían de anclaje para las actividades posteriores. Por ejemplo: observar imágenes, clasificar fotografías de acuerdo con criterios propuestos por los alumnos, escribir una definición, dar ejemplos, responder preguntas, etcétera. Presentación del material de aprendizaje que puede adoptar diversos formatos: textos, explicaciones del docente, conferencias, etcétera. Lo importante es que los materiales se encuentren bien organizados y esta organización sea explícita. Por ejemplo: trabajar con el libro de texto, leer artículos de carácter científico, ver un video, etcétera. Consolidación mediante la relación explícita entre las ideas previas que han sido activadas y la organización conceptual de los materiales. Algunas actividades posibles pueden ser: comparar, ejemplificar, buscar analogías, relacionar, aplicar, etc., que pueden realizarse de manera individual, en pequeños grupos o en grupo total. (69)

Los saberes previos en los estudiantes. - Es indudable que, para el docente, es necesario conocer los saberes previos que han construido los estudiantes, sean éstos correctos o no, porque es a partir de ellos que se elaborarán los nuevos conceptos. Difícilmente puedan entender la expresión corrientes colonizadoras si no comprendieron antes el concepto de colonización. Desde

esta perspectiva, se plantea la necesidad de conocer qué saben, conocen o creen nuestros estudiantes acerca de conceptos que se vinculan con otros nuevos que serán objeto de enseñanza. Existen varias técnicas para indagar los saberes previos. (70)

Técnicas para recojo de saberes previos. - Responder cuestionarios abiertos, cerrados o de opción múltiple. Resolver situaciones problema que consistan en sucesos frente a los cuales los estudiantes deban realizar anticipaciones o predicciones. Por ejemplo: ¿Por qué pueden volar los aviones?, ¿por qué hay países pobres y países ricos? Diseñar mapas conceptuales. Confeccionar diagramas, dibujos, infografías. Realizar una lluvia de ideas. Trabajar en pequeños grupos de discusión. Preparar maquetas. Otros. (71)

Conclusiones. - Para enseñar conceptos es necesario partir de los saberes previos de los estudiantes diseñando situaciones en las que estos saberes se activen. Es preciso enfrentar a los estudiantes con sus propias ideas – explícitas o implícitas– para reflexionar sobre ellas y confrontarlas con las de los demás. Las ideas de los estudiantes, aunque “erróneas”, no constituyen obstáculos sino vehículos a partir de los cuales se edificarán los nuevos conceptos. El aprendizaje de conceptos es un proceso gradual que requiere de un cambio paulatino de unas estructuras por otras, de concepciones implícitas por otras explícitas más avanzada. (72)

#### 4.1.1.1.1 SABER SABER, SABER HACER, SABER SER Y SABER DECIDIR

Los estudiantes están viviendo permanentemente una Acción Educativa, que se relaciona con los Saberes. Esos Saberes son:

Saber SABER: Es la parte cognitiva, encargada de los conocimientos que el alumno adquiere en toda su formación.

Saber HACER: Es la parte de la aplicación, encargada de la práctica que el alumno realiza una vez tenga lo cognitivo (Saber).

Saber SER: Es la parte de las emociones, encargada del desarrollo humano que el alumno adquiere durante su formación.

Saber DECIDIR: Es la capacidad de tomar decisiones a partir de la lectura de la realidad y con pertinencia en tiempo y espacio.

Evaluación de los Saberes. - La evaluación de los estudiantes es integral porque permite el desarrollo de las dimensiones del Ser, Saber, Hacer y Decidir a través de la integración de los campos y las áreas del conocimiento.

Es holística porque permite la comprensión y valoración del todo en convivencia armónica y complementaria con la Madre Tierra.

Es científica porque es un proceso organizado que utiliza instrumentos de observación, recopilación, sistematización e interpretación para la comprensión de logros y dificultades y la toma de decisiones para el desarrollo integral, mediante procesos educativos vinculados a la realidad.

Es dialógica y reflexiva porque se deliberan, analizan y valoran los logros, limitaciones, dificultades y problemas de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

La dimensión del SER

En esta dimensión se valora:

a) La expresión de actitudes, sentimientos, emociones y pensamientos que tomen en cuenta los principios y valores socio-comunitarios.

b) Las prácticas de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales.

c) Desarrollo y fortalecimiento de su identidad personal, familiar y de relaciones interculturales.

d) La puntualidad y cumplimiento de sus deberes escolares.

#### La dimensión del HACER

En esta dimensión se valora:

a) El desarrollo de habilidades y destrezas en la aplicación de saberes y conocimientos científico-técnico-tecnológicos propios y de otros contextos en la prevención y resolución de problemas de la realidad.

b) La producción de textos a partir de la teorización de los contenidos relacionados a los diferentes aspectos la realidad local, regional e internacional.

c) La elaboración y aplicación de instrumentos para el recojo de información de fuentes primarias y secundarias.

d) La recopilación de historias de vida como fuente y estrategia de aprendizaje sobre la realidad.

e) La participación activa y colaborativa en los procesos de discusión de los temas que se abordan en la clase.

f) Análisis de las teorías, principios y leyes que rigen el comportamiento de la materia y energía en la salud de la Madre Tierra.

g) Prácticas de salud integral aplicando saberes y conocimientos propios y de la diversidad cultural.

h) La aplicación de las ciencias exactas en el desarrollo de los proyectos socioproductivos.

i) La práctica de la lengua originaria, el castellano y una extranjera como medio de comunicación e interacción con los demás en diferentes situaciones y contextos.

j) La producción e innovación técnica, tecnológica y artística con base en la investigación crítica de hechos y fenómenos sociales y naturales a partir de las experiencias y cotidianidad de las y los estudiantes.

k) Producción de conocimientos en base a sus experiencias en la escuela, familia y el contexto local.

l) El desarrollo de su curiosidad, la experimentación, la capacidad de observación, la indagación, la exploración, el descubrimiento y la creatividad relacionadas a las actividades cotidianas en la familia, la comunidad, zona, barrio y escuela.

La dimensión del DECIDIR

En esta dimensión se valora:

a) La capacidad de tomar decisiones a partir de la lectura de la realidad y con pertinencia en tiempo y espacio.

b) La capacidad de organización estableciendo consensos, el compromiso social y las prácticas de cambio y transformación bajo el enfoque descolonizador.

c) La responsabilidad en las acciones propias con los grupos comunitarios, la unidad educativa, la familia y la zona, barrio o comunidad.

d) Las decisiones con sentido comunitario frente a situaciones conflictivas y problemáticas en relación con la realidad y la vida.

e) La posición crítica sobre hechos sociales, históricos y la realidad de su entorno.

f) La disposición a ejecutar diversas actividades con iniciativa propia, autónoma y comunitaria en armonía y reciprocidad.

g) El asumir las decisiones para transformar la realidad a partir de la lectura de la situación política, económica y social.

La dimensión del SABER

En esta dimensión se valora:

- a) La capacidad de conocimiento de saberes y conocimientos propios y diversos de manera crítica, reflexiva y propositiva.
- b) Conocimiento de las tradiciones, creencias, valores ético-morales y comunitarios.
- c) Manejo de los conocimientos científicos, técnico - tecnológicos y artísticos propios y diversos desarrollados en los procesos educativos con un alto nivel de profundidad y amplitud.
- d) La comprensión y expresión de la realidad desde diversas lógicas de pensamiento.
- e) La capacidad de análisis de la realidad local, regional e internacional desde una postura crítica.
- f) Las manifestaciones de ideas, conjeturas, hipótesis, proposiciones en relación a los diferentes aspectos de la realidad en procesos participativos y discusiones.
- g) Comprensión e interpretación de la realidad política, económica y social y planteamiento de proposiciones para la transformación de las mismas.
- h) La capacidad de identificación de sus progresos, logros, dificultades y sistematización de los procesos de aprendizajes.

#### 4.1.1.1.1 Relación Médico-Paciente

Desde los inicios de la medicina y durante su evolución y desarrollo, esta le ha conferido especial importancia a la relación médico-paciente, por ser la clave para el éxito en la gestión asistencial. La práctica de la medicina, combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo. Como fenómeno complejo es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño.

La asistencia médica se cimienta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la buena práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr. Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que debe tener lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico, en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que

descansa el nivel de satisfacción de la atención médica.

La relación médico-paciente es de tipo profesional. En ella intervienen dos personas con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. Una reclama ayuda y la otra la ofrece. Este intercambio se produce por vías verbales y extra verbales. El éxito de esta relación depende de la capacidad del médico para manejar la situación de subordinación del paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso, junto a su preocupación y capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarse y curarse.

Durante la relación médico-paciente, estos le aportan sus características de personalidad, las que, vinculadas con la enfermedad, propician que cada relación tenga características generales y a la vez muy particulares.

Se ha de tener en cuenta que cuando una persona enferma consulta a un médico, varios procesos psicológicos entran en acción. Con frecuencia, el primer encuentro entre ambos determina el tipo de relación que se establecerá. Dado su carácter social, la

relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social en que se desarrolle y esto no puede soslayarse en modo alguno al iniciarse su estudio.

## 4.2 SALUD

### 4.2.1 DEFINICIÓN Y CAMPO DE LA MEDICINA

La medicina ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud", e prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad", o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades". (73)

Más recientemente, Claude Bernard, en su genial obra "Introducción a la Medicina Experimental", propone también que los dos objetivos de la medicina son "conservar la salud y curar las enfermedades". (74)

Se puede objetar esas definiciones precisando que la medicina no ha sido siempre una ciencia, es decir, "conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas", y que difícilmente ha sido en algún momento sólo un arte, o sea, "la disposición o habilidad para hacer alguna cosa" o "el conjunto de reglas necesarias para hacer bien alguna cosa". (75)

El término facultad de medicina (generalmente Facultad de Medicina, cuando se usa como el nombre oficial) es el centro docente de educación superior, en general perteneciente a una universidad, que se especializa en la enseñanza de la medicina. (76)

#### 4.2.1.1 PRÁCTICA MÉDICA

Práctica médica esto nos quiere decir una cosa, con dos conceptos:

Practica: del latín practīcus, se pueden extraer varias definiciones como, por ejemplo: todos los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. También Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. Así mismo se considera como el ejercicio o de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas. Igualmente se define como la aplicación de una idea o una doctrina

Médica (o): Este concepto es relativo a “medicina” el cual significa: ciencia y arte de curar las enfermedades del cuerpo humano

Sistematizando la información, la práctica médica se refiere a la implementación o aplicación o simplemente el ejercicio de los conocimientos enseñado e implementados en la doctrina médica.

##### 4.2.1.1.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

No hay una definición unívoca del concepto de Atención Primaria de Salud. Como todos los conceptos, éstos quedan ajustados por las limitaciones del lenguaje, y la Atención Primaria de Salud no queda ajena a este defecto. Es más fácil definir lo que no es que lo que es: no es asistencia, sino que el concepto de Atención es más amplio abarcando a aquella, y actividades de promoción,

prevención y rehabilitación; no es primitiva, sino que Primaria es sinónimo de básico y fundamental; y por último, sus ideales no están depositados en el concepto negativo de enfermedad, sino en lo positivo de la Salud, como un bien humano. Los elementos conceptuales básicos de la Atención Primaria son los siguientes: Atención Integral, Atención Integradora, Atención Permanente y Atención Accesible. Estos elementos permanecen inalterables facilitando el desarrollo y la obtención del objetivo final de la Atención Primaria cual es la contribución a la mejora de la salud del individuo y la comunidad. Los cambios sociales, políticos y económicos modulan la expresión de la Atención Primaria dentro del subsistema sanitario, y en función de sus influencias condicionarán los objetivos y la manera de conseguirlos, aunque sin alterar sus elementos fundamentales. Otros tipos de moduladores de los resultados son las herramientas de trabajo que utiliza la Atención Primaria: el trabajo en equipo, la programación, la protocolización, el control de calidad, la educación sanitaria, la formación continuada y la docencia y la investigación. Estas herramientas condicionan los resultados en los objetivos en salud, pero no alteran los pilares básicos de la Atención Primaria. Aunque se puede hacer Atención Primaria de manera individual, los elementos conceptuales de la Atención Primaria no podrían llevarse a cabo de una manera eficaz sin la participación del Equipo de Atención Primaria,

conceptualizado por sus tres características definitorias: grupo de profesionales, metodología de trabajo compartida, y objetivo común.

#### 4.3 U.M.S.A.

La Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) es la principal universidad pública del Estado Plurinacional de Bolivia. Fue establecida en 1830 en la ciudad de La Paz. La UMSA es la segunda universidad más antigua de Bolivia, después de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca (fundada en 1624) y la más representativa del Sistema de la Universidad Boliviana.

La UMSA fue creada por Decreto Supremo de 25 de octubre de 1830, durante el Gobierno del mariscal Andrés de Santa Cruz.

La historia de la UMSA consta de tres periodos:

- a. La universidad oficial, desde su fundación hasta la revolución de junio de 1930.
- b. La universidad semi-autónoma o autárquica, instituida en la revolución de 1930, hasta la gestión del rector Héctor Ormachea Zalles en junio de 1936.
- c. La universidad enteramente autónoma, desde 1936 hasta la actualidad.

Debido a la importancia de la ciudad de La Paz dentro Bolivia, desde su creación, la UMSA ha tenido influencia en la vida social y cultural del país, así como en su devenir político. Varios presidentes de Bolivia realizaron sus estudios superiores en esta universidad, así como abogados, ingenieros, políticos, médicos y otros profesionales que se

convirtieron en personalidades destacadas dentro de la comunidad boliviana durante los siglos XIX, XX y XXI.

Actualmente, la UMSA cuenta con cuatro Centros Regionales Universitarios (CRUs) en el departamento de La Paz y diversas Sedes Universitarias Locales (SULs) en la ciudad. Respecto al alumnado, hasta el año 2016 la universidad tenía en sus aulas más de 74 mil estudiantes, de los cuales 4013 obtuvieron el título de licenciado o su equivalente.

En 2019, según el QS World University Rankings, la UMSA era la mejor universidad de Bolivia, y el número 146 del ámbito latinoamericano.

#### 4.3.1 FACULTAD DE MEDICINA

La Carrera de Medicina de la UMSA es una de las carreras más representativas de la universidad. Como parte del sistema universitario acoge a gran cantidad de estudiantes que desean profesionalizarse en esta área.

Con el paso del tiempo y las exigencias actuales en el campo, la Carrera de Medicina a estado innovando, no sólo contenidos de cátedras, sino también las estructuras de sus departamentos, como de igual manera la de los institutos con los que cuenta.

El graduado de la carrera se forma con valores éticos morales y de respeto por la vida y su medio ambiente, la pluralidad y la diversidad, más aún todavía considerando la realidad de nuestro país. Dichos profesionales se entrenan con efectiva capacidad de Investigación, como también para la solución de problemas

de salud en grupos humanos no sólo urbanos, sino también rurales, ayudando al progreso de Bolivia ya que la salud en nuestro país es un capítulo que debe estar en manos de profesionales capaces e idóneos.

#### 4.3.1.1 MODALIDADES DE EGRESO

En el mundo, en América y Latinoamérica existen diversas modalidades de egreso de los estudiantes, y estas son:

La tesis, que es la modalidad más antigua y consiste en realizar un documento con una recopilación teórica de un tema original al cual también se aplica una metodología de investigación, conclusiones y aspectos propositivos al tema planteado que luego es expuesto públicamente.

Proyecto de grado, esta modalidad consiste en la planificación y elaboración de un proyecto concreto de intervención sobre alguna problemática específica demandada o detectada en una institución, para ello se plantean las condiciones metodológicas y técnicas para su ejecución y evaluación, así como también un plan de actividades y recursos para su implementación.

Excelencia académica, esta modalidad de titulación puede ser otorgada a los estudiantes graduados que hayan tenido un aprovechamiento académico en su formación y que éste se exprese en indicadores cuantitativos y cualitativos relacionados al tiempo de duración de estudios, aprobación de materias en primera instancia y la ausencia de abandonos.

Rendimiento académico, esta modalidad consiste en otorgar la titulación a los estudiantes universitarios que

tengan un aprovechamiento académico expresado en indicadores cuantitativos determinados.

Examen de grado, consiste en la valoración de la formación académica que puede ser global o de ciertas materias de la carrera, a través de pruebas de suficiencias escritas u orales.

Internado Rotatorio, los estudiantes de las carreras de Medicina, Odontología, Psicología y Bioquímica pueden optar por esta modalidad que consiste en realizar, durante un determinado tiempo, un trabajo real en un centro de salud.

Adscripción, consiste en que los estudiantes egresados puedan realizar trabajos en diferentes secciones de los ámbitos académicos, de investigación, de interacción y gestión universitarias.

Trabajo dirigido, es la ejecución y evaluación del diseño de un proyecto en diferentes instituciones fuera de la universidad, respaldados por un convenio interinstitucional. Para esa modalidad de titulación, el estudiante debe cumplir un determinado tiempo de trabajo dentro de la institución y luego presentar un informe de ello.

#### 4.3.1.2 INTERNADO ROTATORIO

En Bolivia, ¿qué es el internado rotatorio? Esta modalidad de egreso forma parte del Plan de Estudios de las cuatro Carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y se constituye en una modalidad de graduación

Supervisión: Los alumnos del Internado Rotatorio, se encuentran bajo coordinación y supervisión del Comité del Internado Rotatorio a través del Vocal Docente Responsable de cada rotación y los Jefes de Enseñanza y/o Docentes responsables de los hospitales reconocidos como centros de enseñanza

Duración: El Internado Rotatorio tiene una duración de un año calendario, tiempo que es dividido en cinco Grandes rotas: Medicina, Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología - Obstetricia y Salud Pública y Medicina Social.

La actividad académica se inicia el primero de enero de cada año y concluye el 31 de diciembre del mismo año. A media gestión del 1 de julio al 30 junio del siguiente año, se permite un segundo ingreso bajo una reglamentación específica a partir de la gestión 2007.

El calendario es único y uniforme para todos los centros donde se cumplen labores del Internado.

Habilitación: Para ser alumno regular del Internado Rotatorio se requiere haber vencido (aprobado) todas las materias de los cursos precedentes, el Internado Rotatorio no admite recargo y ser habilitado legalmente por la Jefatura de Carrera de Medicina, cuya lista llega a la Jefatura del Internado Rotatorio 15 días antes del inicio de las actividades de la gestión correspondiente.

Aquellos estudiantes rezagados por diversas circunstancias deben esperar una nueva gestión académica para habilitarse.

Evaluación: Son responsables de la evaluación, los docentes Titulares y los Docentes Asistenciales de los Centros declarados de enseñanza.

La evaluación por desempeño se realiza de manera individual, permanentemente y continúa.

La nota para promoción es de 71 % como mínimo, considerando la escala de 1 a 100 acorde con las recomendaciones internacionales.

Escenarios de aprendizaje en el internado: El Complejo Hospitalario Miraflores que comprende: Hospital Universitario de Clínicas, Asistencia Pública, Hospital de La Mujer, Hospital del Niño, Hospital Gastroenterológico Boliviano Japonés, Instituto Nacional Del Tórax, Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Nacional de Salud Ocupacional.

Mediante convenios interinstitucionales están habilitados: Caja Nacional de Salud (Hospital Obrero, Hospital Materno Infantil, Hospital Luis Uría de La Oliva), Hospital Militar Central COSSMIL, Hospital San Gabriel, Caja Petrolera de Salud, Hospital La Paz, Hospital Boliviano Holandés de El Alto, Hospital Los Andes de El Alto, Seguro Social Universitario y Hospital Municipal de

Coroico. Pudiendo ampliarse a otros hospitales según las necesidades y normas establecidas.

De acuerdo a reglamentación específica se cuenta con convenios en los siguientes países: Perú, Paraguay, México y Brasil

Hospitales de Tercer Nivel: Hospital de Clínicas, Hospital Obrero, Hospital Militar Central COSSMIL, Caja Petrolera de Salud.

Hospitales de Segundo Nivel: Hospital La Paz, Hospital San Gabriel, Hospital Municipal Boliviano Holandés, Hospital Los Andes.

El procesamiento de la Información se realizó por rotaciones de las que se puede concluir que existen un total de 289 docentes que apoyan al internado en las diferentes instituciones en las que se desarrolla éste curso. La mayoría de éstos son docentes asistenciales.

Se tiene un número constante de internos en cada institución, que se define en función de la capacidad de cada una de ellas.

Actividades del internado rotatorio. - El Internado Rotatorio tiene las siguientes actividades: Actividades Asistenciales, Actividades Académicas, Actividades de Investigación, Actividades de Interacción Social.

Las actividades del Internado Rotatorio son a dedicación exclusiva de 8 horas diarias de lunes a viernes, los sábados solo de 4 horas, respetando los días feriados. Las guardias son de 24 horas ininterrumpidas, y son programadas también en días sábados, domingos y feriados.

Se denomina "GRAN ROTACIÓN": al conjunto de actividades realizadas en el periodo de tiempo, asignado a cada una de las disciplinas siguientes:

Medicina Interna (2 meses o 60 días)

Cirugía (2 meses o 60 días)

Pediatría (2 meses o 60 días)

Gineco-Obstetricia (3 meses o 90 días)

Salud Pública (3 meses o 90 días)

Se denomina "ROTACIÓN" al conjunto de actividades realizadas en las salas o los servicios que componen una Gran Rotación y realizadas en el periodo de tiempo, asignado a cada una de ellas en los diferentes Centros de Entrenamiento de Internos de Medicina.

Se denomina "SUB ROTACIÓN" al conjunto de actividades realizadas en las salas o los servicios que componen una Rotación.

Las actividades académicas, incorporan: Presentación de caso clínico, Sesión clínico patológica, Revisión bibliográfica, Conferencias y Micro conferencias,

Seminarios, Talleres y Otras actividades programadas por los Centro de Entrenamiento.

Las actividades asistenciales, incorporan: Entrega de guardia, Visita médica, Consulta externa, Actividades quirúrgicas, Actividades de laboratorio y gabinete, Elaboración científica del expediente clínico.

Las actividades de investigación, incluyen: Investigación bibliográfica, Presentación de monografías, Presentación de ensayos, Presentación de informes del trabajo efectivo en cada rotación.

Las actividades de interacción social, incluyen: Promoción, Prevención y Curación.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en la Facultad de Medicina, el desarrollo de las actividades académicas, asistenciales de los estudiantes del internado rotatorio se realizan con un enfoque por objetivos y las exigencias formativas de los profesionales cambian vertiginosamente, a esto obedece la necesidad de trabajar la relación de competencias, desempeño e idoneidad. La concepción de este proceso debe ser flexible, integral y contextual, con su correspondiente intervención, que garantice el tránsito de los estudiantes por cada nivel o periodo, de manera que integre el diagnóstico de las potencialidades individuales en base al aprendizaje holístico con un desarrollo amplio de los saberes: saber, hacer, ser y decidir. Además, la práctica de la medicina combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del

médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo. Se realizó una valoración que incluyó el análisis de la relación médico-paciente, la práctica médica, la yatrogenia y la ética médica, para establecer la relación existente entre estas categorías. La entrevista médica es la herramienta principal para obtener una anamnesis fidedigna, y para establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva; esta última constituye un escenario fundamental y determinante para la adecuada expresión o no del resto de los elementos que definen la práctica asistencial.

## 6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de aplicación de las competencias del saber saber, saber hacer, saber ser y saber decidir en la relación médico-paciente de los alumnos del Internado Rotatorio de la Facultad de Medicina, UMSA – Gestión 2019?

### OBJETIVOS

#### 6.1 General

Determinar la aplicabilidad de las competencias del saber saber, saber hacer, saber ser y saber decidir en la relación médico-paciente de los alumnos del Internado Rotatorio de la Facultad de Medicina, UMSA – Gestión 2019.

#### 6.2 Específicos

Describir los tipos de saberes percibidos por los alumnos del internado rotatorio de la Carrera de Medicina.

Identificar las competencias del saber saber en relación al conocimiento de estados de enfermedades los estudiantes del Internado Rotatorio de la Carrera de Medicina

Describir las competencias del saber hacer basado en el modelo de relación médico – paciente informativo que emplean los universitarios del Internado Rotatorio de la Carrera de Medicina

Establecer las competencias del saber ser en la relación médico – paciente como parte del desempeño del Interno de Medicina

Analizar las competencias del saber decidir en los Internos de Medicina, dentro la relación médico – paciente, para ayudar a resolver la patología de una persona

## 7. DISEÑO METODOLÒGICO

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

#### 7.1.1 Enfoque

Este trabajo es de tipo Descriptivo y transversal, debido a que se pretende identificar los niveles de competencias que tienen los estudiantes del internado rotatorio de la Carrera de Medicina

Bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir.<sup>11</sup>

De acuerdo con la definición clásica del término, medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas. Muchas veces el concepto se hace observable a través de referentes empíricos asociados a él. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable.<sup>12</sup>

### 7.1.2 Métodos de investigación

Análisis y Síntesis: Se empleó el método con el propósito de analizar y sintetizar la información acerca de las competencias de los alumnos del internado rotatorio.

Abstracción y Concreción: Se empleó el método con la finalidad de reflejar las propiedades, relaciones y cualidades más generales, estables y necesarias acerca de la temática de la investigación.

Método estadístico – Matemático: Se empleó para realizar el análisis de los resultados de los métodos empíricos empleados en el trabajo de investigación.

### 7.1.3 Técnica

Para realizar el presente trabajo utilizaré las encuestas ya que nos permitirá saber cuáles son las preferencias, evaluaciones o problemas de los Internos de Medicina respecto a la relación médico – paciente y así poder tomar decisiones o diseñar políticas ajustadas a dichas prioridades.

### 7.1.4 Instrumentos

Se utilizó el instrumento del cuestionario (anexo 1) dado que permitirán recoger y examinar datos y su posterior análisis cuantitativo.

### 7.1.5 Tipo de estudio

Siendo este trabajo de tipo descriptivo-transversal, porque estudia situaciones que nos permite identificar los conocimientos de las competencias de los estudiantes del internado rotatorio de la Carrera de Medicina.

## 7.2 CONTEXTO O LUGAR

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la Carrera de Medicina, con los estudiantes del Internado Rotatorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés - Gestión 2019 que cumplen sus actividades en distintos servicios del Hospital de Clínicas Universitario.

## 7.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Estudiantes de sexto curso de Medicina o Internado Rotatorio de la gestión 2019

## 7.4 UNIVERSO Y MUESTRA

El internado rotatorio 2019 de la Carrera de Medicina, está conformado por 257 internos, de los cuales, por conveniencia, se toma una muestra de 50 Internos que desarrollan sus actividades asistenciales en sala, en los distintos servicios del Hospital de Clínicas

## 7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Estudiante regular del Internado Rotatorio de Medicina, que requiere haber vencido todas las materias de los cursos precedentes (no se admite recargo) ratificado por Kardex Académico
- b) Ser Interno de Medicina en servicio.
- c) Estar como Interno de Medicina de turno

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Estudiantes no habilitados para el Internado Rotatorio.

- b) Internos de Medicina que hayan sido separados del Internado Rotatorio por diferentes motivos, sean estos académicos, disciplinarios u otros.
- c) Internos de Medicina de otras Universidades

## 7.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 7.6.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Percepción de los saberes en la relación médico – paciente.

### 7.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Saber saber
- Saber hacer
- Saber ser
- Saber decidir
- Relación médico – paciente

### 7.6.3 RANGOS Y PORCENTAJES

Para relacionar las diferentes dimensiones (saber saber, saber hacer, saber ser y saber decidir) se asignó un valor numérico a cada una de sus variables según las respuestas posibles:

- Muy bien: 4
- Bien: 3
- Aceptablemente: 2
- Algunos: 1

Cada dimensión cuenta con 4 preguntas (4 variables), por lo que el puntaje máximo es 16 y el mínimo 4. El **punto medio** entre ambos valores es de 10, que sería el **mínimo suficiente** (un 50/100). Mientras más estos valores se acerquen a 16 (100/100) la

percepción individual que tienen los encuestados de sus capacidades es mayor.

Se considera que los Internos de Medicina tienen una **dimensión desarrollada** si tienen un **puntaje mayor a 12** en la misma. Esto significaría que respondieron “bien” o “muy bien” en cada variable.

Finalmente, se comparan los valores entre las diferentes dimensiones para producir una tabla de correlaciones. Dicha tabla permitirá conocer el **porcentaje de Internos de Medicina que tienen desarrolladas dos dimensiones específicas a la vez** (significa que tienen 12 o más puntos en cada dimensión).

## 8. RESULTADOS

Tabla N° 1 RESUMEN DE CORRELACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES DIMENSIONES

	Saber saber	Saber hacer	Saber ser	Saber decidir
Saber saber		60%	86%	70%
Saber hacer	60%		64%	62%
Saber ser	86%	64%		70%
Saber decidir	70%	62%	70%	

Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

### ANÁLISIS

Tablas cruzadas: Saber saber vs el resto

- Hay una correlación que indica que 60% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber saber y el saber hacer.
- Hay una correlación que indica que 86% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber saber y el Saber ser.
- Hay una correlación que indica que 70% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber saber y el Saber Decidir.

Tablas cruzadas: Saber Hacer vs el resto

- Hay una correlación que indica que 60% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber saber.
- Hay una correlación que indica que 64% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber ser.
- Hay una correlación que indica que 62% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber decidir.

Tablas cruzadas: Saber Ser vs el resto

- Hay una correlación que indica que 86% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber saber.
- Hay una correlación que indica que 64% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber hacer.
- Hay una correlación que indica que 70% de los estudiantes tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber decidir.

Tablas cruzadas: Saber Decidir vs el resto

- Hay una correlación que indica que 70% de los estudiantes tienen desarrollado ambos o sea el Saber decidir y el Saber saber.
- Hay una correlación que indica que 62% de los estudiantes tienen desarrollado ambos, el Saber decidir y el Saber hacer.
- Hay una correlación que indica que 70% de los estudiantes tienen desarrollado ambos, el Saber decidir y el Saber ser.

## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 1: SABER SABER – VARIABLE 1



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en conocer las etapas de un estado de enfermedad, el gráfico de barras comparativo 1, nos muestra que el 64% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 26% conoce bien, finalmente en menor porcentaje tiene conocimiento aceptable.

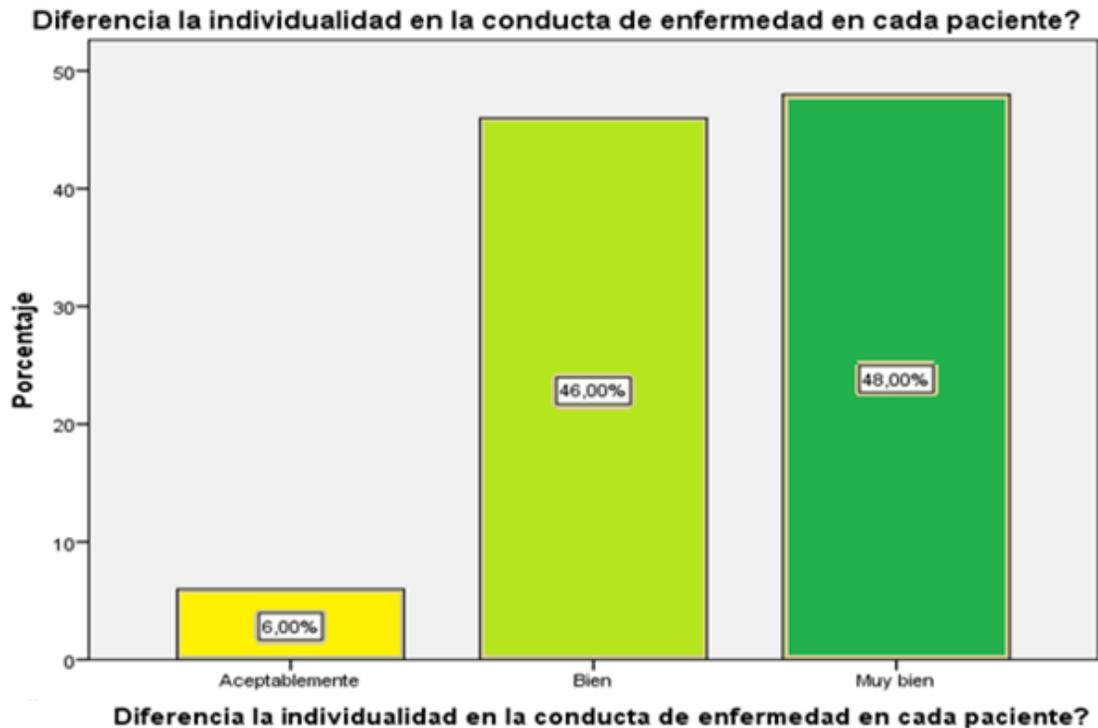
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 2: SABER SABER – VARIABLE 2



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en aplicar sus conocimientos con capacidad y calidez, el gráfico de barras comparativo 2, nos muestra que el 56% de los estudiantes conocen muy bien y el 44% conoce bien.

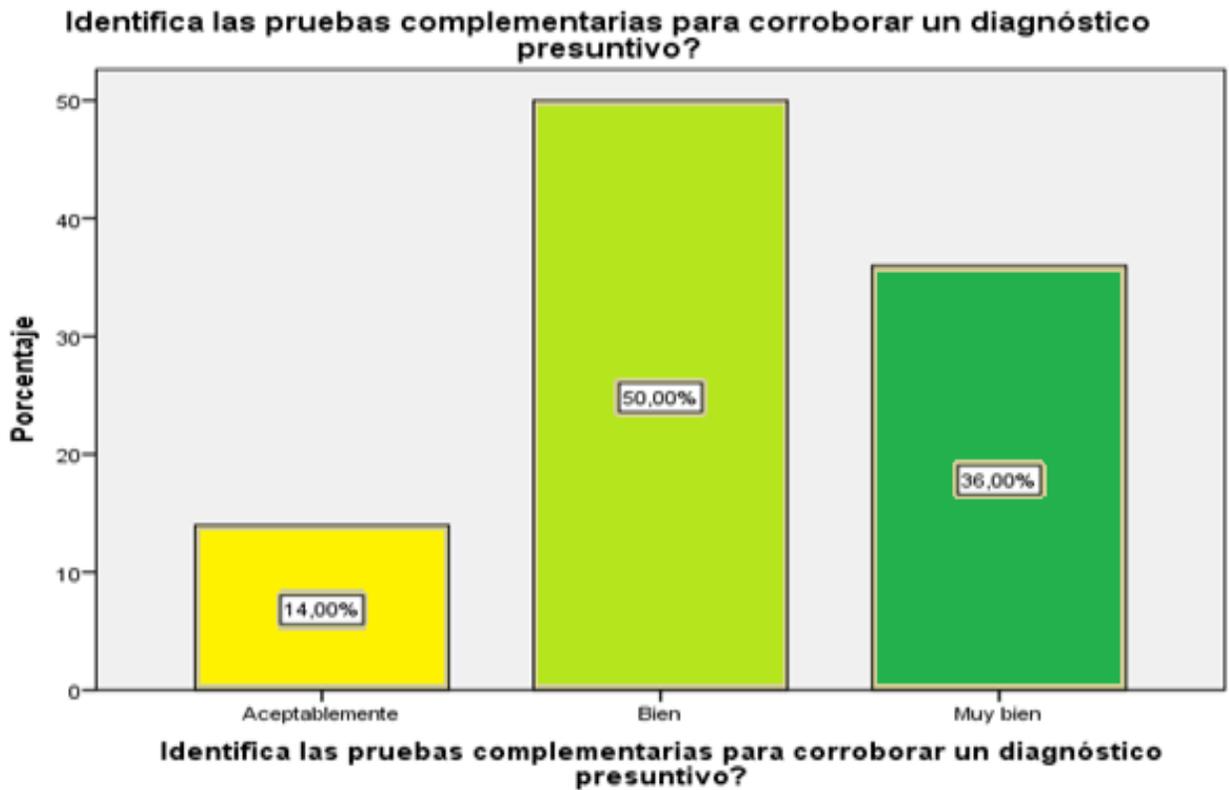
### GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 3: SABER SABER – VARIABLE 3



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en diferenciar la individualidad en la conducta de enfermedad en cada paciente, el gráfico de barras comparativo 3, nos muestra que el 48% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 46% conoce bien, finalmente, con un porcentaje de 6% tienen conocimiento aceptable.

#### GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 4: SABER SABER – VARIABLE 4



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en identificar las pruebas complementarias para corroborar un diagnóstico presuntivo, el gráfico de barras comparativo 4, nos muestra que el 36% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 50% conoce bien, finalmente un porcentaje de 14 % tienen conocimiento aceptable.

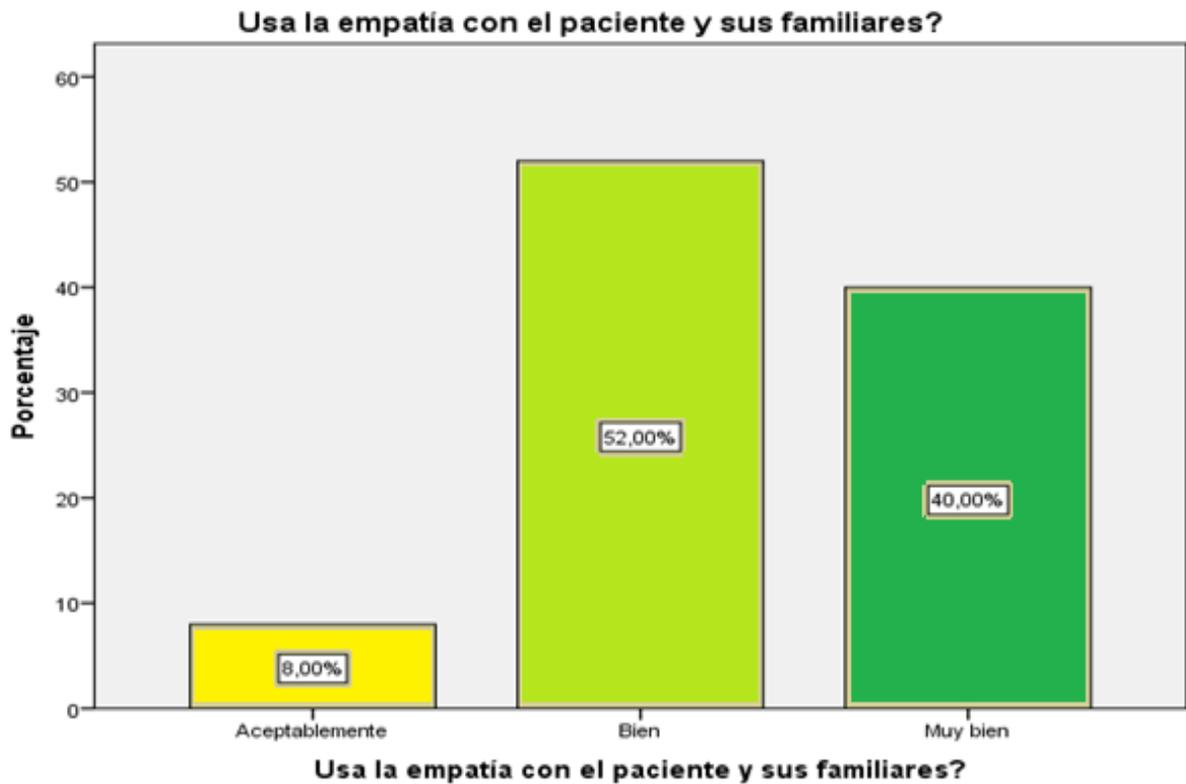
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 5: SABER HACER – VARIABLE 5



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en organizar los signos y síntomas de las enfermedades de manera racional, el gráfico de barras comparativo 5, nos muestra que el 34% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 66% conoce bien.

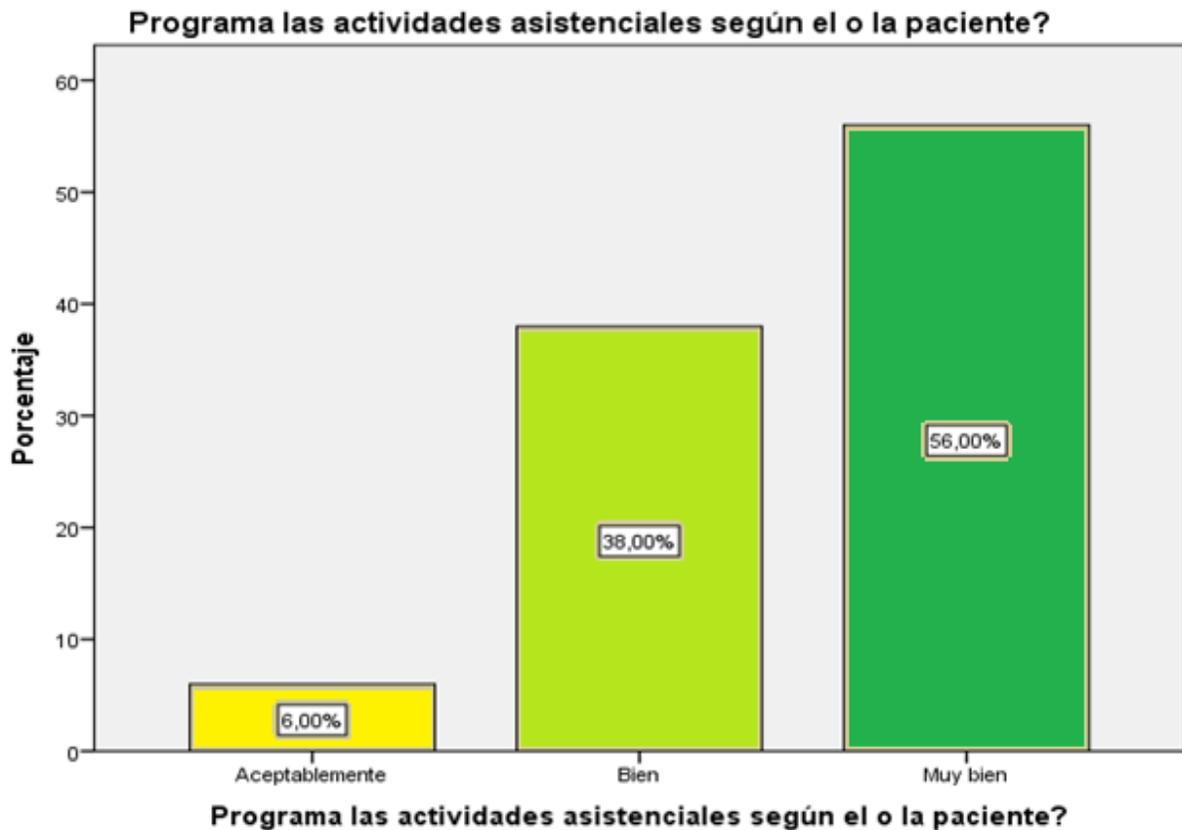
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 6: SABER SABER – VARIABLE 6



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis.- En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en usar la empatía con el paciente y sus familiares, el gráfico de barras comparativo 6, nos muestra que el 40% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 52% conoce bien, finalmente un porcentaje de 8% tienen conocimiento aceptable.

## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 7: SABER HACER – VARIABLE 7

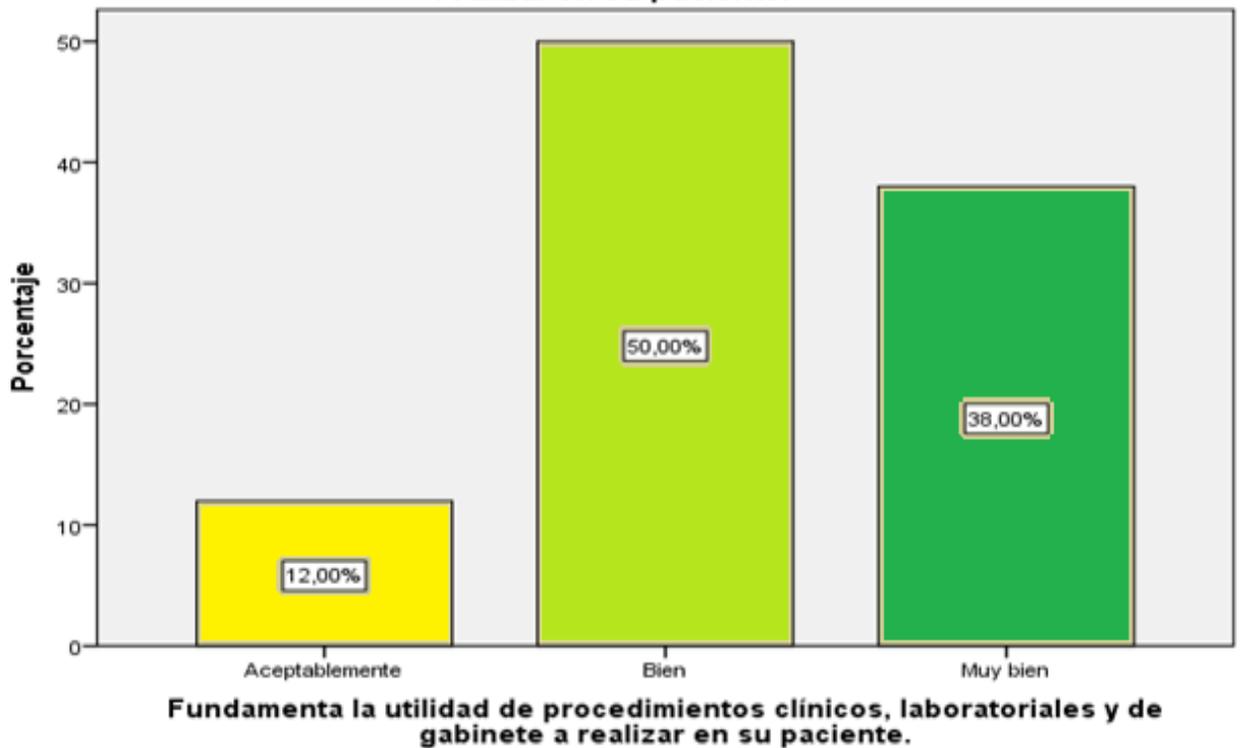


Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en programar las actividades asistenciales según él o la paciente, el gráfico de barras comparativo 7, nos muestra que el 56% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 38% conoce bien, finalmente un porcentaje del 6% tienen conocimiento aceptable.

## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 8: SABER HACER – VARIABLE 8

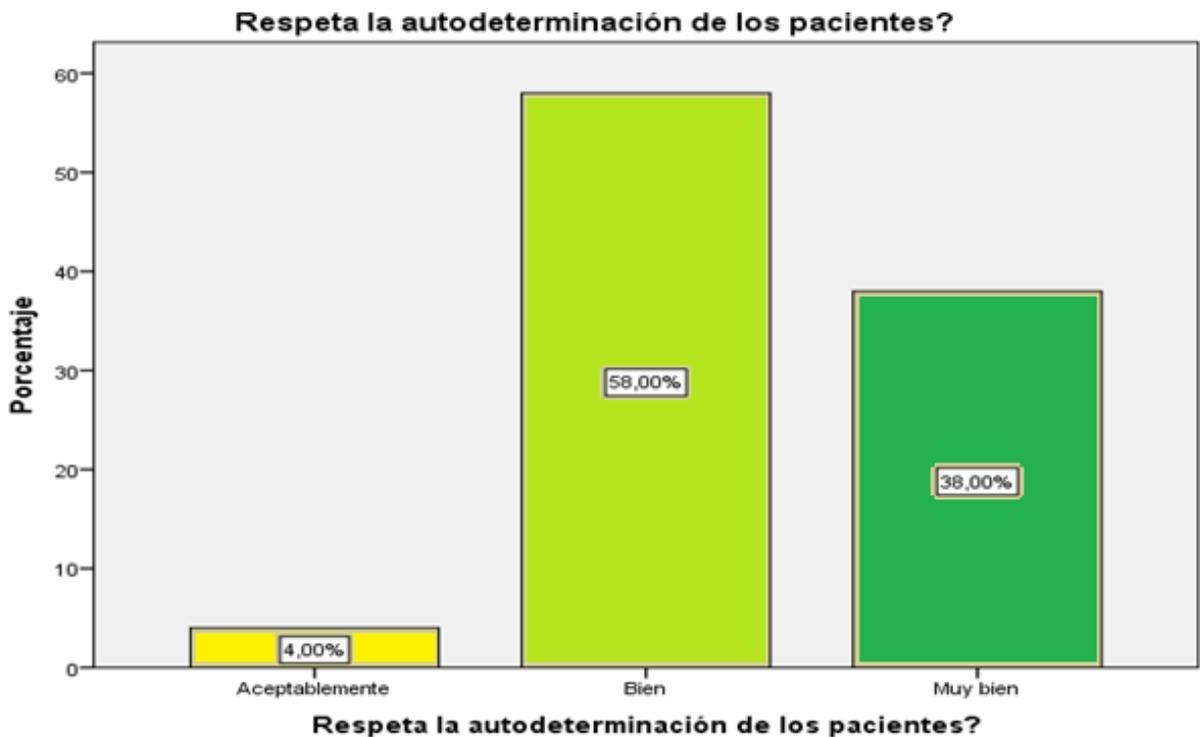
**Fundamenta la utilidad de procedimientos clínicos, laboratoriales y de gabinete a realizar en su paciente.**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en fundamentar la utilidad de procedimientos clínico, laboratoriales y de gabinete a realizar en su, el gráfico de barras comparativo 8, nos muestra que el 38% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 50% conoce bien, finalmente un porcentaje de 12 % tienen conocimiento aceptable.

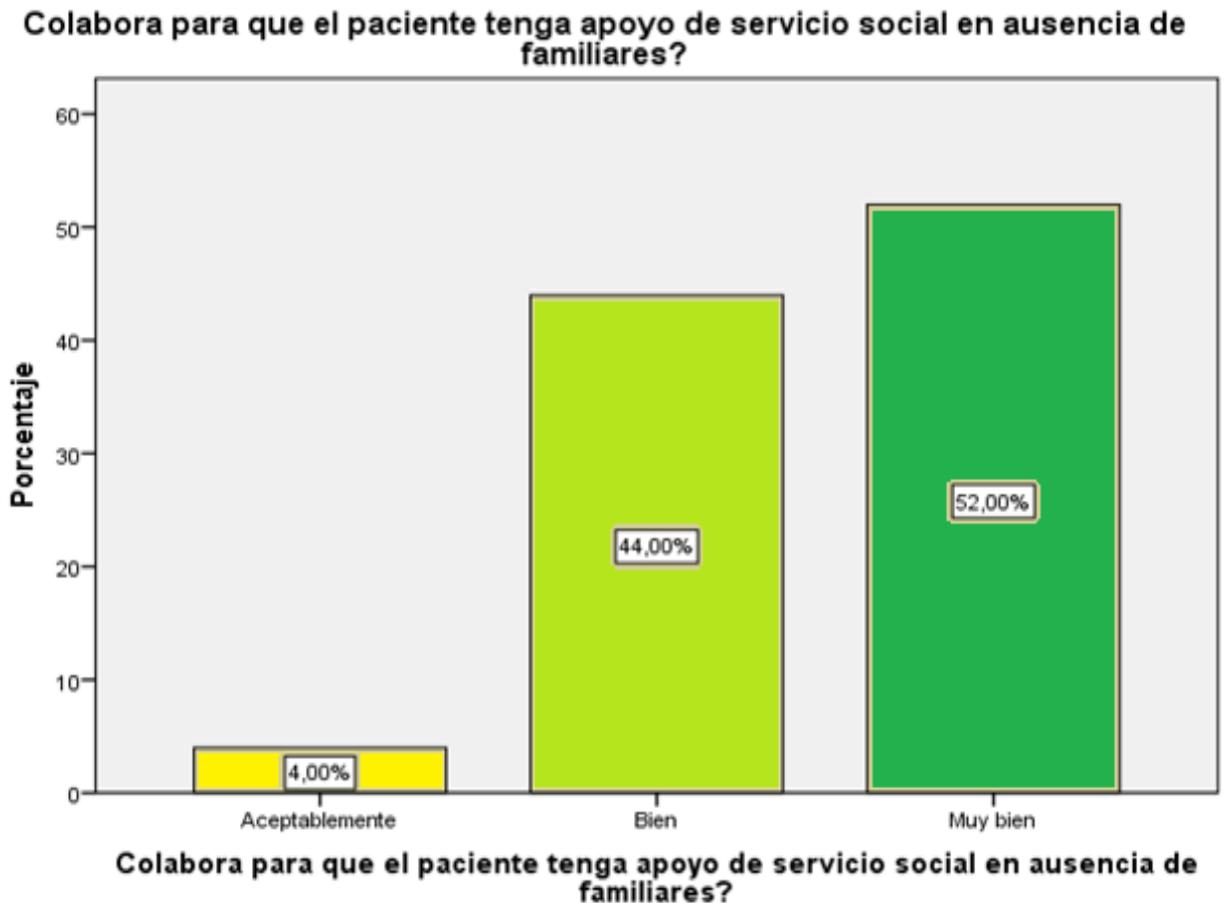
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 9: SABER SER – VARIABLE 9



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en respetar la autodeterminación de los pacientes, el gráfico de barras comparativo 9, nos muestra que el 38% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 58% conoce bien, finalmente un porcentaje de 4 % tienen conocimiento aceptable.

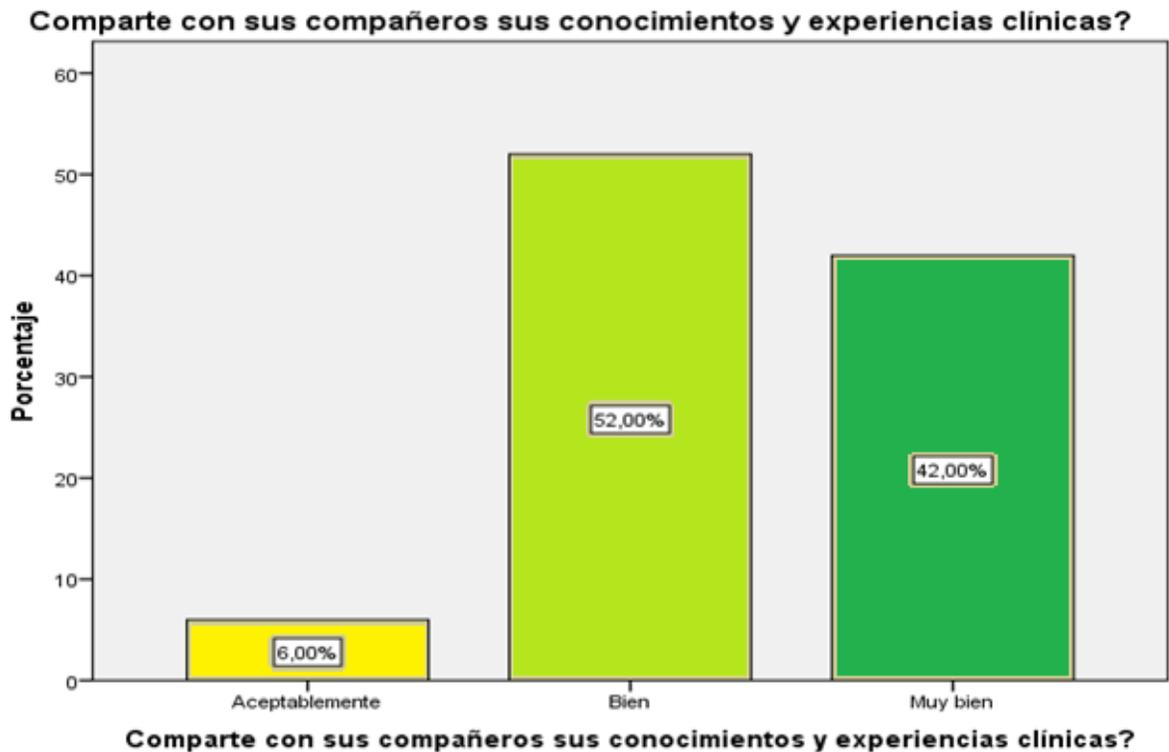
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 10: SABER SER – VARIABLE 10



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en colaborar para que el paciente tenga el apoyo de servicio social en ausencia de familiares, el gráfico de barras comparativo 10, nos muestra que el 52% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 44% conoce bien, finalmente un porcentaje de 4 % tienen conocimiento aceptable.

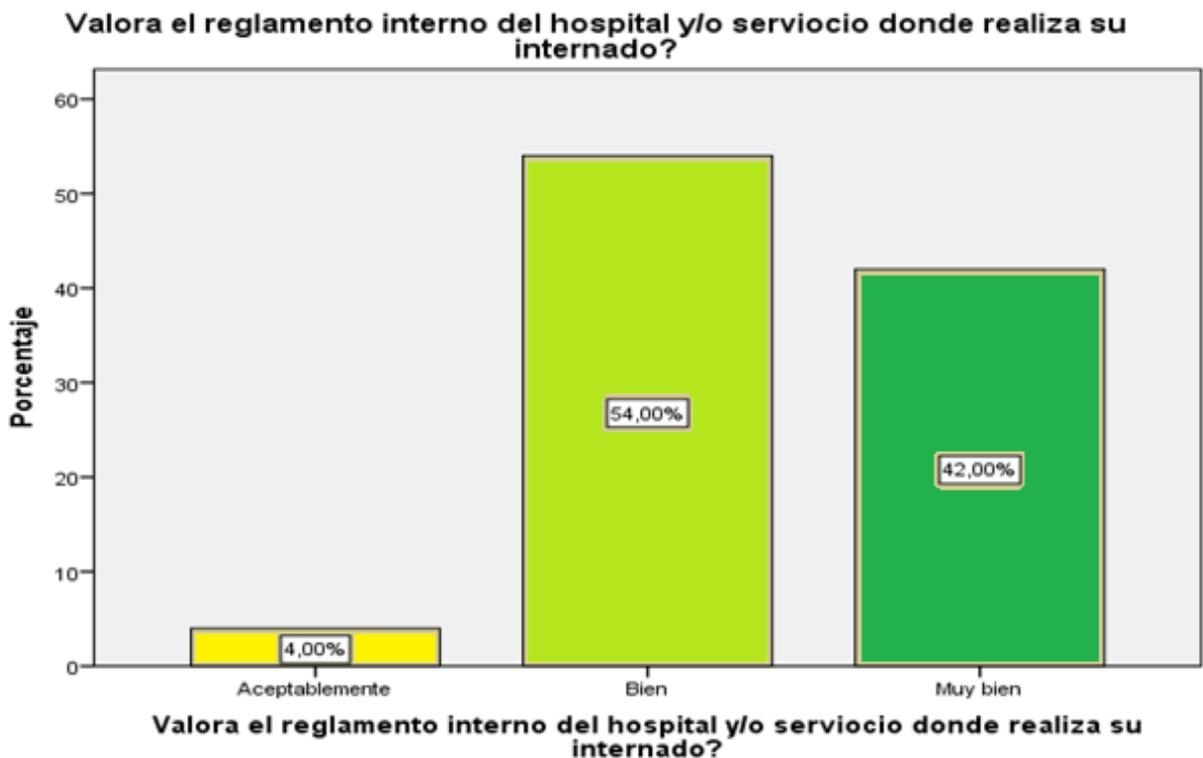
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 11: SABER SER – VARIABLE 11



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en identifica las pruebas complementarias para corroborar un diagnóstico presuntivo, el gráfico de barras comparativo 11, nos muestra que el 42% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 52% conoce bien, finalmente un porcentaje de 6% tienen conocimiento aceptable.

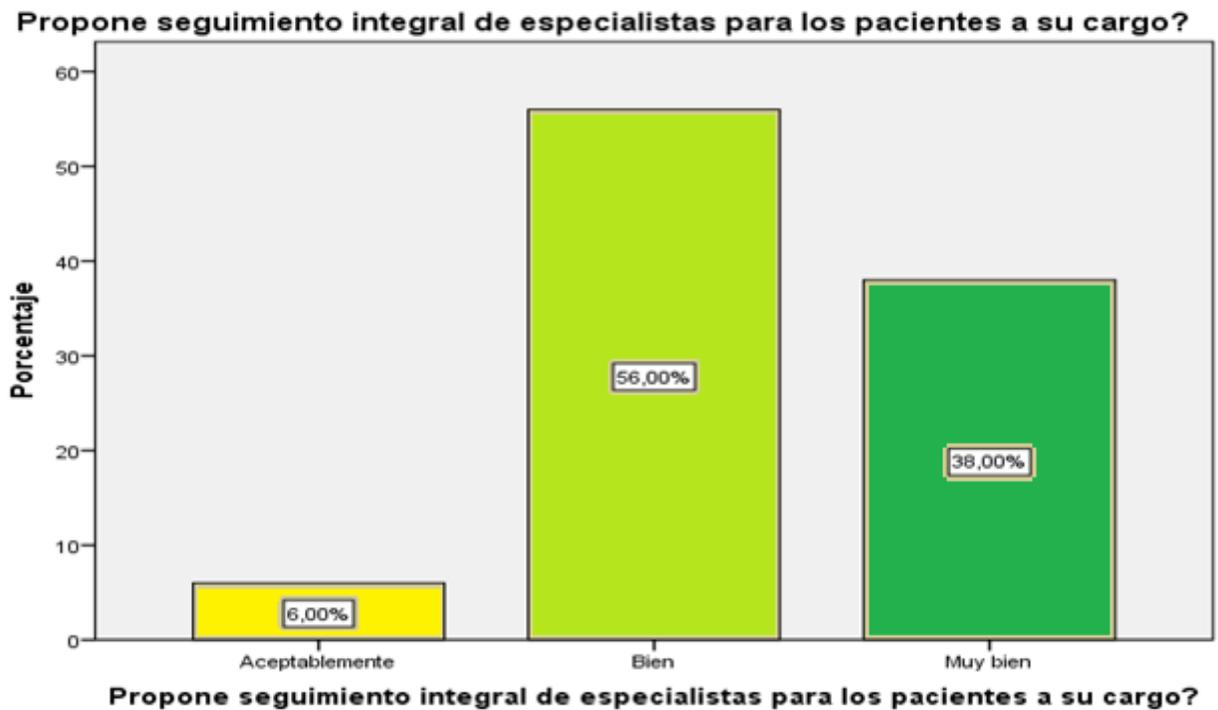
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 12: SABER SER – VARIABLE 12



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en valorar el reglamento interno del hospital y/o servicio donde realiza su internado, el gráfico de barras comparativo 12, nos muestra que el 42% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 54% conoce bien, finalmente un porcentaje de 4 % tienen conocimiento aceptable.

### GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 13: SABER DECIDIR – VARIABLE 13

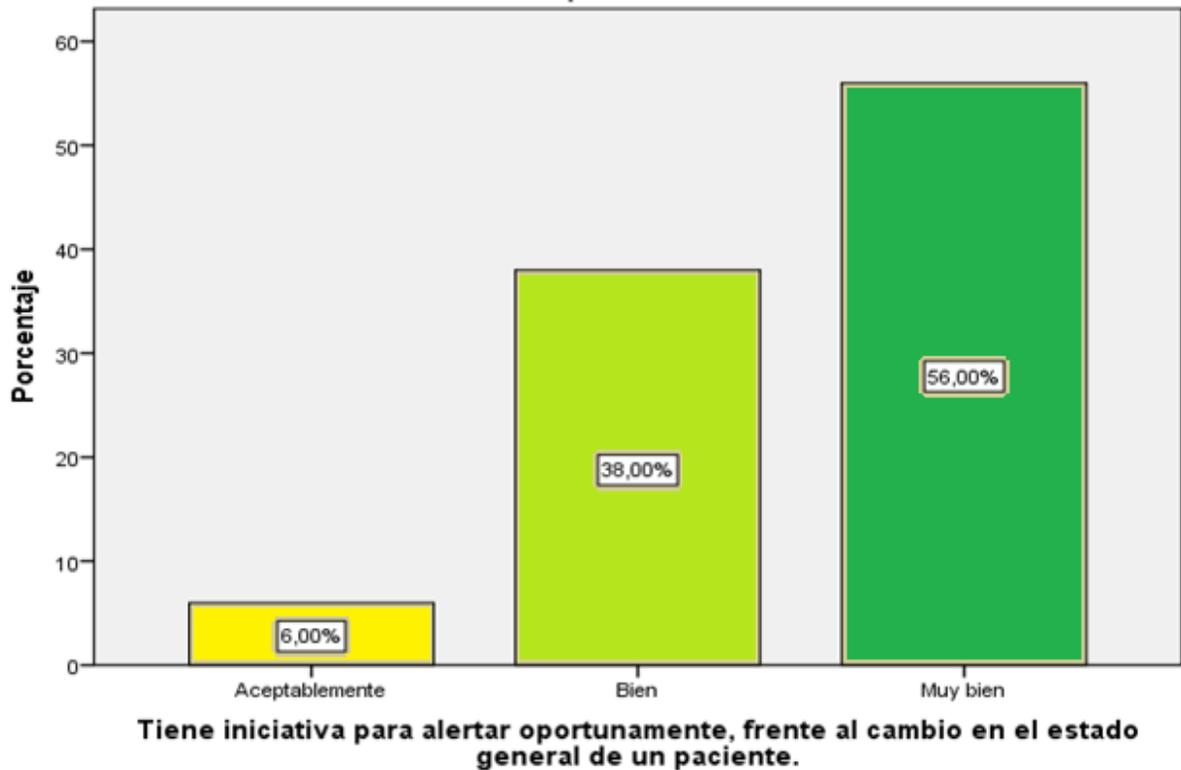


Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en proponer seguimiento integral de especialistas para los pacientes a su cargo, el gráfico de barras comparativo 13, nos muestra que el 38% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 56% conoce bien, finalmente un porcentaje de 6 % tienen conocimiento aceptable.

## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 14: SABER SER – VARIABLE 14

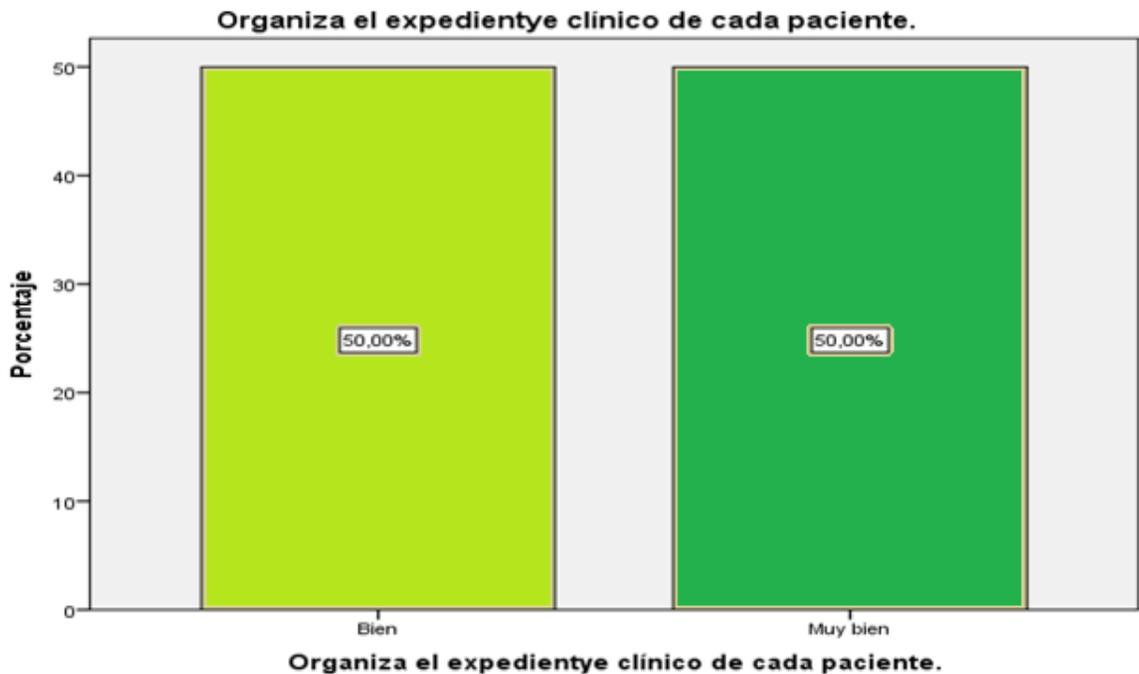
**Tiene iniciativa para alertar oportunamente, frente al cambio en el estado general de un paciente.**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en tener iniciativa para alertar oportunamente frente al cambio en el estado general de un paciente, el gráfico de barras comparativo 14, nos muestra que el 56% de los estudiantes conocen muy bien, no obstante, el 38% conoce bien, finalmente un porcentaje de 6 % tienen conocimiento aceptable.

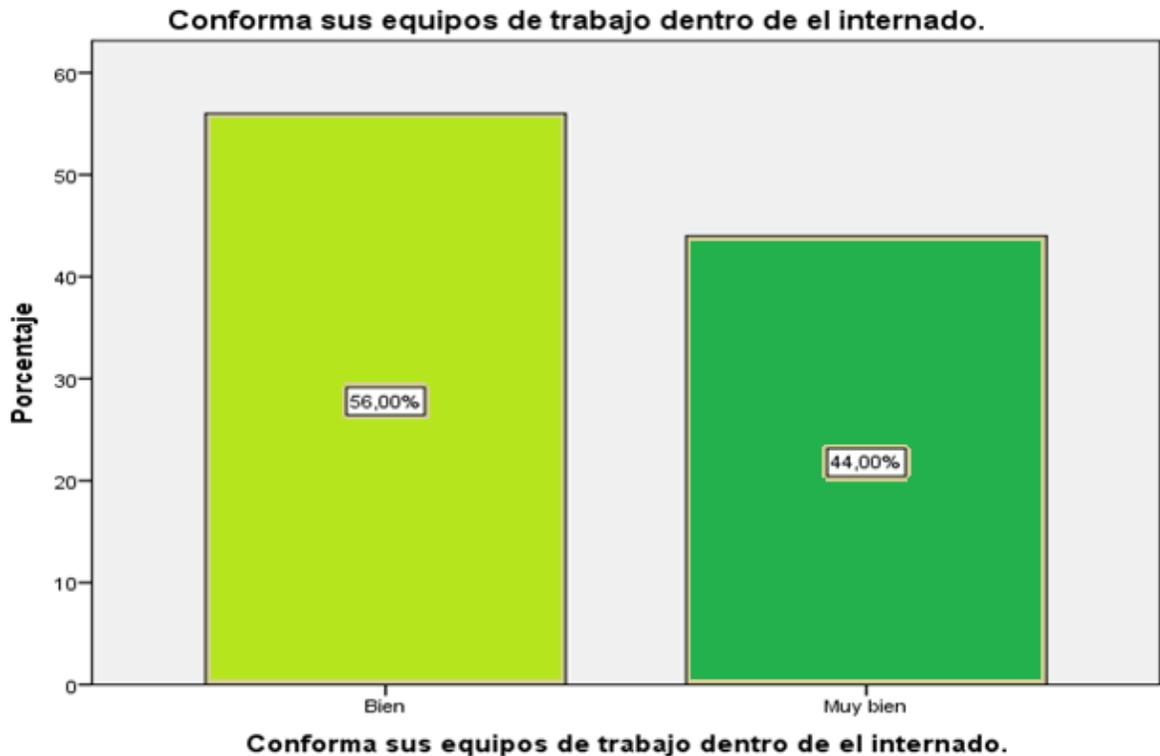
## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 15: SABER SER – VARIABLE 15



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en organizar el expediente clínico de cada paciente, el gráfico de barras comparativo 15, nos muestra que el 50% de los estudiantes conocen muy bien y el otro, 50% conoce bien.

## GRAFICOS DE BARRAS COMPARATIVO 16: SABER SER – VARIABLE 16



Fuente: Elaboración propia con base en datos del cuestionario que se utilizó con los internos de Medicina en el Hospital de Clínicas.

Análisis. - En relación al conocimiento que poseen los estudiantes del internado rotatorio en conformar equipos de trabajo dentro el internado, el gráfico de barras comparativo 16, nos muestra que el 44% de los estudiantes conocen muy bien y el 66% conoce bien.

## 9. CONCLUSIONES

El trabajo ha identificado los niveles de competencias que poseen los Estudiantes del Internado Rotatorio reflejados en el acápite de resultados.

Despliegan las competencias de saberes: saber, hacer, ser y decidir en la relación médico – paciente que emplean los estudiantes del internado rotatorio de la Carrera de Medicina.

En el Saber Saber complementan los conocimientos adquiridos en las materias precedentes con las adquiridas en el Internado rotatorio de Medicina.

En el saber Hacer, logran puntualizar su labor conforme realizan sus diferentes roles dentro el Internado Rotatorio

En el Saber ser individualizan su accionar, tomando en cuenta los distintos factores del entorno del paciente

En el Saber decidir, toman decisiones de apoyo a los enfermos y su entorno, con la premisa de sanarlo.

## 10. RECOMENDACIONES

Las competencias de los saberes deben ser desarrolladas durante todos los años que el estudiante está cursando su carrera universitaria.

En cada rote debe ser factible que el Interno de Medicina sea evaluado en como aplica las distintas competencias.

Es importante que los estudiantes que realizan el Internado Rotatorio, cultiven la constante actualización de sus conocimientos para desarrollar el saber saber

El contacto con el paciente debe ser monitorizado por su docente tutor, médico de sala y residente, a fin de lograr adquirir bases prácticas para su desarrollo profesional futuro.

La actividad médica que realiza en Interno de Medicina debe ser secundada con el desarrollo de la empatía con cada paciente y en todo momento.

Un Interno de Medicina debe desarrollar la capacidad de trabajar en equipo, para bienestar de los pacientes.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 – 3. Gonzales L. M. Editorial 15 – Saber hacer en contexto. Medellín Colombia. Edit. E. Servicios Educativos© 2018 Publicado 19 de enero 2020.
4. Trujillo –Segoviano J. El enfoque en competencias y la mejora de la educación. Vol. 10, Número 5 Edición Especial, Julio - Diciembre 2014
- 5, 7. Rodríguez H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2006
6. Sánchez D., Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Rev Cub Med Mil vol.43 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2014
8. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica 2010; 16(2): 124-132.
9. Castellanos S. Esquema conceptual, referencial y operativo sobre la investigación educativa. Editorial Pueblo y Educación. 2005. –p 88 – 109.
10. Arrubarrena V.M. La relación médico-paciente. Cirujano General Vol. 33 Supl. 2 – 2011.
- 11 – 15. Delors, J. (1996.): “Los cuatro pilares de la educación” en La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid, España: Santillana/UNESCO. pp. 91-103.
16. Montoya J. Fundamento de educación. Competencia Educativa. Semana 13. Dec 15, 2017, 8:42 PM.
- 17- 18. Opinión. Diario de circulación nacional. Diario Digital. Bolivia tiene más de 10 modalidades de titulación a nivel universitario. 23 de julio de 2017 (20:24 h.)
- 19 – 20, 23 - 25. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Reglamento del Internado Rotatorio de la Carrera de Medicina. 1ra. Reimpresión. Marzo 2018.

- 21 – 22. García J. Modelo educativo basado en competencias: importancia y necesidad. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 1-24
26. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Primera edición, 2011. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- 27 – 29. Martínez N. Los tres saberes – Saber, saber ser y saber hacer. Blog Publicado en 22 enero 2013.
30. Luna D. Los instrumentos de evaluación según el Modelo Educativo Socio comunitario Productivo planificación curricular. Educación Bolivia. Com.
- 31 – 32. Tapia R, Núñez R, Salas R, Rodríguez-Orozco A. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super v.21 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007
- 33 – 37, 49 – 53. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación (HR). Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las américas. Washington, D.C., 2013
38. Triglia A. La teoría de B. F. Skinner y el conductismo. Condicionamiento clásico y operante como forma de entender el aprendizaje humano. Psicología Mente.
- 39 – 42. Universidad Pedagógica Nacional. Epistemología. La adquisición del conocimiento, un acercamiento a conceptos filosóficos y epistemológicos. Mayo 15 de 2008. Colombia.
- 43 – 44. Ertmer P, Newby T. Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. Performance Improvement Quarterly, 1993, 6(4), 50-72.

45 – 48. Sucari W. Teoría del Aprendizaje de Jean Piaget. Monografías .com.

54 – 72. Tintaya P. Ciencia: Construcción de saberes válidos. Revista de Psicología n.7 La Paz 2012.

73- 76 León R, Berendson R. Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación con la biología. Rev Med Hered v.7 n.1 Lima ene. 1996.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1

HOSPITAL/SERVICIO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Lee detenidamente, analice y marque con una "X" SÓLO en una casilla

Nro	Dimensión	Muy Bien	Bien	Aceptable mente	Algunos
	<b>SABER SABER</b>				
1	Conoce las etapas de un estado de enfermedad?				
2	Aplica sus conocimientos con calidad y calidez?				
3	Diferencia la individualidad en la conducta de enfermedad de cada paciente?				
4	Identifica las pruebas complementarias para corroborar un diagnóstico presuntivo?				
	<b>SABER HACER</b>				
5	Organiza los signos y síntomas de las enfermedades de manera racional?				
6	Usa la empatía con el paciente y sus familiares?				
7	¿Programa las actividades asistenciales según él o la paciente?				
8	Fundamenta la utilidad de procedimientos clínico, laboratoriales y de gabinete a realizar en su paciente.				
	<b>SABER SER</b>				
9	Respeto la autodeterminación de los pacientes?				
10	Colabora para que el paciente tenga el apoyo de servicio social en ausencia de familiares?				
11	Comparte con sus compañeros sus conocimientos y experiencias clínicas?				
12	Valora el reglamento interno del hospital y/o servicio donde realiza su Internado?				
	<b>SABER DECIDIR</b>				
13	Propone seguimiento integral de especialistas para los pacientes a su cargo?				
14	Tiene iniciativa para alertar oportunamente frente al cambio en el estado general de un paciente				
15	Organiza el expediente clínico de cada paciente?				
16	Conforma equipos de trabajo dentro el internado?				

## Anexo 2

### Construcción de las tablas

Para relacionar las diferentes dimensiones (saber saber, saber hacer, saber ser y saber decidir) se asignó un valor numérico a cada una de sus variables según las respuestas posibles:

- Muy bien: 4
- Bien: 3
- Aceptablemente: 2
- Algunos: 1

Cada dimensión cuenta con 4 preguntas (4 variables), por lo que el puntaje máximo es 16 y el mínimo 4. El **punto medio** entre ambos valores es de 10, que sería el **mínimo suficiente** (un 50/100). Mientras más estos valores se acerquen a 16 (100/100) la percepción individual que tienen los encuestados de sus capacidades es mayor.

Se considera que los Internos de Medicina tienen una **dimensión desarrollada** si tienen un **puntaje mayor a 12** en la misma. Esto significaría que respondieron “bien” o “muy bien” en cada variable.

Finalmente, se comparan los valores entre las diferentes dimensiones para producir una tabla de correlaciones. Dicha tabla permitirá conocer el **porcentaje de Internos de Medicina que tienen desarrolladas dos dimensiones específicas a la vez** (significa que tienen 12 o más puntos en cada dimensión).

### Anexo 3

#### Tablas cruzadas: Saber Saber vs el resto

Hay una correlación que indica que 60% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber saber y el saber hacer.

**Tabla cruzada 1: Saber Saber\*Saber Hacer**

			Saber Hacer						Total	
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		16,00
Saber Saber	11,00	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	0	2	3	1	0	6
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	6,0%	2,0%	0,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	2	1	1	4	7	1	16
		% del total	0,0%	4,0%	2,0%	2,0%	8,0%	14,0%	2,0%	32,0%
	14,00	Recuento	1	2	3	7	4	1	0	18
		% del total	2,0%	4,0%	6,0%	14,0%	8,0%	2,0%	0,0%	36,0%
	15,00	Recuento	0	0	2	3	3	1	0	9
		% del total	0,0%	0,0%	4,0%	6,0%	6,0%	2,0%	0,0%	18,0%
Total		Recuento	1	4	6	13	15	10	1	50
		% del total	2,0%	8,0%	12,0%	26,0%	30,0%	20,0%	2,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 86% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber saber y el Saber ser.

**Tabla cruzada 2: Saber Saber\*Saber Ser**

			Saber Ser					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Saber	11,00	Recuento	1	0	0	0	0	1
		% del total	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	6	0	0	0	6
		% del total	0,0%	12,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	0	16	0	0	16
		% del total	0,0%	0,0%	32,0%	0,0%	0,0%	32,0%
	14,00	Recuento	0	0	0	18	0	18
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	36,0%	0,0%	36,0%
	15,00	Recuento	0	0	0	0	9	9
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,0%	18,0%
Total		Recuento	1	6	16	18	9	50
		% del total	2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 70% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber saber y el Saber Decidir.

**Tabla cruzada 3: Saber Saber\*Saber Decidir**

			Saber Decidir					Total	
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		16,00
Saber Saber 11,00	Recuento		0	0	0	1	0	0	1
	% del total		0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
12,00	Recuento		0	0	2	1	2	1	6
	% del total		0,0%	0,0%	4,0%	2,0%	4,0%	2,0%	12,0%
13,00	Recuento		0	1	2	5	8	0	16
	% del total		0,0%	2,0%	4,0%	10,0%	16,0%	0,0%	32,0%
14,00	Recuento		1	3	5	5	4	0	18
	% del total		2,0%	6,0%	10,0%	10,0%	8,0%	0,0%	36,0%
15,00	Recuento		0	3	3	2	1	0	9
	% del total		0,0%	6,0%	6,0%	4,0%	2,0%	0,0%	18,0%
Total	Recuento		1	7	12	14	15	1	50
	% del total		2,0%	14,0%	24,0%	28,0%	30,0%	2,0%	100,0%

**Tablas cruzadas: Saber Hacer vs el resto**

Hay una correlación que indica que 60% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber saber.

**Tabla cruzada: 4 Saber Hacer\*Saber Saber**

			Saber Saber					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Hacer 10,00	Recuento		0	0	0	1	0	1
	% del total		0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
11,00	Recuento		0	0	2	2	0	4
	% del total		0,0%	0,0%	4,0%	4,0%	0,0%	8,0%
12,00	Recuento		0	0	1	3	2	6
	% del total		0,0%	0,0%	2,0%	6,0%	4,0%	12,0%
13,00	Recuento		0	2	1	7	3	13
	% del total		0,0%	4,0%	2,0%	14,0%	6,0%	26,0%
14,00	Recuento		1	3	4	4	3	15
	% del total		2,0%	6,0%	8,0%	8,0%	6,0%	30,0%
15,00	Recuento		0	1	7	1	1	10
	% del total		0,0%	2,0%	14,0%	2,0%	2,0%	20,0%
16,00	Recuento		0	0	1	0	0	1
	% del total		0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento		1	6	16	18	9	50
	% del total		2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 64% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber ser.

**Tabla cruzada 5: Saber Hacer\*Saber Ser**

			Saber Ser					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Hacer	10,00	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
	11,00	Recuento	0	0	2	2	0	4
		% del total	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%	0,0%	8,0%
	12,00	Recuento	0	0	1	3	2	6
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	6,0%	4,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	2	1	7	3	13
		% del total	0,0%	4,0%	2,0%	14,0%	6,0%	26,0%
	14,00	Recuento	1	3	4	4	3	15
		% del total	2,0%	6,0%	8,0%	8,0%	6,0%	30,0%
	15,00	Recuento	0	1	7	1	1	10
		% del total	0,0%	2,0%	14,0%	2,0%	2,0%	20,0%
	16,00	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento		1	6	16	18	9	50
	% del total		2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 62% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber hacer y el Saber decidir.

**Tabla cruzada 6: Saber Hacer\*Saber Decidir**

			Saber Decidir						Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00	
Saber Hacer	10,00	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	11,00	Recuento	0	0	0	2	2	0	4
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%	0,0%	8,0%
	12,00	Recuento	0	0	3	2	1	0	6
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	4,0%	2,0%	0,0%	12,0%
	13,00	Recuento	1	4	1	3	4	0	13
		% del total	2,0%	8,0%	2,0%	6,0%	8,0%	0,0%	26,0%
	14,00	Recuento	0	1	5	5	4	0	15
		% del total	0,0%	2,0%	10,0%	10,0%	8,0%	0,0%	30,0%
	15,00	Recuento	0	2	3	1	3	1	10
		% del total	0,0%	4,0%	6,0%	2,0%	6,0%	2,0%	20,0%
	16,00	Recuento	0	0	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento		1	7	12	14	15	1	50
	% del total		2,0%	14,0%	24,0%	28,0%	30,0%	2,0%	100,0%

### Tablas cruzadas: Saber Ser vs el resto

Hay una correlación que indica que 86% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber saber.

**Tabla cruzada 7: Saber Ser\*Saber Saber**

			Saber Saber					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Ser	11,00	Recuento	1	0	0	0	0	1
		% del total	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	6	0	0	0	6
		% del total	0,0%	12,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	0	16	0	0	16
		% del total	0,0%	0,0%	32,0%	0,0%	0,0%	32,0%
	14,00	Recuento	0	0	0	18	0	18
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	36,0%	0,0%	36,0%
	15,00	Recuento	0	0	0	0	9	9
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,0%	18,0%
	Total	Recuento	1	6	16	18	9	50
		% del total	2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 64% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber saber.

**Tabla cruzada 8: Saber Ser\*Saber Hacer**

			Saber Hacer						Total	
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		16,00
Saber Ser	11,00	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	0	2	3	1	0	6
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	6,0%	2,0%	0,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	2	1	1	4	7	1	16
		% del total	0,0%	4,0%	2,0%	2,0%	8,0%	14,0%	2,0%	32,0%
	14,00	Recuento	1	2	3	7	4	1	0	18
		% del total	2,0%	4,0%	6,0%	14,0%	8,0%	2,0%	0,0%	36,0%
	15,00	Recuento	0	0	2	3	3	1	0	9
		% del total	0,0%	0,0%	4,0%	6,0%	6,0%	2,0%	0,0%	18,0%
	Total	Recuento	1	4	6	13	15	10	1	50
		% del total	2,0%	8,0%	12,0%	26,0%	30,0%	20,0%	2,0%	100,0%

Hay una correlación que indica que 70% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber ser y el Saber decidir.

**Tabla cruzada 9: Saber Ser\*Saber Decidir**

			Saber Decidir					Total	
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		16,00
Saber Ser	11,00	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	2	1	2	1	6
		% del total	0,0%	0,0%	4,0%	2,0%	4,0%	2,0%	12,0%
	13,00	Recuento	0	1	2	5	8	0	16
		% del total	0,0%	2,0%	4,0%	10,0%	16,0%	0,0%	32,0%
	14,00	Recuento	1	3	5	5	4	0	18
		% del total	2,0%	6,0%	10,0%	10,0%	8,0%	0,0%	36,0%
	15,00	Recuento	0	3	3	2	1	0	9
		% del total	0,0%	6,0%	6,0%	4,0%	2,0%	0,0%	18,0%
	Total	Recuento	1	7	12	14	15	1	50
		% del total	2,0%	14,0%	24,0%	28,0%	30,0%	2,0%	100,0%

**Tablas cruzadas: Saber Decidir vs el resto**

Hay una correlación que indica que 70% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber decidir y el Saber saber.

**Tabla cruzada 10: Saber Decidir\*Saber Saber**

			Saber Saber					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Decidir	11,00	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	1	3	3	7
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	6,0%	6,0%	14,0%
	13,00	Recuento	0	2	2	5	3	12
		% del total	0,0%	4,0%	4,0%	10,0%	6,0%	24,0%
	14,00	Recuento	1	1	5	5	2	14
		% del total	2,0%	2,0%	10,0%	10,0%	4,0%	28,0%
	15,00	Recuento	0	2	8	4	1	15
		% del total	0,0%	4,0%	16,0%	8,0%	2,0%	30,0%
	16,00	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento	1	6	16	18	9	50	
	% del total	2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%	

Hay una correlación que indica que 62% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber decidir y el Saber hacer.

**Tabla cruzada 11: Saber Decidir\*Saber Hacer**

			Saber Hacer						Total	
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		16,00
Saber Decidir	11,00	Recuento	0	0	0	1	0	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	0	4	1	2	0	7
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	8,0%	2,0%	4,0%	0,0%	14,0%
	13,00	Recuento	0	0	3	1	5	3	0	12
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	2,0%	10,0%	6,0%	0,0%	24,0%
	14,00	Recuento	1	2	2	3	5	1	0	14
		% del total	2,0%	4,0%	4,0%	6,0%	10,0%	2,0%	0,0%	28,0%
	15,00	Recuento	0	2	1	4	4	3	1	15
		% del total	0,0%	4,0%	2,0%	8,0%	8,0%	6,0%	2,0%	30,0%
	16,00	Recuento	0	0	0	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento	1	4	6	13	15	10	1	50	
	% del total	2,0%	8,0%	12,0%	26,0%	30,0%	20,0%	2,0%	100,0%	

Hay una correlación que indica que 70% de los alumnos tienen desarrollado ambos el Saber decidir y el Saber ser.

**Tabla cruzada 12: Saber Decidir\*Saber Ser**

			Saber Ser					Total
			11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	
Saber Decidir	11,00	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
	12,00	Recuento	0	0	1	3	3	7
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	6,0%	6,0%	14,0%
	13,00	Recuento	0	2	2	5	3	12
		% del total	0,0%	4,0%	4,0%	10,0%	6,0%	24,0%
	14,00	Recuento	1	1	5	5	2	14
		% del total	2,0%	2,0%	10,0%	10,0%	4,0%	28,0%
	15,00	Recuento	0	2	8	4	1	15
		% del total	0,0%	4,0%	16,0%	8,0%	2,0%	30,0%
	16,00	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento	1	6	16	18	9	50	
	% del total	2,0%	12,0%	32,0%	36,0%	18,0%	100,0%	