



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
DOCENCIA PARA LA EDUCACION SUPERIOR



**CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL
APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE
MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III.
CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.**

Autora: Dra. Ana Preciado
C.I.: 20699520

Bárbula, febrero de 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
DOCENCIA PARA LA EDUCACION SUPERIOR



**CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL
APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE
MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III.
CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.**

Autora: Dra. Ana Preciado
C.I.: 20699520

Tutora: Msc. Carmen Vera

**Trabajo de Grado presentado ante
la Comisión Coordinadora del
Programa de Especialización en
Docencia para la Educación
Superior, como requisito para
optar al Grado académico de
Especialista en Docencia para la
Educación Superior.**

Bárbula, febrero de 2018



PEDES

Libro de Actas del P.E.D.E.S. No. 006-2017

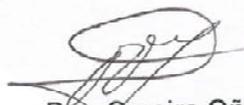


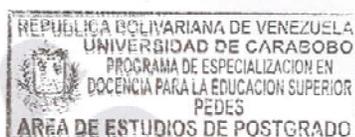
ACTA DE APROBACIÓN

La Comisión Coordinadora del Programa de la Especialización en Educación Superior – PEDES-, en uso de las atribuciones que le confiere el **Artículo Nro. 20 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo**; hace constar que una vez evaluado el Proyecto de Trabajo de Grado Titulado: **CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA PARA EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III. CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”**, presentado por la ciudadano(a): **ANA PRECIADO**, titular de la Cédula de Identidad Nro.: **V-20.699.520** y elaborado bajo la dirección del Tutor(a): **CARMEN VERA**, titular de la Cédula de Identidad Nro.: **V-4.866.995**, se considera que el mismo reúne los requisitos y en consecuencia, es **APROBADO**. Línea de Investigación: **FORMACIÓN DOCENTE**.

En Valencia, a los 15 de febrero del año 2017.

**POR LA COMISIÓN COORDINADORA DE LA ESPECIALIZACIÓN EN
DOCENCIA PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR - P.E.D.E.S. -**


Dra. Omaira Oñate
Coordinadora del P.E.D.E.S.



OO/hshp
Archivada en ACTAS DE APROBACIÓN 2016.DOC

...La Universidad Efectiva



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
DOCENCIA PARA LA EDUCACION SUPERIOR



AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe, Msc. Carmen Milagros Vera Buysse, titular de la cédula de identidad Nro. 4.866.995, en mi carácter de tutora del trabajo de Especialización titulado **“CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III. CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**, presentado por la Dra. Ana Cecilia Preciado Zerpa, titular de la cédula de identidad N° 20.699.520, para optar al título de **Especialista en Docencia para la Educación Superior**, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe. En Bárbula a los 8 días de febrero del año 2018.

Msc. Carmen M. Vera B.

C.I.: 4866995



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
INFORME DE ACTIVIDADES



Participante: Ana C. Preciado Z. **Cédula de Identidad:** 20.699.520

Tutor (a): Carmen M. Vera B. **Cédula de Identidad:** 4.866.995

Correo electrónico del participante: preciadoz_anac@hotmail.com

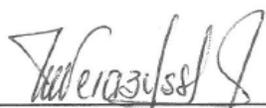
Título Tentativo: **“CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III. CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.**

Sesión	Fecha	Hora	Asunto tratado	Observaciones
01	02/06/16	4:00 pm	Objeto de estudio- Título	Mejorar redacción, plantear el problema de forma concisa
02	29/07/16	4:00 pm	Propósitos de la investigación	Se recomendaron cambios en los propósitos y se redactó la justificación
03	26/09/16	3:00 pm	Fundamentación teórica	Revisión y corrección de los antecedentes y bases teóricas
04	03/10/16	5:00 pm	Fundamentación teórica	Se elaboró el cuadro de operacionalización de variables (a manera de guía

				porque no se anexa al trabajo). Corrección de antecedentes.
05	01/11/16	4:00 pm	Orientación metodológica	Definición de estrategia metodológica y método de recolección de datos
06	10/11/16	5:00 pm	Orientación metodológica	Corrección del Capítulo III
07	03/04/17	3:00 pm	Instrumento	Corrección de la guía de entrevista
08	08/05/17	3:00 pm	Categorización	Se clasificaron los datos obtenidos en categorías
09	03/07/17	4:00 pm	Triangulación	Se contrastaron los datos con las teorías y el aporte del investigador
10	12/09/17	4:00 pm	Análisis y recomendaciones	Aportes de la triangulación
11	25/09/17	2:00 pm	Revisión final	Últimas correcciones

Título definitivo: **“CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III. CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.**

Declaramos que las especificaciones anteriores representan el proceso de dirección del Trabajo de Grado arriba mencionado.



Msc. Carmen M. Vera B.

C.I.: 4866995



Ana C. Preciado Z.

C.I.: 20.699.520



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACION SUPERIOR



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de grado titulado: **“CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III. CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”** presentado por la Doctora Ana Cecilia Preciado Zerpa, titular de la C.I. 20.699.520, para optar al título de Especialista en Docencia para la Educación Superior, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

Apellido y Nombre

Cédula de Identidad

Firma

Bárbula, febrero de 2018

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso y la Virgen María, por bendecirme cada día y darme la salud y voluntad para caminar cada día avanzando en mi proyecto de vida donde éste trabajo forma parte.

A mi madre, Edelis Zerpa, quién ha sido mi pilar y a quién le debo mi formación.

A mi esposo, Giuseppe Boyer, con tu amor incondicional y esa mezcla esencial de Voluntad y Disciplina me inspiras cada día.

A mi tutora y tía, Carmen Milagros Vera, Dios bendiga tu inteligencia.

A todos los niños, que también son pacientes, porque todo el trabajo que se pueda hacer por su bien está más que justificado.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso y la Virgen María por permitirme cada día continuar.

A mi familia, mi madre, esposo, hermano, abuela, tío... todos ellos, son mi mayor motivación.

A mi profesora de metodología Evelin Rodríguez, gracias por todo el conocimiento y el apoyo brindado, me inspira a ser mejor persona y mejor docente.

A mis colegas que me prestaron el apoyo en esta investigación, anónimos, ya que sin ellos no hubiese sido posible llevarla a cabo.

A mis amigos de especialización, Carlyn Montenegro, Daniela Díaz, Franklin Revette, Trina Rodríguez y los que no nombro aquí, todos ellos son fuente de inspiración, con sus ocurrencias, su compañía cada sábado, gracias por todo amigos.

Al Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” como institución y todos los que laboran en el, por ser un centro avocado a los pacientes y a la docencia, que en medio del trance que atraviesa nuestro país, le brinda la ayuda a todos y cada uno de los pacientes que acuden en la búsqueda de una mano amiga.

A todas las personas que colaboraron, directa o indirectamente, en la realización de este trabajo, infinitas gracias.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	
Presentación	4
Objeto de estudio	5
Propósitos de la Investigación.....	9
Pertinencia de la Investigación.....	10
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Antecedentes de la Investigación	11
Premisas Epistemológicas.....	14
Estrategia de enseñanza.....	14
Tipos de estrategias docentes	15
Estrategias para generar conocimientos previos	16
Estrategias para orientar la atención del alumno.....	18
Estrategias para organizar la información.....	19
Estrategias de enlace de conocimientos	21
Aprendizaje significativo	25
Prescripción de medicamentos.....	27
Teorías que sustentan la investigación.....	36
Cono del aprendizaje de Edgar Dale.....	36
Teoría de la Comunicación	37
Teoría de la motivación intrínseca y extrínseca.....	39
Crisis humanitaria en Venezuela.....	41
Sustento Legal.....	43
CAPÍTULO III	
ENFOQUE INVESTIGATIVO Y ORIENTACIÓN METODOLÓGICA	

Enfoque de la Investigación	49
Tipo de Investigación	50
Diseño de la Investigación	50
Proceso Metodológico.....	50
Teoría de la Investigación Acción.....	51
Informantes Claves.....	53
Técnicas para recabar información	53
Técnica de análisis de datos	55
CAPÍTULO IV	
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	
Transcripción de las entrevistas	57
Análisis e interpretación de la información	76
Categorización	78
Interpretación de los hallazgos.....	115
Consideraciones finales.....	116
BIBLIOGRAFÍA	
Referencias	118
ANEXOS	
Anexo A.....	125

ÍNDICE DE CUADROS

Categorización de la Información

Categorización de la interrogante 1.....	78
Categorización de la interrogante 2.....	80
Categorización de la interrogante 3.....	82
Categorización de la interrogante 4.....	83
Categorización de la interrogante 5.....	84
Categorización de la interrogante 6.....	85
Categorización de la interrogante 7.....	86
Categorización de la interrogante 8.....	89
Categorización de la interrogante 9.....	90
Categorización de la interrogante 10.....	92
Categorización de la interrogante 11.....	94
Categorización de la interrogante 12.....	95
Categorización de la interrogante 13.....	96
Categorización de la interrogante 14.....	99
Categorización de la interrogante 15.....	101

Relación Categorical

Codificación de Categorías	104
----------------------------------	-----

Triangulación

Triangulación	108
---------------------	-----



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACION SUPERIOR



**CALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL
APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE LA PRESCRIPCIÓN DE
MEDICAMENTOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA PEDIÁTRICA III.
CASO: HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.**

Autora: Dra. Ana Preciado

Tutora: Msc. Carmen Vera

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue valorar la calidad de las estrategias de enseñanza para el aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos en la asignatura Clínica Pediátrica III en los internos del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” y residentes del primer año de pediatría del mismo. La fundamentación teórica se tomó a partir de las premisas de Ausubel del aprendizaje significativo; Dale Edgar y su cono del aprendizaje, entre otros. El estudio fue cualitativo, descriptivo y de campo, fundamentado en la teoría de la Investigación-Acción bajo el paradigma crítico, con la finalidad de valorar la importancia del aprendizaje significativo en materia de prescripción de medicamentos en pediatría y generar un proceso reflexivo. Se recolectó la información a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales se aplicaron a (06) informantes clave, (03) internos del hospital objeto de estudio, y (03) residentes del primer año del postgrado de pediatría, todos egresados de la Universidad de Carabobo, los cuales cursaron la asignatura antes mencionada y cuyos aportes fueron de gran relevancia en la investigación. Por último, una vez recabada la información, se procedió a su análisis e interpretación a través de la técnica de Triangulación mediante la cual se obtuvo como resultado que existe aplicación de estrategias de enseñanza de calidad en la cátedra de clínica pediátrica III en consonancia con el programa de la asignatura, sin embargo no están orientadas hacia la prescripción de medicamentos ni hay una guía de la buena prescripción que se aplique en la misma.

Línea de Investigación: Formación docente

Palabras Clave: Estrategias de enseñanza, aprendizaje significativo, prescripción

Área Disciplinar: Ciencias pedagógicas

Área Prioritaria de la UC: Educación

Temática: Práctica docente

Sub Temática: Estrategias educativas



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACION SUPERIOR



**QUALITY OF TEACHING STRATEGIES IN THE MEANINGFUL
LEARNING OF THE PRESCRIPTION OF MEDICINES IN THE PEDIATRIC
CLINICAL SUBJECT III.
CASE: UNIVERSITY HOSPITAL "DR. ANGEL LARRALDE".**

Author: Dra. Ana Preciado

Tutor: Msc. Carmen Vera

ABSTRACT

The purpose of this research was to assess the quality of teaching strategies on meaningful learning of medication prescription at Pediatric Clinic III assignment in the interns of the "Dr. Ángel Larralde" University Hospital and first year residents of pediatrics of the same hospital. The theoretical foundation was based from Ausubel's meaningful learning premises; Dale Edgar and his learning cone, among others. The study was qualitative, descriptive and field, based on the theory of Research-Action under the critical paradigm, with the purpose of assessing the importance of significant learning in the field of prescribing medicines in pediatrics and generating a reflective process. Data were collected through semi-structured interviews, which were applied to key informants (06) in the hospital under study, (03) interns of the hospital in case, and (03) residents of the first year of the pediatrics postgraduate program, all graduated from the University of Carabobo, who attended the course mentioned above and whose contributions were of great relevance in the research. Finally, once the information was collected, it was analyzed and interpreted through the Triangulation technique by which it was obtained as a result that there was application of quality teaching strategies in the chair of pediatric clinic III in line with the program of the subject, however are not oriented towards the prescription of medicines and neither is there a guide to the good prescription that is applied in it.

Research Line: Teacher Training

Key Words: Teaching Strategies, Meaningful Learning, Prescription

Field of study: Pedagogical Sciences

UC Priority Area: Education

Theme: Teaching practice

Sub Topic: Educational Strategies

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) promulgado en el año 2016, actualmente el mundo educativo se enfrenta a un reto: la humanización de la educación. En ese sentido, una herramienta fundamental para lograrlo es el uso adecuado de las estrategias de enseñanza en el aula de clase. Cada día cobra mayor vigencia e importancia el conocimiento de esta área y su correcta aplicabilidad es garante de que se han encaminado los esfuerzos en una correcta dirección. Es por ello que el énfasis en las estrategias de enseñanza para la promoción del aprendizaje significativo no sea en vano, ya que se persigue que el estudiante aprenda de acuerdo a su estructura cognitiva previa la nueva información y no solo eso, sino que cobre sentido y sea capaz de llevar ese aprendizaje a la práctica en distintos escenarios, tanto personal, como académico y laboral.

En este contexto se introduce la relevancia del aprendizaje significativo de las buenas prácticas de prescripción en los estudiantes de medicina. A lo largo de la carrera de Medicina los estudiantes adquieren competencias que les van labrando el camino para aprender a realizar correctas prescripciones. El aspecto de la prescripción en pediatría se reviste de especial importancia, al ser la población pediátrica vulnerable por cuanto tienen mayor probabilidad de que los profesionales de la salud incurran en errores de prescripción de diversa índole ya que poseen características propias de su grupo etario como la composición corporal, el hecho de tener que calcular las dosis por peso o superficie corporal, la inmadurez de algunos aparatos y sistemas de acuerdo a la edad del paciente, entre otras razones. Juega un

papel importante en la adquisición de destrezas y creación de significados, la motivación que presenta el estudiante en la obtención del aprendizaje.

En este sentido, se presenta la siguiente investigación orientada a valorar la calidad de las estrategias de enseñanza para el aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos en la asignatura Clínica Pediátrica III en los internos del hospital y residentes del primer año de pediatría de la Universidad de Carabobo, en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo. Se estructuró de la siguiente manera:

El Capítulo I: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA, el cual contiene la presentación, el objeto de estudio, los propósitos y la pertinencia de la investigación.

El Capítulo II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO, es imperativo que toda investigación cuente con un marco referencial teórico por cuanto constituye un pilar fundamental para el posterior análisis de los datos. El presente está constituido por los antecedentes de la investigación, las premisas epistemológicas, teorías y el sustento legal que dirigió la investigación.

El Capítulo III: ENFOQUE INVESTIGATIVO Y ORIENTACIÓN METODOLÓGICA, en este apartado se mencionó la forma como se recorrió el camino que conllevó a la prosecución exitosa de este proyecto. Está conformado por el tipo y diseño de investigación, informantes claves, técnicas de análisis de datos, y método de análisis e interpretación de la información.

El Capítulo IV: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, en donde se procede a la descripción y análisis de los datos obtenidos en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, haciendo referencia y categorizando la información suministrada por (06) informantes claves, obtenida a través de entrevistas semiestructuradas. Posteriormente se describe el proceso de triangulación para luego proceder al análisis e interpretación del objeto de estudio.

Y por último, las consideraciones finales derivadas de este estudio.

CAPÍTULO I

Contextualización del problema

Presentación.

La educación es un baluarte fundamental que impulsa el desarrollo, además de ser uno de los instrumentos más eficaces para reducir la pobreza y mejorar la salud, así como para lograr la paz y estabilidad a nivel mundial. De allí la importancia de que los estudiantes aprendan para la vida, para aplicar en la práctica lo aprendido y no limitarse a adquirir conocimiento teórico. La educación superior ha de ser pragmática, es decir, debe otorgar a los significados repercusiones prácticas, así como guiar acciones a través del pensamiento de los individuos.

En este contexto, la enseñanza se puede definir según la Real Academia de la Lengua Española (2014) “como el sistema y método de dar instrucción de un conjunto de conocimientos, principios o ideas” (p.925). En cada espacio donde se lleva a cabo el proceso de enseñanza- aprendizaje, se realiza una construcción conjunta entre docentes y aprendices, la cual es única. De acuerdo a este precepto, es difícil suponer que exista una manera infalible de llevar a cabo el mismo (Díaz-Barriga y Hernández, 2002, p.3). Por el contrario, la gama de opciones para enseñar es amplia y varía de acuerdo a la corriente psicológica del aprendizaje con la cual se identifique el docente o la institución y dependerá también en gran medida de las características de cada grupo de estudiantes, entre otros aspectos.

Partiendo de lo anterior, las estrategias de enseñanza se definen como “procedimientos que el agente de enseñanza utiliza en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en los alumnos” (Mayer, 1984; Shuell 1988; West, Farmer y Wolff, 1991, citado por Díaz-Barriga, 2002). Asimismo, el docente debe poseer un bagaje amplio de estrategias, conociendo qué función tienen y cómo pueden desarrollarse adecuadamente en el aula de clase y en un contexto determinado.

Tal es el caso de los docentes clínicos a nivel superior, los cuales deben ser excelentes educadores, letrados, altruistas y sobretodo proactivos en el desarrollo del pensamiento de sus aprendices. Estas cualidades son demandadas en los responsables de la enseñanza de la medicina en mayor medida, ya que se trata de una profesión que exige a los estudiantes una formación de calidad, por cuanto involucra la vida de los ciudadanos. Al respecto, Saenz, Cárdenas y Rojas (2010) apuntan que el profesor clínico ha de ser “fuente de inspiración, ejemplo y soporte para el estudiante, promoviendo su iniciativa y autonomía, comprometido y compasivo con los pacientes” (p.427). A su vez, el profesor además de facilitador, debe procurar una enseñanza centrada en el paciente y una práctica clínica basada en la justicia y la equidad (Reilly, 2007).

Objeto de estudio.

No obstante, durante el desarrollo de clases y en el proceso de formación, transmisión y adquisición del conocimiento, el docente debe implementar técnicas que conlleven al estudiante a aprender a aprender, con un objetivo general dilucidado y que propicien en los individuos habilidades y competencias para su posterior desenvolvimiento en cualquier ámbito tanto dentro como fuera del espacio de aprendizaje (Bustamante, Carmona y Renteria, 2007).

En este orden de ideas, con respecto al aprendizaje significativo, Ausubel (1963) citado por Good y Brophy (1996) plantea que: “el aprendizaje significativo tiene lugar cuando el material puede relacionarse en forma no arbitraria con la estructura cognoscitiva del alumno y cuando éste adopta esa tendencia de aprendizaje” (p.135).

Lo anterior resalta la importancia que reviste que el aprendiz posea ideas previas pertinentes como antecedentes necesarios para aprender. Sin embargo puede ocurrir el caso en que aun cuando los estudiantes se encuentran en presencia de un material potencialmente significativo, aprendan por repetición debido al déficit de motivación intrínseca o a un escaso nivel de madurez cognitiva para la comprensión de determinados contenidos. Es por ello que surge la necesidad de que el docente comprenda los procesos motivacionales y afectivos que subyacen al aprendizaje de sus estudiantes, con el fin de orientar el uso de estrategias efectivas de enseñanza.

En el caso de los estudiantes de medicina, particularmente en el área de pediatría, es fundamental llevar a cabo estrategias de enseñanza que faciliten la adquisición de

aprendizaje significativo. Del mismo modo, cabe destacar que la calidad de la formación académica que reciben los estudiantes en el pregrado de medicina repercute directamente en la praxis médica futura de los mismos. Enfatizando en la terapéutica farmacológica aplicada a los pacientes pediátricos, los médicos se enfrentarán a decisiones de las cuales dependerá la salud y en muchos casos la vida de los niños. En este sentido, Sosa (2010) argumenta que “subyace a esta visión una concepción constructivista de la realidad con la cual se enfrenta el práctico, el cual entonces se entrena para replantear su conocimiento en la acción, más allá de las reglas, hechos y teorías” (p.39).

En ese sentido, se ha evidenciado que existen obstáculos en la calidad de estrategias de enseñanza para la prescripción de medicamentos pediátricos en la asignatura clínica pediátrica III, impartida durante el último año de la carrera de medicina, en función de la experiencia en la práctica clínica donde se coloca de manifiesto la falta de consolidación de conocimientos de prescripción. Entre las posibles causas de esta noxa, resalta que quizás los docentes suponen que ese aprendizaje se obtiene a cabalidad en farmacología y se afianza en las prácticas de los estudiantes (guardias), falta de tiempo para atender a fondo ese contenido en la planificación de las clases o no inclusión en la misma, enfoque en el diagnóstico o sintomatología de las distintas patologías y no en la terapéutica, y por último probablemente existe falta de conocimientos previos así como motivación intrínseca por parte de los estudiantes en la adquisición de ese aprendizaje, lo cual no permitiría

que las estrategias surtan el efecto deseado. Al respecto, la OMS (1998) manifiesta que:

Cuando comienzan la formación clínica, la mayoría de los estudiantes de medicina no tienen una idea muy clara de cómo prescribir un fármaco a sus pacientes ni de qué información deben dar. Generalmente esto se debe a que la formación farmacológica inicial se ha concentrado más en la teoría que en la práctica. (p.1)

En otro orden de ideas, situando a la asignatura Clínica Pediátrica III en este contexto, ésta se ubica en el nivel 6 de la carrera para optar al título de Médico Cirujano en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, de la Universidad de Carabobo. Posee 7,50 unidades crédito y una carga horaria de 30 horas semanales. Se divide en III módulos. El primero corresponde a “Manejo integral del recién nacido sano y enfermo”, el segundo a “Manejo integral del niño sano y enfermo con patología de emergencia” y el tercero se refiere al “Manejo integral del niño sano y enfermo con patología de seguimiento hospitalario”. Particularmente se hace alusión a esta asignatura la cual se imparte en el Centro Clínico Integral del Norte de esta casa de estudios, específicamente en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

Asimismo, es interesante conocer el punto de vista, las emociones, experiencias y forma de concebir esta realidad, tanto de los residentes del primer año de postgrado de Pediatría y Puericultura así como de los Internos, todos egresados de la Universidad de Carabobo, que se encuentren en el Hospital Universitario, con el fin de enriquecer los hallazgos de esta investigación.

De lo anteriormente expuesto se deriva la formulación del problema:

Los residentes del primer año de pediatría e internos no reúnen las competencias necesarias para prescribir fármacos porque se han presentado muchos casos de errores de prescripción en la práctica, razón por la cual pudiera pensarse que las estrategias de enseñanza aplicadas en la asignatura Clínica Pediátrica III en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” no promueven el aprendizaje significativo de la prescripción.

Propósitos de la investigación

Propósito General.

Valorar la calidad de las estrategias de enseñanza en el aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos en la asignatura Clínica Pediátrica III en los residentes del primer año de pediatría e internos egresados de Universidad de Carabobo, en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

Propósitos Específicos.

1. Describir las estrategias de enseñanza que se aplican en la asignatura Clínica Pediátrica III.
2. Identificar las motivaciones de los internos del hospital y residentes del primer año del postgrado de pediatría, para adquirir el aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos.

3. Indagar en la valoración del aprendizaje significativo que tienen los internos del hospital y residentes del primer año de pediatría acerca de la prescripción de medicamentos.
4. Interpretar las vivencias de los internos del hospital y residentes del primer año de pediatría con respecto a los errores de medicación en los pacientes pediátricos; esto como un aporte a la investigación.

Pertinencia de la investigación.

Esta investigación se hace con la finalidad de valorar la calidad de las estrategias de enseñanza aplicadas en la asignatura Clínica Pediátrica III, ya que los residentes del primer año de Pediatría e Internos han presentado, a lo largo de su desempeño profesional, dificultades al momento de prescribir fármacos a pacientes pediátricos.

Una vez valoradas las referidas estrategias se podrán captar posibles debilidades y así, encontradas, sugerir los correctivos necesarios para subsanar la problemática planteada. En cuanto a la relevancia académica de este estudio, consiste en ampliar el conocimiento en materia de estrategias de educativas aplicadas en la enseñanza de la medicina, específicamente en la pediatría.

Esta medida beneficiará a los pacientes pediátricos en primera instancia, ya que sufrirán en menor medida a causa de errores de prescripción. Por otra parte, redundará en beneficios para los internos y residentes por cuanto obtendrán una mejor formación académica en el área pediátrica.

CAPÍTULO II

Fundamentación teórica del estudio

Hernández, Fernández y Baptista (2010) se refieren al marco teórico como:

Un producto de la inmersión en el conocimiento existente y disponible que puede estar vinculado con el planteamiento del problema. Su desarrollo usualmente comprende dos etapas: la revisión analítica de la literatura correspondiente y la construcción del marco teórico, lo que puede implicar la adopción de una teoría. (p.52)

Antecedentes.

En relación con las estrategias de enseñanza para el aprendizaje significativo y la prescripción de medicamentos en el área de pediatría, se consultaron diversas fuentes y trabajos relacionados al tema de estudio, los cuales se describen a continuación.

Valera, V. (2010). En la Universidad del Zulia, Venezuela, llevo a cabo un trabajo denominado “Estrategias instruccionales para el logro de aprendizaje significativo en el eje curricular de Contabilidad”, en el cual se planteó como objetivo general analizar las estrategias instruccionales aplicadas en el eje curricular de contabilidad desde la perspectiva del aprendizaje significativo. Desarrolló una investigación de campo, no experimental, transeccional y descriptiva. Las conclusiones arrojaron que la mayoría de los profesores se apoyan en estrategias orientadas hacia el desarrollo de la toma de decisiones, creatividad, memoria y motivación para favorecer el aprendizaje significativo de sus estudiantes. Asimismo, los docentes manejan la técnica de los mapas mentales, valoran el repaso simple y los esquemas

organizadores, así como el resumen, entre otras. El aporte de este estudio para la presente investigación radica en la categorización de las estrategias de enseñanza.

Lozzada, J y Ruiz, C. (2011) provenientes de la Universidad de Los Andes, Venezuela, en su trabajo titulado “Estrategias didácticas para la enseñanza-aprendizaje de la multiplicación y división en alumnos de 1er año”, trazaron como objetivo general diseñar estrategias didácticas para la enseñanza- aprendizaje de la multiplicación y división para alumnos de primer año del subsistema de educación secundaria bolivariana. La investigación respondió a un proyecto factible a partir de un diseño descriptivo, de campo, el cual se desarrolló en cuatro fases. Las conclusiones apuntaron a que los docentes de matemática de primer año hacen uso adecuado de las estrategias de enseñanza- aprendizaje, sin embargo la mayoría manifestó que la falta de tiempo para llevar a cabo el programa escolar les impedía abordar las dificultades de los estudiantes o desempeñarse en todas las clases con estrategias didácticas. Partiendo de esta investigación se obtienen ideas acerca de que causas pueden llevar a los docentes a no emplear en todo momento estrategias de enseñanza adecuadas.

Acosta, S y Boscán, A. (2012) de la Universidad Rafael Beloso Chacín, Venezuela, en su investigación titulada “Estrategias cognoscitivas para la promoción del aprendizaje significativo de la biología en la escuela de educación” tuvieron como objetivo general describir las estrategias cognoscitivas que utilizan los docentes para la promoción del aprendizaje significativo de la biología en la escuela de educación.

El diseño fue de tipo descriptivo, de campo, no experimental y transeccional. A través de esta investigación se concluyó que las estrategias cognitivas están presentes dentro del desarrollo de las clases de biología contribuyendo a la construcción de aprendizaje significativo por parte de los estudiantes. El aporte para este estudio se ubica en la aplicación de la metodología, ya que, en algún punto de la misma, se pretenden describir las estrategias de enseñanza.

Encarnación, R; Vega, M; Ocana, R; Márquez, E y Bellido, I. (2014) de la Universidad de Málaga, España, desarrollaron una investigación titulada “Estudio de las prescripciones farmacológicas en niños a nivel de atención primaria: evaluación de los usos off-label o fuera de ficha técnica”. El objetivo general del trabajo fue evaluar el perfil de prescripción y los usos “off-label” (fuera de ficha técnica) y “unlicensed” (medicamentos no autorizados específicamente para niños) de medicamentos a nivel ambulatorio. El diseño fue un estudio transversal. Las conclusiones señalan que la tasa de usos off-label presenta cifras intermedias, pudiendo recibir este tipo de prescripciones una tercera parte de los niños. De esta investigación el aporte consiste en que se introduce un aspecto importante tal como lo es el uso fuera la ficha técnica de los fármacos, dato relevante para el desarrollo de este estudio.

Por último, Hoyos, A. (2016) en la Universidad Ecotec, Ecuador, llevó a cabo una investigación titulada “Influencia en un diseño de estrategias óptimo de enseñanza en el aprendizaje significativo”. Su objetivo general fue analizar el uso de estrategias de

enseñanza para la obtención de aprendizaje significativo en los estudiantes de quinto grado de educación básica general de una escuela ecuatoriana. El diseño fue descriptivo. Se llegó a la conclusión que el docente determina el impacto de la utilización de estrategias de enseñanza y aprendizaje en los estudiantes, dependiendo del nivel de capacitación de los docentes se verán reflejados los resultados de aprendizaje en los estudiantes. La propuesta de implementar una guía de estrategias de enseñanza aprendizaje para la potenciación del aprendizaje significativo en los estudiantes de quinto grado, aporta al desarrollo de habilidades cognitivas de los niños. Este estudio aporta un enfoque que centra la atención en el docente, donde su preparación es directamente proporcional al resultado que se obtiene en los aprendices.

Premisas epistemológicas.

Estrategia de enseñanza.

Una estrategia docente, es aquella empleada por el docente durante los diversos momentos de la clase con el fin de lograr la eficacia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se evidencie la participación activa del estudiante, que interioriza los contenidos aprendidos en clases y además los coloca en práctica ante la sociedad en cualquier circunstancia o contexto, es decir, el estudiante debe aplicar el conocimiento en las situaciones personales, académicas o laborales. (Vera y Vera, 2011).

En tal sentido, las estrategias son definidas por Díaz y Hernández (2002), como “procedimientos o recursos utilizados por el agente de enseñanza para promover aprendizajes significativos” (p. 140); es decir, son los procedimientos utilizados por el docente, considerando las necesidades individuales de los estudiantes. Por otra parte, Tobón (2006), las considera “como un conjunto de acciones que se proyectan y se ponen en marcha de forma ordenada para alcanzar un determinado propósito” (p. 166).

El proceso de enseñanza es un hecho humano y social, el cual es gestionado por el docente, quien decide como planificar y desarrollar las actividades en el aula para que se logre el aprendizaje significativo deseado. Este proceso demanda de los profesores que se mantengan actualizados con las innovaciones educativas.

En este sentido, para promover el aprendizaje, será necesario que el docente se apoye en recursos innovadores que ayuden a lograr los objetivos propuestos, así pues, debe seleccionar estrategias adaptadas a las características de los estudiantes.

Tipos de Estrategias Docentes.

El docente, dentro del desempeño didáctico, aspira que el estudiante logre aprender significativamente, en este sentido, diseña recursos estratégicos acordes con la situación académica que debe abordar. Al respecto, Alfonso (2003) señala que “es necesario ubicarse frente a cada situación” (p.5).

Partiendo de lo anterior, las estrategias docentes se estudian según los procesos cognoscitivos. Es por ello que el proceso de enseñanza y aprendizaje gira en torno a los estudiantes, ya que busca que éstos amplíen su visión y conocimiento acerca del mundo de forma general, así como también que adquieran las herramientas idóneas para desempeñarse exitosamente en el mismo. Es por ello que, desde la perspectiva cognitivista, “la actividad pensante debe propiciarse cuando el estudiante tiene su estructura cognitiva preparada para incorporar en ella nuevos elementos o reestructurar los que posee” (Vera y Vera, 2011, p.400). En este orden de ideas, Díaz y Hernández (2002) citando a Cooper, 1990; Kiewra, 1991; Mayer, 1984; y West, Farmer y Wolf, 1991, y teniendo en cuenta los procesos cognitivos, proponen la siguiente clasificación de las estrategias de enseñanza:

a) Estrategias para generar conocimientos previos.

La obtención de información nueva depende en alto grado de las ideas pertinentes que ya existen en la estructura cognitiva del aprendiz, pues el aprendizaje significativo ocurre mediante una interacción de la nueva información con las ideas que ya existen. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la eficacia de las estrategias radica en su significatividad y no en técnicas de repetición del conocimiento.

Dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, asume González (2007) citado por Vera y Vera (2011) que “el maestro hace el papel de guía, y su función evaluadora y

reguladora pierde protagonismo, puesto que son los alumnos quienes han de gestionar progresivamente su propio aprendizaje” (p.4). En este sentido, emplear las discusiones en equipo permite la participación colectiva de los estudiantes y a su vez la activación de conocimientos previos sobre el tema a tratar.

Dentro de este grupo de estrategias caben resaltar: la actividad focal introductoria, la discusión guiada, la actividad generadora de información previa y los objetivos.

La actividad focal introductoria es una estrategia que consiste en atraer la atención de los estudiantes, activando los conocimientos previos o creando un escenario motivacional óptimo de inicio de la clase.

Por su parte, la **discusión guiada** según Cooper (1990) citado por Díaz- Barriga y Hernández (ob. cit.) consiste en “un procedimiento interactivo a partir del cual profesor y alumnos hablan acerca de un tema determinado” (p.149). Esto permite un enriquecimiento de los conocimientos previos ya que la discusión que se genera le permite a los aprendices compartir la información que algunos no poseían y viceversa.

Por último, la actividad generadora de información previa permite a los estudiantes reflexionar y compartir sus conocimientos previos acerca de un tema en específico. En palabras de algunos autores se le conoce como “lluvia de ideas” o “tormenta de ideas” (Wray y Lewis, 2000).

Asimismo, en cuanto al uso de objetivos e intenciones corresponden a enunciados declarativos que describen las actividades de aprendizaje y los efectos de las mismas que se aspira conseguir al finalizar un ciclo académico. Es decir, toda actividad educativa tiene un propósito el cual debe quedarle claro al estudiante al iniciar una jornada de clase, con el fin de orientarle y darle la oportunidad de conocer la importancia del contenido que se tratará.

b) Estrategias para orientar la atención del alumno.

Estas estrategias dicen Díaz y Hernández (ob. cit.) son “recursos que emplea el educador para focalizar y mantener la atención de los estudiantes durante la sesión de clase” (p.73). Es decir, si el estudiante no atiende los aspectos tratados en las actividades de clase, será difícil lograr el aprendizaje significativo esperado. En este apartado se hace mención a las señalizaciones y a las preguntas intercaladas.

La atención de los estudiantes se puede lograr de diversas formas, tales como: presentando ejemplos concretos y significativos, manteniendo un hilo discursivo focalizado, es decir, evitando divagar y volviendo siempre al tema que se está tratando y haciendo énfasis en los aspectos del mismo, resaltando con indicaciones específicas que mantengan la atención de los estudiantes hacia los aspectos que se tratan en la clase.

Las señalizaciones forman parte de este grupo de estrategias, las mismas consisten en el uso de “claves” o “avisos” que se emplean a lo largo del discurso, con el fin de

hacer énfasis y compartir ciertos contenidos con los estudiantes. Estas señalizaciones pueden clasificarse en: textuales (intratextuales y extratextuales) y discursivas.

Por otro lado, las preguntas intercaladas, según Alfonso (ob. cit.) “son reactivos breves que plantea el docente al estudiante en el transcurso de la situación de enseñanza con el fin de facilitar el aprendizaje significativo” (p.15).

Al respecto, el autor recomienda:

- Es conveniente utilizar preguntas intercaladas cuando se trabaja con textos largos o densos, si se desea mantener la atención y participación de los estudiantes.
- El número y ubicación de las preguntas se determina tomando en cuenta la importancia de los contenidos a los cuales hace referencia.
- El docente debe ofrecer retroalimentación correctiva si desea evaluar constantemente el aprendizaje del estudiante.

c) Estrategias para organizar la información.

Las estrategias para organizar la información le brindan una estructura y contexto al nuevo conocimiento, bien sea en forma gráfica o escrita, la adecuada organización de la información eleva la posibilidad de que se logre el aprendizaje significativo por parte de los estudiantes.

En tal sentido, las estrategias que se ubican en este espacio son: el resumen, los organizadores gráficos y los mapas y redes conceptuales.

El resumen por su parte es un método ampliamente utilizado en diversos niveles educativos, en este caso, es elaborado por el docente para proporcionarles a los estudiantes una idea clara y sintetizada del contenido que ya se ha discutido. Se define según Díaz-Barriga y Hernández (ob. cit.) como “una versión breve del contenido que habrá de aprenderse, donde se enfatizan los puntos más importantes de la información” (p.178). Éste puede darse en clase o en un texto educativo.

No obstante para estos autores, los organizadores gráficos se definen como “representaciones visuales que comunican la estructura lógica del material educativo” (p.182). Son de amplia utilidad, incluso se pueden emplear al igual que la estrategia del resume, en clases o textos. Además son versátiles, al ser tanto una estrategia de enseñanza como una estrategia de aprendizaje. Dentro de ellos se tiene: cuadro sinóptico (simples, de doble columna y C-Q-A, que contiene tres), diagramas de llaves, diagramas arbóreos y círculo de conceptos.

Por último, en el contexto educativo, los mapas y redes conceptuales son representaciones graficas de un conocimiento teórico. En el caso de los mapas conceptuales propiamente dicho, para los autores arriba mencionados, estos responden a una estructura jerárquica por diferentes niveles. Está conformado por conceptos, proposiciones y palabras de enlace. Por su parte, las redes conceptuales o semánticas también son representaciones entre conceptos, pero a diferencia de los mapas, no se organizan por niveles jerárquicos obligatoriamente. Por lo general se

estructuran en forma de “araña” con una idea conceptual central y varias ramas radiales.

d) Estrategias de enlace de conocimientos.

Las estrategias de enlace de conocimientos cumplen la función de enlazar conocimientos previos con la información nueva. Guarda similitud con Ausubel, por cuanto se refiere al requerimiento de conocimientos previos en la estructura cognitiva para que haya aprendizaje significativo (Ausubel, Novak y Hanesian, 1991). Al respecto señala Sánchez (1995) citado por Vera y Vera (2011) que “será por lo tanto la variedad y riqueza de la estructura cognitiva del estudiante, uno de los elementos determinantes que le van a permitir asimilar los nuevos conocimientos” (p.87).

En este sentido, afirman Gimeno y Pérez (2000) que “el saber teórico práctico ayuda a desarrollar experiencias para afrontar situaciones únicas, inciertas y conflictivas que configuran la vida del estudiante” (p.46).

A continuación se reseñan en este grupo de estrategias los organizadores previos y las analogías. Los organizadores previos por su parte consisten en recursos conformados por conceptos y proposiciones de alto nivel de generalidad cuya función principal es proponer al estudiante un contexto conceptual al inicio de una clase. Pueden ser expositivos o comparativos y su uso depende del nivel cognitivo de los estudiantes con respecto al tema en particular (García, 1990 citado por Díaz-Barriga y Hernández, ob. cit.). Su uso da lugar a la creación de un “puente cognitivo” entre la

información que posee el aprendiz y la nueva. Las **analogías** a su vez, conforme a lo señalado por los autores, representan una proposición que indica que un objeto o evento es similar a otro. Para su correcto uso se debe en primer lugar introducir el tema, luego evocar un “vehículo” que corresponde a un aspecto familiar o cotidiano para los alumnos, posteriormente se emplean términos conectivos entre los dos anteriores y por último se ofrece una explicación.

Las estrategias mencionadas se pueden emplear durante el transcurso de la clase o al finalizar la misma con el propósito de comprobar el grado de aprendizaje obtenido por el grupo. Al respecto reseñan Ausubel et al. (ob. cit.) “la interacción entre los significados potencialmente nuevos y las ideas pertinentes de la estructura cognoscitiva del alumno da lugar a los significados reales o psicológicos” (p.46).

También se contempla dentro del programa de la asignatura objeto de estudio diseñado por Naveda y Salinas (2012) (anexo A), la **revisión bibliográfica** como estrategia de enseñanza. Esta estrategia propiamente dicha consta de tres pasos a saber: “la investigación documental, la lectura y registro de la información, y la elaboración de un texto escrito” (Peña, 2010, p.2). Constituye, además, una actividad que los estudiantes universitarios realizan con frecuencia, tanto es así, que en todos los programas de las asignaturas clínicas está contemplada dicha estrategia.

Asimismo, se menciona la estrategia denominada **evaluación y seguimiento de casos clínicos**, la cual se puede enmarcar en la clasificación de enlace de conocimientos.

Al respecto, Wood (2003) señala que: “La esencia del aprendizaje basado en problemas radica en proporcionarle al alumno una situación real o hipotética que sirva de estímulo para el aprendizaje y sea similar a otras que seguramente tendrá que afrontar en su vida profesional” (p. 328). El rol del docente que facilita a través de esta estrategia de enseñanza le exige:

Planear y diseñar las actividades necesarias para la adquisición de los aprendizajes previstos, así como definir los espacios y recursos adecuados para su logro (...) en un segundo momento (durante la presentación), el docente, quien tiene que dominar las estrategias y técnicas para la puesta en común del caso, debe facilitar, guiar, motivar y ayudar a los alumnos durante su proceso de aprendizaje, y conducir permanentemente el caso hacia los objetivos propuestos. (Chaparro, 2004, p. 283)

En tal sentido, Chaparro (ob. cita) sostiene que los procesos de enseñanza y aprendizaje dejan de estar centrados en el docente para centrarse en el alumno, en su participación y la información que pueda proveer a la dinámica. El objetivo final es promover el razonamiento, el aprendizaje tanto propio como colaborativo, el uso y análisis de la información y por último, saber llevar el caso a su práctica clínica diaria, es decir, contextualizarlo.

En este orden de ideas, se señala la **participación en revistas médicas** como estrategia de enseñanza. En ese sentido se tiene la siguiente acepción:

La Ronda Clínica es la estrategia didáctica por medio de la cual los médicos tratantes, residentes, internos, estudiantes y enfermeras, hacen reconocimiento directo de la historia clínica, el estado y la evolución de los pacientes que se encuentran en los servicios de hospitalización y urgencias, evalúan las diferentes

condiciones de cada paciente en su entorno social, argumentan sobre su condición y las posibilidades de resolución de su problema de salud para tomar decisiones. La información resultante de cada Ronda debe quedar consignada en la historia clínica de cada paciente. (Galindo, Arango y López, 2011, p.9)

Esta metodología es empleada ampliamente en los estudios tanto de pregrado como postgrado y le permite al grupo de aprendices el desarrollo de competencias para el análisis, la argumentación y el trabajo en equipo con respecto al estado y evolución del paciente. Asimismo, fomenta el desarrollo de otras competencias tales como la ética, el aprendizaje propio, la investigación y la comunicación. (Galindo et al, ob. cita)

No obstante, se encuentran los **talleres y círculos de estudio**, según, Maceratesi, 1999 (citado por Betancourt, Guevara y Fuentes, 2011) “consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones comunes, para analizar problemas y producir soluciones de conjunto. El taller combina actividades tales como trabajo de grupo, sesiones generales, elaboración y presentación de informes (...) e investigaciones”(p. 17).

Algunas de las ventajas del taller son el desarrollo del discernimiento, el trabajo en equipo, la comprensión de procesos estructurados, determinación de la etiología de las situaciones y la selección de alternativas de solución prácticas. Asimismo, amerita trabajar con grupos pequeños dentro del cual emergen uno o dos líderes a lo sumo, y se necesita tener conocimiento técnico del tema de estudio. Betancourt, Guevara y Fuentes (2011) sostienen que: “El taller se basa en la actividad constructiva del participante. Propicia que se comparta en grupo lo aprendido individualmente (...) El rol del docente consiste en orientar el proceso y asesorar a los sujetos activos, principales protagonistas de su aprendizaje” (p. 17).

Aprendizaje significativo.

Para Ausubel et al. (ob. cit.), el aprendizaje implica una reestructuración activa de las percepciones, ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su estructura cognitiva. Los prerequisites para que un aprendizaje sea significativo para el alumno son, según el autor mencionado, que el material le permita establecer una relación sustancial con los conocimientos e ideas ya existentes. A esta condición del material se le denomina **relacionabilidad no arbitraria o sustancial**. Un material es potencialmente significativo cuando permite la conexión de manera no arbitraria con la estructura cognitiva del alumno, es decir, el nuevo material (que puede ser un texto o la información verbal que proporciona el docente) debe dar lugar a la construcción de significados.

Asimismo, describe tres categorías de aprendizaje significativo, la representativa, conceptual y proposicional. La primera supone el aprendizaje del significado de los símbolos o de las palabras como representación simbólica. La segunda permite reconocer las características o atributos de un conocimiento determinado, así como las constantes en hechos u objetos. La tercera implica aprender lo que está más allá de la suma de los significados que componen la proposición.

Este autor sostiene a su vez, que al llegar a la enseñanza media y superior, los estudiantes adquieren un pensamiento más abstracto, lo cual les permite tratar adecuadamente las proposiciones verbales y aprovechar la gran cantidad de

conocimientos científicos existentes. En todo caso el aprendizaje significativo es mejor que el repetitivo, ya que el primero hace posible la adquisición de grandes cuerpos de conocimientos que cobran sentido para los aprendices.

Condiciones que permiten el logro del aprendizaje significativo.

Díaz- Barriga y Hernández (ob. cit.) afirman que para que realmente sea significativo el aprendizaje, este debe reunir varias condiciones: la nueva información debe relacionarse de modo no arbitrario y sustancial con lo que el alumno ya sabe, dependiendo también de la disposición (motivación y actitud) de éste por aprender, así como de la naturaleza de los materiales o contenidos de aprendizaje. Al respecto señalan:

El significado es potencial o lógico cuando se refiere al significado inherente que posee el material simbólico debido a su propia naturaleza, y solo podrá convertirse en significado real o psicológico cuando el significado potencial se haya convertido en un contenido nuevo, diferenciado e idiosincrático dentro de un sujeto particular. (p.41)

Por otro lado, una condición sinequanom para que ocurra el aprendizaje significativo es que el docente satisfaga cualidades similares a las demandas al alumno, los autores mencionan que debe “estar dispuesto, capacitado y motivado para enseñar significativamente, así como tener los conocimientos y experiencias previas pertinentes tanto como especialista en su materia como en su calidad de enseñante” (p.41).

Además, para que se adquiriera el aprendizaje deseado, el material debe poseer tres características: relacionabilidad no arbitraria, relacionabilidad sustancial, así como estructura y organización. En cuanto a la relacionabilidad no arbitraria, se refiere a que el material no sea inoportuno o en denso en demasía, y que posea a su vez suficiente intencionalidad. Con respecto a la relacionabilidad sustancial, hace alusión a que el tema puede ser tratado con diversas palabras sinónimas, y el mensaje será el mismo, es decir, no se trata al pie de la letra. Además, debe poseer estructura y organización para que se pueda comprender el hilo y la intención del aprendizaje.

Prescripción de medicamentos.

De acuerdo con Ramos y Olivares (2010):

La prescripción responde a un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta un paciente. En este proceso, a partir del conocimiento adquirido, el prescriptor escucha el relato de síntomas del paciente, efectúa un examen físico en busca de signos, realiza exámenes clínicos, si corresponden, y concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica. La prescripción debe ser considerada como un acto formal, entre el diagnóstico y la ejecución del tratamiento y no como un acto reflejo, una receta de cocina o una respuesta a las presiones comerciales o del paciente. (p.3)

Por su parte, la prescripción médica es un acto complejo, el cual demanda conocimientos, pericia, habilidades, competencias profesionales y ética por parte del galeno. Asimismo, se debe recordar que el médico posee responsabilidad legal en toda prescripción realizada.

Objetivos de una Buena Prescripción.

De acuerdo con lo expresado por los autores los objetivos de una buena prescripción médica son los siguientes:

- Contribuir a preservar o mejorar la salud y bienestar del paciente.
- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se expone al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica. (p.4)

Proceso de la prescripción racional.

En los últimos años se han realizado esfuerzos para promover el uso de la farmacoterapia racional, en este sentido, se presenta a continuación de manera sencilla el método desarrollado por la Universidad de Gröningen (Holanda) el cual cuenta con el auspicio de la OMS y aparece publicado en el documento Guía de la Buena Prescripción (OMS, 2010).

En este sentido, para Ramos y Olivares (ob. cit.) apuntan:

La farmacoterapia racional corresponde a un conjunto de decisiones y acciones que, sobre la base de un correcto diagnóstico e identificación de los problemas del paciente, involucra los siguientes aspectos:

- La consideración de las medidas no farmacológicas,
- La determinación de usar o no medicamentos,
- La correcta selección de estos agentes terapéuticos (en caso de ser necesarios),
- La elaboración de un apropiado régimen de dosificación, seguido de instrucciones claras y completas para facilitar el cumplimiento de la terapia; y
- Un adecuado seguimiento o monitoreo de la evolución del paciente. (p.6)

Esta metodología se enfoca en proporcionar a los médicos una guía lógica y secuencial para dar respuesta a los problemas de los pacientes a través de una serie de herramientas que permitan potenciar las habilidades de los prescriptores, procurando siempre la medicina basada en la evidencia. Los autores señalan:

El proceso de la terapéutica racional consiste en:

- Definir el o los problemas de salud del paciente.
- Especificar los objetivos terapéuticos.
- Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
- Indicar el tratamiento (lo que en materia de medicamentos se traduce en escribir la receta).
- Entregar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar la evolución del tratamiento. (p.6)

Etapas del proceso de prescripción racional.

Los autores mencionados anteriormente las clasifican de la siguiente manera:

1. Definir el o los problemas del paciente.

Principalmente el médico debe partir de un diagnóstico. El paciente acude por lo general con uno (o varios) problemas, los cuales en primera instancia deben categorizarse y priorizarse. Un diagnóstico clínico asertivo se basa en la historia del paciente y en el examen físico que se realiza; así como los paraclínicos o estudios de laboratorio/imágenes pertinentes al caso. Asimismo, se debe interrogar exhaustivamente al paciente acerca de que fármacos ingiere diariamente, tanto de venta con prescripción como de venta libre, esto con la finalidad de prever posibles interacciones.

2. Especificar los objetivos terapéuticos.

Lo primordial es definir el objetivo de la terapéutica que se va a implementar, y en medio de ese proceso se debe tomar en cuenta (y respetar) la opinión del paciente. El profesional de la medicina se encuentra en la obligación de informar al paciente sobre su situación y sus posibles opciones terapéuticas y valorar junto a él las posibles alternativas (farmacológicas o no) que puedan llevarlo a la mejoría o curación. Es por ello que la decisión final de que tratamiento se aplicará, corresponde tomarla en conjunto (paciente y medico) con la finalidad de promover una correcta adherencia a la terapéutica.

3. Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.

Por lo general existe una creencia popular que toda consulta médica debe concluir con la indicación de un fármaco, lo cual no es cierto. Es posible que en una gran parte de los casos el paciente requiera principalmente ajuste y recomendaciones en su estilo de vida (dieta, ejercicio, evitar hábitos nocivos) antes que una medida farmacológica para resolver su problema.

La prescripción demanda del medico un esfuerzo y experiencia para realizarla correctamente e informarla adecuadamente. Es recomendable que todo profesional prescriptor elabore de manera personal una lista de medicamentos de uso frecuente en la consulta, de acuerdo a la disponibilidad en su entorno.

Posteriormente a la obtención del objetivo terapéutico se debe realizar una lista de fármacos potencialmente utilizables, basado en el perfil farmacológico, eficacia, seguridad, conveniencia y costo del tratamiento.

La selección se fundamenta en los siguientes aspectos de acuerdo a los autores:

- Eficacia: Es la capacidad para modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o el curso clínico de una enfermedad.
- Seguridad: Es la característica de un medicamento que garantiza su uso con una probabilidad muy pequeña de causar reacciones adversas o efectos colaterales.
- Conveniencia: Tiene relación con las características de cada paciente considerando, además de la patología a tratar, los efectos indeseados y contraindicaciones del fármaco, la facilidad para su administración e interacciones con otros fármacos o alimentos.
- Costo: De ello puede depender que el paciente cumpla con el tratamiento indicado. Deben prescribirse fármacos que sean realmente necesarios y se encuentren disponibles y asequibles para el paciente. (p.8)

4. Indicar el tratamiento (Escribir la receta).

La receta representa, por lo general, la indicación del tratamiento. Ésta puede incluir medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Es posible que muchos pacientes demanden la prescripción de uno o varios fármacos (aun sin ameritarlo) y que sea complicado explicarle que no lo necesita, si es el caso. Por ende, el médico debe emplear estrategias comunicativas asertivas para impedir esto, porque es inadmisibles la indicación de fármacos innecesarios.

La receta o r cipe médico como se le conoce comúnmente en Venezuela, es un documento formal a través del cual se prescriben tratamientos. Consta de dos partes, según lo referido por Ramos y Olivares (ob. cit.):

- El cuerpo: Destinado a la descripción del medicamento.
- Las indicaciones: Donde se dan las instrucciones al paciente acerca de cómo tomar el medicamento, por cuántos días debe de hacerlo (duración de tratamiento) y el horario que debe aplicar (frecuencia de administración), entre otros. (p.10)

De acuerdo con los autores, la receta debe contener en forma clara y legible la siguiente información:

a) Datos del prescriptor: El nombre y la profesión del mismo, numero de colegio de médicos, así como también nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico de la institución de salud donde presta el servicio.

b) Datos del paciente: Los datos mínimos son el nombre del paciente, número de cedula y edad.

c) Nombre de los medicamentos prescritos: En este apartado se indica el nombre comercial o marca del fármaco y/o el nombre genérico o la Denominación Común Internacional (D.C.I.), quedando a disposición del paciente la selección alternativa entre uno u otro.

d) Concentración del principio activo: Se recomienda usar las abreviaturas internacionalmente aceptadas: g (gramo), mL (mililitro), mg (miligramo) y no se

recomienda emplear decimales. De hecho, si se considera necesario, se debe escribir la palabra completa para evitar confusiones.

e) Forma farmacéutica y cantidad total: Se utilizan abreviaturas comunes que sean entendidas por los farmacéuticos en general.

f) Fecha de prescripción. La receta médica tiene una vigencia de 30 días después de su emisión, exceptuando las indicaciones expresas del prescriptor en el caso de medicamentos de uso crónico. Después de pasado ese lapso de tiempo, la receta debe ser revisado porque la situación clínica que genero su indicación probablemente haya cambiado.

g) Firma: Consta de la rúbrica habitual del médico.

h) Indicaciones para el paciente y/o para su cuidador: Se enlistan las recomendaciones que se requieran para lograr el uso adecuado del medicamento y con ello el éxito terapéutico.

5. Brindar información, instrucciones y advertencias.

El paciente se adaptará al tratamiento en la medida que el médico haya hecho una correcta prescripción, desarrollado una relación médico-paciente óptima y se haya tomado el tiempo necesario para explicarle al paciente la importancia, beneficios y riesgos, incluso las advertencias del mismo.

Algunos aspectos son de especial importancia en esta tarea, tales como:

- Efectos del medicamento
- Importancia de tomar el medicamento
- Efectos adversos
- Interacciones
- Instrucciones
- Advertencias
- Próxima consulta

Otras indicaciones son la dieta, ejercicio físico, hábitos indeseables que debe corregir, y por último la verificación de que todo quede claro para el paciente.

6. Supervisar la evolución del tratamiento.

Ramos y Olivares (ob. cit.) afirman que “un tratamiento bien seleccionado, sobre la base de un correcto diagnóstico del problema de salud del paciente y de los objetivos terapéuticos establecidos, no siempre conduce a un resultado exitoso” (p.12). Por ende, se hace necesaria una correcta supervisión para evaluar la evolución del paciente, pudiendo dar lugar a tres opciones: modificar, suspender o detener el tratamiento.

Errores de medicación.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP, 2016) define los errores de medicación como:

Cualquier incidente que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. (p.1)

Se conocen diversos factores que incrementan el riesgo de incurrir en errores de medicación en la población pediátrica. Sala y Ugarte (2005) los describen en orden y básicamente son los mencionados a continuación:

En primer lugar, existen diferencias farmacocinéticas dependientes de la edad del paciente, principalmente en cuanto a la funcionalidad de órganos vitales tales como hígado y riñón.

En segundo lugar, en la población pediátrica surge la necesidad de calcular dosis individualizadas, esto debido a la edad, peso, superficie corporal y condiciones clínicas diversas. “Por lo tanto el proceso matemático que comporta el cálculo de dosis en los niños introduce una fuente de error” (Sala y Ugarte, 2005, p. 298).

En tercer lugar, la falta de disponibilidad de presentaciones de los medicamentos (algunos fármacos solo se presentan en tabletas o comprimidos y no en suspensiones pediátricas) y la falta de concentraciones adecuadas para su administración a niños. Esta situación amerita cálculos adicionales y la manipulación de los productos comerciales por parte de los farmacéuticos.

En cuarto lugar, la falta de información o aprobación por parte de las autoridades sanitarias pertinentes en cuanto a dosis, farmacocinética, seguridad, eficacia y empleo de medicamentos en la población pediátrica.

Y finalmente, el alto número de prescripciones de medicamentos, especialmente en niños pequeños y haciendo énfasis en la prescripción de antibióticos; Se incrementa la probabilidad de cometer errores.

Para finalizar, cabe mencionar un aporte realizado por la OMS (1998):

En un estudio se comprobó que los médicos recién licenciados elegían un medicamento inadecuado o dudoso aproximadamente en la mitad de los casos, escribían un tercio de las prescripciones de manera incorrecta y no daban información importante al paciente en dos terceras partes de los encuentros. Además, algunos estudiantes creen que sus hábitos de prescripción pueden mejorar después de finalizar sus estudios de pregrado, pero la investigación demuestra que a pesar de que se gana en experiencia general, las aptitudes prescriptivas no mejoran mucho después de la licenciatura. (p.1)

Teorías que sustentan la investigación

Cono del aprendizaje de Edgar Dale.

Edgar Dale (1969) citado por Urquizu (2012) fue un pedagogo estadounidense quien en el año 1969 planteo que existen diversos métodos para el aprendizaje, de los cuales hay unos más efectivos que otros. El modelo que propuso, llamado “El cono del aprendizaje”, está basado en un estudio de campo profundo y extenso sobre el tema. A través del esquema se puede deducir que los métodos menos efectivos para el aprendizaje son la lectura, las clases verbales y los dibujos, según este autor después

de dos semanas se tiende a recordar el 10% de lo que se ha leído, 20% de lo que se ha escuchado y 30% de lo que se ha visto. Asimismo, si el contenido se ha visto y escuchado se recordara el 50% del mismo. Por su parte, los procedimientos que han demostrado ser más efectivos son los debates, en los cuales se recordara el 70% al cabo de dos semanas de realizado. Y por último, las simulaciones o representaciones teatrales, donde lo que se diga y haga en estas actividades se recordara en un 90%.

Teoría de la comunicación.

Un educador necesita la comunicación como medio fundamental en su labor. La comunicación es el proceso mediante el cual el ser humano es capaz de relacionarse con sus pares, esto le da el carácter de ser un proceso social. Tradicionalmente se le ha denominado como la transmisión de un mensaje entre dos o más individuos a través de un código que comparten entre sí, el cual es conocido como lenguaje.

En este orden de ideas, se encuentra el **modelo de Schramm** (1954) el cual se fundamentó en un principio en tres elementos básicos de la comunicación: fuente o emisor, mensaje y receptor o destino, los cuales describían un trayecto lineal donde el emisor codificaba el mensaje y el receptor lo decodificaba. En una segunda instancia, abogo por un sub-modelo más complejo donde el emisor es visto como un comunicador y el receptor como un perceptor. En el tercer sub-modelo se evidencia la importancia de la elaboración, captación y comprensión del significado del mensaje. Nace en este punto un nuevo concepto que se denomina campo común donde

subyacen las experiencias personales y los conocimientos tanto del emisor como del receptor. En la medida que éstos sean más cercanos, habrá una mejor comprensión del mensaje.

Asimismo, el cuarto sub-modelo refiere que una persona puede ser comunicador y perceptor de forma continua, es decir, implica una retroalimentación. El quinto sub-modelo por su parte, aporta que la comunicación es un proceso interactivo. A su vez, el sexto hace referencia a la retroalimentación del mensaje pero para sí mismo, es decir, se modifica el mensaje a medida que se expresa con la finalidad de que sea comprendido. Por último, el modelo de la tuba es el resultado de la integración de los sub-modelos, se trata de la comunicación colectiva. Existe un mensaje idéntico el cual es interpretado de diferentes maneras porque los receptores responden a una serie de diferencias.

No obstante, se encuentra el **modelo de Berlo** (1960) cuyos planteamientos distinguen detenidamente los elementos de cada uno de los componentes del proceso de comunicación. Entre los aspectos resaltantes, destacan las habilidades comunicativas. Al respecto, Galeano (1997) señala que en este modelo: “existen cinco habilidades verbales en la comunicación. Dos de estas son codificadoras: hablar y escribir. Dos son habilidades decodificadoras: leer y escuchar. La quinta es crucial, tanto para codificar como para decodificar: la reflexión o el pensamiento” (p.5).

Haciendo referencia a los objetivos de la comunicación, el modelo de Berlo

denominado “S-M-C-R” (por sus siglas en ingles, source-message-channel-receiver) propone que existen dos tipos de alcance de la comunicación: aquella inherente al acto comunicacional propiamente dicho y la que abarca más allá de la transmisión del mensaje. En otras palabras, la comunicación tiene un trasfondo y una intención. Por último, en este modelo se hace referencia a los conceptos de ruido y fidelidad en el proceso comunicacional. Este autor considera que son elementos diferentes dentro del proceso. Galeano (ob. cit.) expresa que “la eliminación del ruido aumenta la fidelidad y la producción de ruido la reduce” (p.3).

Teoría de la motivación intrínseca y extrínseca.

Existen diversas corrientes teóricas que a lo largo del tiempo han intentado explicar la motivación humana. Desde el punto de vista biológico existen teorías que se fundamentan en la activación de redes neuronales específicas como fundamento de la motivación, otras se dedican a estudiar la personalidad, la conducta, el pensamiento y las emociones, pero el hecho es que la motivación es un concepto amplísimo y complejo, tanto que “todos los planteamientos son ciertos (en parte) pero la motivación, en sí, no es exclusivamente ni actividad neuronal, ni propósito, ni incentivo exterior, ni causa interna” (Chóliz, 2004, p.7).

Conceptualizando la motivación, el autor señalado propone una similitud entre el concepto de motivación en psicología y el de movimiento en física. Ambos comparten dos dimensiones: dirección e intensidad –o velocidad en física-. En ese

sentido, en el caso del movimiento éste no se observa por sí solo, lo que se puede apreciar es un objeto en movimiento; En la motivación ocurre lo mismo, se aprecia es la conducta motivada.

En este orden de ideas, Atkinson (1957) citado por Chóliz (ob. cit.) argumenta que: “la motivación está en función de dos factores principales: necesidad, como estado del organismo que incita a la ejecución conductual con una intensidad determinada e incentivo, como meta u objetivo que pretende alcanzar o evitar el organismo” (p.16).

Ahora bien, en el ámbito educativo resulta interesante mencionar los aportes de una de las clasificaciones de la motivación, tal como lo es la motivación intrínseca y extrínseca. Éstas se pueden definir por Chóliz (ob. cit.) de la siguiente manera:

La motivación intrínseca corresponde a los factores que inducen a la realización de ciertos patrones conductuales que se llevan a cabo frecuentemente y en ausencia de cualquier contingencia externa (...) se diferenciaría de la extrínseca, básicamente porque en esta última el incentivo es independiente de las características que tenga la tarea y es externo a la misma. (p.37)

Otro aspecto interesante que resalta el autor acerca de este tema, es que mientras en la motivación extrínseca el incentivo se encuentra fuera de la persona que ejecuta la acción, en la intrínseca se obtiene independientemente del resto del mundo, ya que el beneficio se obtiene sencillamente al realizar la conducta.

En cuanto a las características de la motivación intrínseca planteadas por el autor, algunos factores que la propician son los siguientes:

- Características de la tarea: actividades nuevas, complejas o imprevisibles, tienden a generar curiosidad.
- Sensación de competencia e independencia: si el individuo se siente competente para una tarea particular, mayor será su motivación en realizarla y viceversa.
- Estado de necesidad y presencia de instigadores: de acuerdo con el **modelo hidráulico de Lorenz** (1981) citado por Chóliz (ob. cit.): “se asume que la fuerza de la tendencia motivacional depende de aspectos internos (estado de necesidad, impulso) y de externos (presencia de los estímulos relevantes que instigan a dicha conducta)” (p.39). En otras palabras, tanto las necesidades fundamentales como los refuerzos externos son importantes por cuanto la motivación se apoya en cada uno para retroalimentarse positivamente.

Crisis humanitaria en Venezuela.

Venezuela presenta una crisis actual que abarca el ámbito económico, social, político y finalmente, humanitario. Producto de la crisis financiera del país, la cual es consecuencia de la mala planificación y ejecución de los recursos financieros, la corrupción administrativa y la falta de planes de contingencia, aunado al poco interés del Gobierno Nacional para garantizar los recursos financieros necesarios para atender las necesidades básicas de la población; En este contexto se ha producido una escasez extrema de medicamentos, productos médicos-quirúrgicos y alimentos. Estos

problemas agravan la ya compleja situación política, económica y social que vive el país. (Oletta, Orihuela, Pulido y Walter, 2017).

De acuerdo con Oletta et al. (2017) En referencia a la crisis en Venezuela sostienen lo siguiente:

La última Encuesta sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) indica que la inseguridad alimentaria está presente en el 93,3 % de los hogares porque el ingreso no alcanza para comprar alimentos. Asimismo en dos estados (Zulia y Vargas), la prevalencia de desnutrición aguda global sobrepasó los umbrales de severidad media y coinciden con los límites que definen una situación de alarma o crisis en los marcos internacionales de clasificación de las crisis humanitarias. Cabe resaltar también que las personas en pobreza extrema perdieron en promedio 9 kilogramos de peso en los últimos 12 meses debido a la situación de escasez y acceso a los alimentos y a sus condiciones económicas. (p.1)

En cuanto al sistema de salud venezolano, se encuentra en una de las peores crisis de la historia contemporánea del país. Durante los últimos 16 años, el sistema de salud ha venido en detrimento de una manera abrumadora, siendo de tal magnitud que no tiene la posibilidad de atender las necesidades básicas de la población. Oletta et al. (2014) sostiene que “Los recientes incrementos de la mortalidad materna, neonatal,

infantil y el número excesivo de muertes por homicidios son signos de alarma nacional, regional y mundial” (p.4).

Sustento legal.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Capítulo VI: De los derechos culturales y educativos.

- **Artículo 102:** La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria. El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad. La educación es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes del pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio de su personalidad en una sociedad democrática basada en la valoración ética del trabajo y en la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social, consustanciados con los valores de la identidad nacional y con una visión latinoamericana y universal. El Estado, con la participación de las familias y la sociedad, promoverá el proceso de educación ciudadana, de acuerdo con los principios contenidos en esta Constitución y en la ley.

- **Artículo 104:** La educación estará a cargo de personas de reconocida moralidad y de comprobada idoneidad académica. El Estado estimulara su actualización permanente y les garantizara la estabilidad en el ejercicio de la carrera docente, bien sea pública o privada, atendiendo a esta Constitución y a la ley, en un régimen de trabajo y nivel de vida acorde con su elevada misión. El ingreso, promoción y permanencia en el sistema educativo, serán establecidos por la ley y responderá a criterios de evaluación de méritos, sin injerencia partidista o de otra naturaleza no académica.

Ley Orgánica de Educación.

Capítulo IV: Formación y carrera docente.

- **Artículo 38:** La formación permanente es un proceso integral continuo que mediante políticas, planes, programas y proyectos, actualiza y mejora el nivel de conocimientos y desempeño de los y las responsables y los y las corresponsables en la formación de ciudadanos y ciudadanas. La formación permanente deberá garantizar el fortalecimiento de una sociedad crítica, reflexiva y participativa en el desarrollo y transformación social que exige el país.

Ley del ejercicio de la Medicina.

Capítulo I: Disposiciones Generales.

- **Artículo 2:** A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la medicina la prestación de atención médica preventivo-curativa a la población, por parte de los profesionales médicos y médicas, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de las personas y de la colectividad en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y escolar; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas.

Capítulo II: Del Ejercicio de la Profesión.

- **Artículo 8:** Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación en poblaciones mayores de cinco mil habitantes, es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos, durante un año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de post-grado durante dos años, que incluya pasantía no menor de seis meses en el medio rural, de preferencia al final del internado. Si no hubiere cargo vacante para dar cumplimiento a lo establecido anteriormente, el Ministerio del Poder Popular con competencia en la materia podrá designar al médico o médica para el desempeño de un cargo asistencial en ciudades de hasta cincuenta mil habitantes por un lapso no menor de un año. Si tampoco existiere cargo como el indicado o no hubiese

resuelto el caso en un plazo no mayor de sesenta días continuos a partir de la fecha de la solicitud, el médico o médica queda en libertad de aceptar un cargo en otro organismo público o de ejercer su profesión privadamente por un lapso no menor de un año, en ciudades no mayores de cincuenta mil habitantes.

Para el desempeño de cualquiera de estas actividades, el médico o médica deberá fijar residencia en la localidad sede, lo cual será acreditado por la respectiva autoridad civil y por el Colegio de Médicos u otra Organización Médico-Gremial.

Cumplido lo establecido en este artículo, el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud deberá otorgar al médico o médica la constancia correspondiente.

Capítulo IV: De los Deberes Generales de los Médicos y Médicas.

- **Artículo 24:** La conducta del médico o médica se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico y médica: por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos o ellas.

Código de Deontología Médica.

Capítulo Primero: Deberes Generales de los Médicos.

- **Artículo 1:** El respeto a la vida, dignidad, y a la integridad de la persona humana, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.
- **Artículo 2:** El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida.
- **Artículo 16:** La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto de la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos no irán más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente a sus familiares o allegados. El salvaguardar la vida del paciente será un acto ético jerárquico superior de la práctica médica. El médico cumple con la advertencia del riesgo previsto con el aviso que en forma prudente haga a su paciente o a sus familiares o allegados con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, puedan llegar a producirse como consecuencia del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- **Artículo 17:** Teniendo en cuenta que el procedimiento diagnóstico o terapéutico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica.

- **Artículo 25:** Debe proibirse la práctica de la polifarmacia, consistente en la indicación simultánea de numerosas drogas sin tomar en cuenta el riesgo grave derivado de las interferencias farmacológicas. El médico tiene la obligación moral y legal de procurar la información de los avances del conocimiento científico, nada justifica el empleo de nuevos medicamentos sin el estudio adecuado de su modo de acción, consciente de que la administración simultánea de varias drogas incrementa el riesgo de los efectos adversos.

En los artículos mencionados anteriormente de los cuatro instrumentos legales, se hace referencia a la Educación como derecho fundamental cuyo garante debe ser el Estado venezolano, así como a los docentes como actores fundamentales del hecho educativo, a quienes se les ha de garantizar su formación continua. Asimismo, se hace alusión a los médicos como profesionales que se deben a sus pacientes, con grandes responsabilidades inherentes a la atención de los mismos.

CAPITULO III

Enfoque investigativo y orientación metodológica

El enfoque investigativo es la estrategia que permite orientar el desarrollo de la investigación desde la recolección de datos hasta su análisis e interpretación, con la finalidad de responder a los propósitos planteados en el estudio.

La presente investigación se encontró dirigida a la observación y evaluación de las variables desde diferentes perspectivas, tomando en cuenta el contexto donde se desarrollan, es por ello que se consideró desarrollar la misma bajo el paradigma cualitativo, por su carácter abierto y flexible para la comprensión de los fenómenos. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que la investigación cualitativa:

Se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. (p.364)

Nivel de investigación.

Según lo propuesto por Arias (2012) “la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p.24). De acuerdo con este concepto, la presente

investigación se enmarcó en el nivel descriptivo ya que describe los fenómenos que conforman el problema.

Diseño de investigación.

El diseño de investigación responde a la estrategia general que adopto el investigador para responder al problema planteado (Arias, 2012). En atención al mismo, se enmarcó este estudio en una investigación de campo ya que de acuerdo con este autor “es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios) sin manipular o controlar variable alguna” (p.31). En esta investigación la información se obtuvo directamente de la fuente.

Proceso metodológico.

En la asignatura Clínica Pediátrica III se ha evidenciado la dificultad en la aplicación de estrategias de enseñanza que promuevan el aprendizaje significativo en la prescripción farmacológica, es por ello que con la finalidad de valorar esta situación se planteó tomar como fundamento de este estudio la Teoría Crítico Social.

Al respecto, Cifuentes (2011) establece que:

Las investigaciones desde este enfoque, se hacen con el interés de conocer para cuestionar, relativizar y transformar formas imperantes de la sociedad y proponer alternativas para su cambio y mejoramiento (...) Se promueven reflexiones críticas en torno a las condiciones estructurales y particulares que limitan el desarrollo de un orden social justo. (p.32)

Asimismo, la autora señala que esta teoría, “reconoce la investigación-acción como alternativa metodológica. El proceso crítico posibilita que se interrelacionen los

aportes de lo teórico con las exigencias de lo práctico” (p. 33). Cuando se desarrollan este tipo de estudios, el investigador se involucra como integrante del equipo que conoce, explica su intencionalidad transformadora e interactúa de manera activa con otros participantes.

En ese sentido, Horkheimer (1931) citado por Rojas (2007) afirma que “el papel del investigador no consiste solo en descubrir y comprender la situación histórica concreta; va más allá, debe estimular el cambio cualitativo en la sociedad” (p. 34). Es por ello que el presente estudio se apoyó en la **Investigación-Acción** como estrategia metodológica, ya que se persiguió la inmersión en la situación objeto de estudio así como la reflexión crítica acerca de la misma, sin embargo esta investigación no se desarrolló con la rigurosidad propia de la Investigación-Acción Participativa en cuanto a la elaboración de un plan de acción.

En este orden de ideas, “la finalidad de la investigación-acción es resolver problemas cotidianos e inmediatos” (Álvarez, 2003; Merriam, 2009 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010), así como también mejorar prácticas concretas. Su objetivo fundamental se centra en aportar información valiosa que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y posibles reformas estructurales. (ob. cita). Por su parte, Elliot (1991) citado por los autores mencionados, conceptúa a la investigación-acción como “el estudio de una situación social con miras a mejorar la calidad de la acción dentro de ella” (p. 509).

El paradigma crítico de la investigación- acción es relevante en esta investigación. En ese sentido, Rojas (2010) señala lo siguiente:

La investigación acción en el marco del paradigma crítico, añade la emancipación como objetivo último y primordial de la investigación a través de una transformación profunda producto de la reflexión que conduce al cambio de actitudes y a nuevas convicciones. El papel del investigador es compartir la auto reflexión con los participantes. (p.50)

Por su parte, la investigación-acción es polisémica, es decir, adquiere distintos significados de acuerdo al contexto donde se emplee. En el ámbito educativo, esta metodología se emplea con el fin de generar transformaciones de las situaciones problemáticas en el aula, susceptibles de mejora. Así pues, el profesorado, además de su labor docente, cumple también una labor investigadora, explorando, reflexionando y actuando sobre su propia práctica, generando un proceso continuo conocido como espiral de investigación (Rodríguez y Valldeoriola, 2009, p. 63-66).

No obstante, en el contexto interpretativo de la investigación acción se incluye que:

La investigación social no asume los resultados desde la visión de los enunciados del investigador positivista basados en las respuestas correctas o equivocadas para la cuestión de investigación, sino en soluciones basadas sobre los puntos de vista e interpretaciones de las personas involucradas en la investigación. (Rodríguez, Herráiz, Prieto, Martínez, Picazo, Castro y Bernal, 2010, p. 6)

Ahora bien, entre los principales beneficios de la investigación-acción se encuentra la mejora de la práctica, la comprensión de la misma y la mejora de la situación en la que tiene lugar la práctica (Kemmis y McTaggart, 1988 citados por Bisquerra, 2009). García (2015) añade que “deja de ser un proceso neutral de comprensión y se convierte en un proceso crítico de intervención y reflexión. Implica indagación y conocimiento, un proceso práctico de acción y cambio, un compromiso ético de servicio a la comunidad” (p.66).

Para efectos de esta investigación, la investigación acción como estrategia metodológica en el contexto del paradigma crítico social, buscó observar las estrategias de enseñanza que aplican los docentes y valorar las experiencias de los estudiantes en cuanto a ello, si realmente fué significativo el aprendizaje en materia de prescripción de fármacos en la población pediátrica y cuáles fueron sus vivencias en cuanto a los errores de medicación, con el fin de evaluar dichas estrategias y generar un proceso reflexivo orientado al cambio y la mejora de la situación problemática.

Informantes clave.

En la investigación se seleccionó como informantes clave a los residentes de postgrado cursantes del primer año de Pediatría y Puericultura y a los Internos, que cursaron la asignatura Clínica Pediátrica III en la Universidad de Carabobo y actualmente cumplen funciones asistenciales en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

Asimismo, de los 15 internos y 6 residentes de primer año de Pediatría, se tomaron como muestra tres (3) internos y tres (3) residentes respectivamente, los cuales a través de entrevistas semiestructuradas, indicaron sus experiencias en el contexto del empleo de estrategias de enseñanza en la asignatura clínica pediátrica III para el aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos en pediatría.

Técnicas para recabar información.

Atendiendo a las técnicas propuestas por Arias (2012) se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información. Asimismo, el autor señala que “un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p.68). En este caso se emplearon la Observación y las Entrevistas Semiestructuradas.

Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que “observación cualitativa no es mera contemplación (sentarse a ver el mundo y tomar notas); implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (p. 411). Mediante la observación se pretendió establecer un contacto directo con la realidad donde ocurren los hechos (aula de clase) así como el desenvolvimiento de los estudiantes en la misma.

Por su parte, las entrevistas semiestructuradas, se basaron en una guía de preguntas y el entrevistador tuvo en este caso la libertad de introducir otras preguntas con la finalidad de precisar conceptos u obtener un bagaje amplio de información acerca de los temas deseados (Grinnell y Unrau, 2007 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Por su parte, Cuevas, 2009 citado por los autores, indica que “las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje” (p. 419).

Gurdián (2007) indica que “por medio de la entrevista cualitativa, la persona entrevistada se descubre a sí misma y analiza el mundo y los detalles de su entorno, reevaluando el espacio inconsciente de su vida cotidiana” (p.197).

En este sentido, la entrevista semiestructurada fue aplicada ya que introdujo la ventaja de permitir emplear una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas con preguntas espontáneas generadas a partir de las respuestas proporcionadas por el entrevistado, lo cual conllevó un mayor ángulo de flexibilidad en la obtención de la información.

Técnica de análisis de datos.

Una vez recabada la información se procedió a su análisis e interpretación, utilizando la técnica de **Triangulación**. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2010) sostienen que “al hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección, se le denomina triangulación de datos” (p. 439). En la indagación cualitativa se posee una mayor riqueza, amplitud y profundidad de los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al emplear una mayor diversidad en las formas de recolección de los datos (ob. cita).

Esta técnica permite analizar una situación considerando diferentes fuentes, en este caso, la percepción de los informantes clave, el contraste con las teorías que fundamentan la investigación y la construcción de una imagen más amplia del

investigador. Así, se logró realizar el análisis de los datos de una forma más objetiva y por último categorizar la información.

CAPITULO IV

Descripción y análisis de la información.

En toda investigación el análisis de datos es fundamental, por cuanto a partir de allí se obtienen los hallazgos o conclusiones a los cuales da lugar el mismo, partiendo de la premisa de conocer a profundidad el objeto de estudio. Es por ello que en este capítulo se procede a describir y analizar los datos encontrados en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. En primer lugar, se describe la información obtenida de los (06) informantes clave mediante las entrevistas semiestructuradas, luego se indica la categorización de la misma y por último la triangulación de los datos, en la cual se tomaron en cuenta los aportes significativos de cada una de las fuentes de información en contraste con las teorías que sustentan la investigación para llegar finalmente al análisis e interpretación del fenómeno en estudio.

Transcripción de las entrevistas.

Pregunta 1: ¿Realiza oportunamente revisiones bibliográficas concernientes a la temática a tratar?

Informante 1: R: Si, era obligatorio.

Ah ok, ¿te lo sugerían en clase?

R: Si, era obligatorio. De hecho, había revisiones de fichas bibliográficas (ehmm) de prescripción de medicamentos los lunes, miércoles y viernes con los residentes de postgrado. Tenían que estar todos los residentes de pregrado que éramos todos los

IPG (internos de pregrado) y los residentes de postgrado. Entonces, todos los lunes, miércoles y viernes había revisiones de fichas de medicamentos.

Informante 2: R: No, yo no. (sonrisa)

Ah ok, ¿los profesores lo sugerían en clase?

R: Bueno... bueno, dependía más que todo del profesor. Por lo menos en esa clínica pediátrica se dividía en 3, como en varios ítems, entonces 1 de los ítem era cirugía pediátrica, el otro era emergencia, reten o recién nacido y vimos unas prácticas en Guacara donde vimos más que todo parasitosis... lo que se ve en consulta pediátrica rural normal.

Informante 3: R: No (risas).

¿Los profesores lo sugerían?

R: Si, en realidad si lo sugerían. En un modulo que cursamos en Guacara que viene siendo “niño sano”, se aprendió mucho porque era la parte práctica, lo que más se iba a ver en la rural.

Informante 4: R: Si, nos hacían hacer revisiones en revistas médicas, y había (...) profesores que nos pedían como parte de evaluación, fichas bibliográficas pues. Hacer todo el protocolo del resumen, no sé que, todo eso, y era personal. Por varios temas, porque imagínate todo el salón. Cada quien hacia una ficha un día.

Informante 5: R: ¡Sí! Claro.

¿Era obligatorio?

R: Si, era obligatorio.

Informante 6: R: Bueno si, (eh) no todos los días pero si periódicamente (mmm) estoy revisando porque siempre hay medicamentos nuevos, siempre hay

dosificaciones nuevas, y porque se me olvida a veces, algunos cálculos porque en pediatría todo es por peso y eso.

Pregunta 2: ¿El docente emplea la evaluación de casos clínicos en cada clase que imparte?

Informante 1: R: Si, en todas las clases (este...) por ejemplo, hoy había clase de Eruptivas, daba un caso clínico al final para después dar el diagnóstico.

Informante 2: R: Si, si.

¿Pero teórico o práctico?

R: Práctico, más que todo práctico. Bueno, dependía, en cirugía pediátrica era necesaria la lectura de referencias bibliográficas porque ella daba diversos temas, por lo menos... (este) “estenosis hipertrófica del píloro” Vs. Otra cosa, entonces hablábamos sobre ese tema y nos preguntaban de otro tema. Era tipo discusión.

Informante 3: R: Si.

¿Teórico o práctico?

R: Práctico. Se hacían discusiones con rondas de preguntas siempre.

Informante 4: R: En cada clase pero si por lo menos semanal o 2 veces a la semana con casos clínicos y en 6to año era mucho aquí en la emergencia, veníamos, veíamos los pacientes aquí en la emergencia, se pasaba la revista, así, nosotros como bachilleres nos introducíamos en la revista y se veía la presentación de los casos y todo eso, y se discutían los casos. Incluso mucho más que ahorita porque ahorita como está el colapso en todos los hospitales, era MUCHO (alzó el tono de voz) más académico antes.

¿Es más asistencial ahora?

R: Muchísimo más asistencial porque hay mucha demanda entonces un montón de casos. Nos exigen que nos documentemos obviamente en casa, y después cuando llega el otro caso similar, se vuelve a discutir o al día siguiente cuando se plantea el caso se discute, pero no en el mismo momento, ósea, no se demoran tanto como antes las revisas. Las revistas eran súper académicas antes pues. Pero es sobre todo por la demanda.

Informante 5: R: En algunos, algunos docentes, algunos no. Pero en la mayoría (ehh) se trataban eran casos clínicos.

Informante 6: R: Pues en cada clase como tal no pero si se hacen en los exámenes, en manera práctica. No como que todas las clases pero si se realiza pues. Pueden ponerte ejemplos, casi siempre todas las explicaciones que nos daban en pediatría se llevaban a casos clínicos que “te llega un paciente tantos años de edad con tal sintomatología, ¿Qué harías? ¿Qué medicamento?” y pues así, entonces puede ser que sí.

Pregunta 3: ¿El docente hace énfasis en la necesidad de llevar un seguimiento de los casos clínicos evaluados?

Informante 1: R: Si, en las revistas. Teníamos que tener ya todos los pacientes y cuando se hacían los casos de pacientes que ya estaban hospitalizados teníamos que automáticamente todos, de hecho al azar, preparar el caso y presentar el paciente, porque ya era un caso que se había presentado en el módulo.

Informante 2: R: ¿Un seguimiento de los casos clínicos evaluados?

Aja.

R: No, de verdad que en clínica de 6to año no. No se hacía seguimiento de ningún paciente.

Informante 3: R: Eso depende del docente, pero en realidad no se hacía.

Informante 4: R: Si, si porque precisamente de eso depende nuestro... ósea, el apoyar las terapias que se manejan en los protocolos, ósea si realmente está funcionando un protocolo o no, o si ese protocolo es aplicable a la terapia que se maneja en el país pues. Si funciona con la población de acá.

¿Sobretudo en antibióticos?

R: Si, muchísimo en antibióticos, (eh) porque hay muchas actualizaciones, hay mucho déficit de antibióticos también, entonces se han cambiado las terapias de antibiótico, el protocolo como tal de un antibiótico para una patología, por el déficit de antibióticos, la situación país pues.

Informante 5: R: No, no.

Informante 6: R: No, de verdad que nunca nos hicieron énfasis en eso, sin embargo ya eso queda a criterio personal si tú tienes un paciente ahí hospitalizado tienes que hacerle seguimiento. Pero en cuanto a la práctica no pues, te dan el caso, te explican y ya pues. Te evalúan en el examen y luego ellos no vuelven a repetir eso.

Pregunta 4: Durante el desarrollo de la actividad académica, ¿se promueve la discusión y participación en revistas médicas?

Informante 1: R: Si.

Informante 2: R: Si. Siempre había que participar en revistas.

Informante 3: R: Si. Eso formaba parte de la dinámica en todos los módulos de la materia, sobretudo en 6to.

Informante 4: R: Si. Ósea si, pero tampoco así tan... tanto en la revista no, me pasó mucho fue arriba en retén, no como tal aquí en la emergencia, pero arriba en retén si, el doctor de hecho nos pasaba revista de las cunas, los pacienticos que están en las cunas que son por lo general los sépticos y eso, y... nos pedía las propuestas,

aja, es tal cosa, que vas a hacer, como lo vas a presentar, no sé qué, y entonces nuestras propuestas de igual manera iban a los comentarios de las notas de la mañana pues como tal, de las notas de la evolución.

Informante 5: R: Si, en las que son más que todo materias clínicas.

Informante 6: R: Si, de hecho todos teníamos que estar presentes en la revista y en la revista pues, te podían hacer alguna de las preguntas que se le hacían hasta a los mismos residentes o a ti, y pues y si tú eres residente tú eres el que imparte la revista.

Pregunta 5: ¿Se realizan discusiones grupales como parte de la dinámica de la clase?

Informante 1: R: Si.

Ok, ¿en grupos de trabajo?

R: Si, en grupos creo que eran de 4 que eran los grupos que íbamos por cada pasantía. Porque allá en el núcleo de Maracay, como la población es mucho más pequeña que aquí en valencia éramos 4 o 5 personas por rotación.

Informante 2: R: Si.

¿En grupos pequeños?

R: Si, yo creo que hasta nuestra promoción eran pequeños pero ya después en la promoción 62 eran grupos más grandes, porque había más gente.

¿Consideras que para el docente es más difícil manejar esos grupos grandes?

R: Si un poco más difícil.

Informante 3: R: Si, en grupos pequeños, porque era primero la clase y luego se dividían en grupos, de 4 o 5 personas.

Informante 4: R: Si, en la misma revista.

Informante 5: R: Si.

¿En grupos pequeños después de la clase magistral?

R: Si, si. Se hacían discusiones de caso en los grupos de práctica, eran 5 o 6 personas.

Informante 6: R: Si, se realizan discusiones, debates, (ehh) seminarios, (eh) ejercicios, sobre todo a la hora de calcular las hidrataciones.

Pregunta 6: Dada la clase magistral, ¿el docente realiza talleres grupales con el fin de afianzar conocimientos?

Informante 1: R: No, (gesto de duda o extrañeza) de verdad que eso no. A veces dependiendo del adjunto que estaba, si íbamos al servicio, ese docente monitor estaba con su grupo, de resto los demás no. Había casos todos los días pero talleres no.

Informante 2: R: (mmm) No (ceño fruncido).

Informante 3: R: ¿Después de la clase? (mmm) no.

Informante 4: R: (mmm) no, muy poco. Muy poco, generalmente eran las evaluaciones posteriores, las evaluaciones continuas de las clases magistrales como tal.

Informante 5: R: En algunos casos, no todos. No en todos los casos.

Informante 6: R: Bueno, depende del profesor, (eh) algunos profesores ni siquiera te daban la clase magistral y otros profesores si, por ejemplo tenemos el caso de la Dra. María Ortega que hacía ejercicios, hacia planteamiento de problemas, hacía charlas, hacía reunión en su “huequito” y te lo explicaba, pero hay otros profesores que no.

Pregunta 7: ¿Considera que los temas impartidos en clase tienen relación con el conocimiento que ha adquirido anteriormente?

Informante 1: R: Si, si.

¿Tiene una secuencia lógica?

R: Si.

Informante 2: R: ¿Impartidos en clase tienen relación?

Por ejemplo, ¿que si guardan una relación con lo que has visto antes para poder asociarlo?

R: Si, pero vamos a más de lo mismo, ósea, nosotros somos como cualquier otra carrera, por lo menos, Derecho no los llevan a un juzgado a darse “coñazos” allá, igual a nosotros, nosotros nos graduamos, nos entregan un título, nosotros se los damos a nuestras mamás para que lo guinde y ya. Porque no hay manera, ósea, no te enseñan: mira esto tiene que ser así y así, no te dan una presión práctica sino que es todo puro teórico y cuando tu llegas de verdad, no sabes qué hacer ni siquiera con una fiebre.

¿El aprendizaje se obtiene más entonces en la práctica?

R: Si, uno solo. Y hay fallas, a pesar de aja, “son de la Universidad de Carabobo” (tono de voz diferente como un canto) hay fallas en esa parte de práctica. Aprendes es trabajando.

Y a pesar de que en cada asignatura uno tiene unas guardias, que son obligatorias, muchas veces uno está sólo, ¿crees que el aprendizaje allí depende del residente de turno?

R: Si, del interés que ellos tengan en que el estudiante aprenda o si solo lo tiene para hacer tabuladas.

Informante 3: R: Si, pero te gradúas y llegas a la emergencia perdido. No sabes calcular una simple hidratación, hace falta más práctica.

Y en las guardias, ¿crees que el aprendizaje depende de los residentes?

R: Si, de que él quiera o no quiera enseñarte, y de que uno como estudiante se involucre tanto que aprenda, porque si no, terminas siendo un secretario. Sirves puro para redactar historias, para sacar trabajo. Pero al final eso depende de cada quien, de la voluntad de aprender.

Informante 4: R: Los temas de 6to año no están correlacionados con los años anteriores porque en 6to te dan, por lo menos aquí en el “H.U.A.L”, te dan (ehh) los temas que vas a manejar en la emergencia como médico general pues, o médico rural. Que, cuál es la emergencia que vas a atender de un niño, ósea, cuales son los temas que necesitas manejar, cómo vas a resolver y saber discernir cuando tienes que referir al paciente, cuándo el paciente necesita una hospitalización, cuándo el paciente necesita una terapia, para que tú sepas identificar y no te vayas a quedar con un paciente que obviamente se vaya a complicar en un ambulatorio pues. Aquí en el Carabobo hacen mucho énfasis en eso en el último año. Ósea como que, aja, “van a aprender esto porque ustedes necesitan saber esto, esto y esto. Si el paciente se complica porque presenta esto, Ud. Se monta en una ambulancia y se lo trae”. Así.

¿Esto dificultaba el aprendizaje de los temas?

R: No... más bien por lo menos, personalmente, me parecía mucho más práctico que con toda la parte teórica porque, bueno yo soy muy de la práctica pues, entonces el saber: LA CLÍNICA, COMO LO IDENTIFICO, QUE ES LO QUE VOY A HACER Y CUANDO ME LO PUEDO QUEDAR, CUANDO LO PUEDO MANDAR PARA SU CASA Y CUANDO TENGO QUE IR PARA EL HOSPITAL.

¿Bajaba la ansiedad de uno como estudiante?

R: Exacto, así como que ya, aja, me llegó, que voy a hacer. Tengo miedo. No, entonces te acordabas, mira la Dra. me dijo “tal” y es verdad eso es lo que haré. Te correlacionaba eso también, la discusión en clase con los protocolos que ya veníamos hablando, de los documentados.

Informante 5: R: Si, son conocimientos de años anteriores que se emplean ya en el último año.

Informante 6: R: Si.

¿Guarda una secuencia?

R: Si, te lo colocan siempre en orden y en secuencia para poderlo entender.

Pregunta 8: ¿El material que se utiliza en cada clase, guarda organización y logicidad para su fácil comprensión?

Informante 1: R: Si. Siempre se llevaba un orden concepto, clasificación, diagnóstico, tratamiento...

Informante 2: R: Si.

Informante 3: R: Si.

Informante 4: R: Si, (este) ósea, todo tiene una... forma de desarrollarte los temas y tienden a: desde el concepto, fisiopatología, todo eso nos lo daban completo como si estuviésemos viendo clase desde básica, y al final se hacían los logaritmos en la parte del tratamiento pues, que es lo que ya era la última fase, y que es lo uno va a fijar en la memoria como tal.

Informante 5: R: Si, era ordenado, siempre fue con un orden: concepto, fisiopatología, causas, siempre con orden.

Informante 6: R: Bueno el material que se utiliza en clase por lo general se da en las magistrales, en guías que tú compras y en el libro y preparación del contenido, entonces... si tú haces un resumen pues lo vas a tener allí, pero si solamente lo leíste no te quedó pues. Si tiene una organización pues.

Pregunta 9: ¿Se siente motivado a aprender a prescribir medicamentos pediátricos?

Informante 1: R: Si.

¿Por qué?

R: Porque me gustaba pediatría (risas).

Informante 2: R: ¡Si...!

¿Por qué?

R: Por el temor. Yo digo que por el temor que te decían “eso pues” ya medicar, ya va a estar su sello, ya no tiene la responsabilidad el doctor, porque el bachiller va a estar en la guardia y se va, a las 7:00am a hacer sus actividades o a su casa a dormir, en cambio el residente siempre va a estar ahí, medicando, y si lo haces mal o colocaste mal un diagnóstico, te caen. Te caen encima a ti, no al bachiller que estaba.

Informante 3: R: Si.

¿Por qué?

R: Porque eran demasiadas presentaciones y había que estudiar para saber qué hacer después en el ambulatorio.

Y en ese momento, ¿ya sabías que te gustaba pediatría?

R: No. Me empezó a gustar durante la rural, que hice la rural en un pediátrico. Y me encantó y por eso decidí ser pediatra.

Informante 4: R: ¡Si...! Muy motivada, (risas) porque como ya iba a salir a la rural, entonces era como la necesidad de saber cuál es la dosis, cómo calcular la dosis más rápido, en el caso de una emergencia, por lo menos, el Diazepam, calcular la dosis en (eh) en las crisis de asma, ósea, luego el paciente pesa tanto, aja, no es que “ay, por tantos miligramos y la ampolla viene de tanto” no, sabes que hay siempre recortes en dosis así, las tácticas que dan, esa también nos la dieron acá, para poder calcular rápido al paciente y que no tengas que quedarte con la calculadora ahí pegado.

¿Ya sabías que te gustaba pediatría en 6to año?

R: (Risas), No, no. Me di cuenta después pues. Porque no me gustan los adultos. Los adultos mienten mucho. Los pediátricos es como más bonito.

Informante 5: R: Si, si (risas) por algo estoy aquí. (risas)

¿Es porque te gustaba pediatría?

R: Si.

Informante 6: R: Si, (gesto de intriga) me interesa saberlo porque de eso se iba a basar la práctica en la rural después.

Pregunta 10: ¿Cómo se autoevaluaría en relación al aprendizaje de la prescripción de medicamentos en pediatría?

Informante 1: R: Si bueno de verdad que... ahorita siento que si me prepararon bien. (Risas) y de verdad creo que si funcionó, fue bueno. Después que egresas; en ese momento sentía como que no sabía nada (no sé nada, no sé nada, no sé nada) pero en lo que estás en el ambulatorio solo que das tanto, como que caes en cuenta que si sabías. Y el cuaderno y los apuntes te ayudan muchísimo al principio.

Informante 2: R: Me falta... pero, ¿autoevaluación cómo? ¿Regular- intermedio-bueno?

Aja

R: Regular.

Informante 3: R: En 6to año como tal, faltaba bastante, fue digamos que regular.

Informante 4: R: Ay (gesto pensativo) una pregunta difícil. Pero autoevaluación de que, ¿de mi habilidad para aprenderlo o de que si ya lo sabía cuando llegué?

Durante 6to año, cómo lo aprendiste, ¿te autoevaluarías bien, regular, mal...? Cuando saliste a la rural, ¿te sentías que ya sabías prescribir?

R: Bueno uno se apoyaba mucho al principio cuando sales a la rural, ósea, uno dice que bien, obviamente porque uno se aprende mucho las dosis y sabes que cuando uno está en básica son muchos temas al mismo tiempo, muchas materias, entonces tú tratas de memorizar las cosas y es en la práctica diaria en donde uno se graba las dosis pues. Es donde uno va agarrando la confianza de paciente por paciente, entonces, de aprendizaje como tal uno lo consideraba bueno pero cuando llegabas a la rural dice: “EPA, YA VA” necesito un “chuletario” y hacia la agendita. “Todos tenemos un cerebro ectópico”.

Informante 5: R: Si, si aprendí. Por lo menos lo suficiente no porque nunca es suficiente pero si para defenderme en la rural.

Informante 6: R: Bueno me evaluaría regular porque me faltan algunas dosis y algunas... fórmulas porque no manejo diariamente pediatría pues, por esa razón, pero si... en cuanto académicamente pues ellos si, en 100% de los profesores en cada clase te daban los tratamientos, dosis y como ajustarlo pues, entonces es falta propia y no de la docencia.

Pregunta 11: ¿Cómo estimaría su experiencia en la prescripción de medicamentos en pediatría?

Informante 1: R: Buena, realmente si me preocupé en aprender lo necesario e iba mas allá porque me gusta la pediatría.

Informante 2: R: No bueno, yo cuento el año de rural como el 1er año del internado y como estaba más que todo en pediatría, fue bueno. Mejoré mucho. También depende del país donde uno esté porque por ejemplo aquí actualmente hay que colocar hasta 8 presentaciones de un mismo medicamento o varias opciones a ver cual consigue el paciente o el familiar en este caso.

Informante 3: R: Bueno en la práctica es donde uno mejora bastante. Mejore mucho ya casi no uso la guía farmacológica para ver los medicamentos (risas).

Informante 4: R: Mira, me fue bien realmente. Con una guía farmacológica (risas).

Informante 5: R: Bueno... fue agradable. Aplique los conocimientos y siento que estuve bien preparada.

Informante 6: R: (mmm) Considero que fue buena, tomando en cuenta la rural me fue bien, a veces consultaba la guía farmacológica si tenía una duda en algún aspecto o presentación del medicamento.

Pregunta 12: Considerando el antes y el después de cursar la asignatura Clínica Pediátrica III, ¿puede afirmar que sus destrezas en la prescripción de medicamentos mejoraron significativamente?

Informante 1: R: Si, porque en esa materia uno consolida muchos conocimientos y te preparan para estar solo en tu ambulatorio después y resolver de una buena manera todos los casos y saber que referir.

Informante 2: R: Si, mejoraron, de antes a después mejoraron.

Informante 3: R: Si.

Informante 4: R: ¿En 6to?, si. Después de la asignatura a previo a la asignatura. Previo a la asignatura uno está demasiado perdido porque es mucha teoría en pediatría 1 y 2. Es como que, todo lo que se enfocan es en fisiopatología, clínica del paciente, pero te quedas, aja, ¿Cómo que hago con el paciente? ¿Cuál es el tratamiento? ¿Qué voy a hacer? Y eso es lo que te dan en clínica 3.

Informante 5: R: Claro, muchísimo. Aparte hice la rural en un pediatríco. (risas)

Informante 6: R: Si, después de pediatría 3 en 6to año aprendí MUCHIIISIMAS cosas que antes ignoraba pues, antes solo sabia calcular la hidratación y ya, y luego de 6to año fue que aprendí muchísimas cosas, aprendí a la combinación de antibióticos, a combinación de... antialérgicos, a muchas cosas que nos enseñó la Dra. María Ortega. En realidad fue por ella pues.

Pregunta 13: ¿Qué aspectos de la prescripción toma en cuenta cuando indica tratamiento pediátrico?

Informante 1: R: ¿Qué aspectos?... bueno todo, el peso del paciente, la dosis del medicamento, la presentación, muchas presentaciones a ver cual consiguen, cada cuantas horas por cuantos días, y se lo explico también a la mamá para que entienda como dárselo.

Informante 2: R: Bueno el peso, la presentación, la dosis, el intervalo de las horas y eso. Y explicarlo después a la mamá para que entienda bien la indicación. También es importante la patología. En vista de que estamos en un país donde hay mucha escasez de medicamentos, a veces también tomamos en cuenta indicarlo en tabletas en vez de suspensión. Entonces, cuando lo indicamos en tabletas, hay que mandarlos a ciertas farmacias, aunque la mayoría por ejemplo por el centro, la mayoría preparan

los medicamentos para pediátricos, en suspensión. Entonces hay que indicarles muy bien a las mamás específicamente como va a ser la dosis de estas tabletas, y con qué r cipe tú vas a ir a que te lo preparen. Eso también es importante.

 Y tomas en cuenta el costo de los fármacos cuando los indicas?

R: Si, la situación socio económica. Por lo menos para infecciones respiratorias, (este) a veces indicamos un antibiótico que pueda cubrir atípicos y gérmenes gram positivos y gram negativos.

Informante 3: R:  Para dosificar?

En líneas generales. Entre el momento que empiezas a escribir el r cipe hasta que se lo das a la mamá.

R: Nada, tengo que saber el peso del paciente, la presentación, cuál es la dosis del medicamento, y ahí calculo: el peso por la cantidad de mililitros entre los miligramos y ahí está listo, lo divido entre la cantidad de horas y lo indico. Eso depende de cada paciente, sobretodo del peso.

 Y consideras que la comunicación es importante para la mamá?

R: Claro, porque si no se lo comunicas bien y no le dices exactamente cómo tomarse el medicamento no lo va a hacer.

A pesar de que est  escrito en la indicación, t  se lo explicas.

R: Si, tú tienes que explicárselo. Hoy en día es más que todo lo que haya y al costo que se consiga.

Informante 4: R: (ehm)  Qu  aspectos? bueno: 1- obviamente la edad del paciente, la presentación en que puede existir el medicamento, la facilidad de encontrar el medicamento y eso, dar opciones a los pacientes sobre los medicamentos que se puedan usar dependiendo de la patología.

¿Y utilizas la comunicación verbal para explicar?

R: Si, yo escribo y siempre después de que escribo les explico todo lo que escribí, porque eso de escribirlo y entregarlo no garantizamos que el paciente haya entendido sobre todo cuando son niños que el papá haya entendido como le va a dar el medicamento y pasa mucho que aún cuando tu le explicas, ellos no entienden que es lo que van a hacer, entonces a veces uno tiene que tomar su tiempo y explicarle con calma porque si no, el primer perjudicado va a ser un niño. Entonces hay que tener calma en eso y poderle explicar a los papás. Se necesita MUCHO el lenguaje verbal con los papás.

Y a veces por la premura, o la cantidad de pacientes, ¿crees que eso se obvia?

R: No, yo siempre lo hago. Siempre. Porque si no entonces va a llegar el paciente como si no hubiese recibido nada. “Ah no porque no me lo explicaron” “porque yo no lo entendí” o llegan con intoxicaciones, mal medicados, precisamente por esa falla. Entonces yo siempre le explico al familiar, lo que yo le estoy escribiendo se lo explico.

Informante 5: R: El peso del bebé, obviamente la patología del bebé, todo, se ve todo.

¿Crees que la comunicación es importante con los familiares?

R: Claro, también. Y el nivel socio económico.

Informante 6: R: Pues básicamente: sintomatología, edad, peso y talla del paciente.

Pregunta 14: Como estudiante (o residente), ¿con que frecuencia se ha sentido seguro de indicar tratamiento farmacológico a un niño? (siempre- casi siempre- a veces- pocas veces- nunca)

Informante 1: R: Casi siempre. Trabajar con niños es delicado porque muchos medicamentos tienen reacciones adversas, otros tienen contraindicaciones y eso hay que saberlo. Siempre consultaba la guía farmacológica cuando estaba comenzando a prescribir y luego iba tomando más seguridad pero siempre ante la duda consulto.

Informante 2: R: Casi siempre segura. Ahorita, después del año de experiencia. Pero como estudiante, no tenía mucha certeza, siempre tenía que preguntar (...) a alguien mayor (risas) de mayor rango. Ahora no tenemos mucho (este) no tenemos mucha gente en el servicio, ósea por ejemplo, nosotras no tenemos R3, tenemos son 4 R2, 5 R1 y los demás somos internos. Tenemos mucho trabajo y hemos aprendido bastante.

Informante 3: R: Siempre, la mayoría de las veces, porque como en la rural como tuve mucha práctica en el hospital pediátrico, ya cuando comencé el postgrado me sentía segura de lo que estaba indicando, porque ya tenía experiencia previa.

Informante 4: R: Mira (este...) Casi siempre. Ósea trataba de si tenía alguna duda consultar la guía. Siempre tuve una guía al lado en mi consultorio pues. Yo prefería pasar la pena que el familiar me viera revisando a... medicar de manera inapropiada a un paciente.

Informante 5: R: Casi siempre, para no decirte el 100% pues pero si casi siempre como el 80%-90%.

Informante 6: R: Casi siempre.

Pregunta 15: ¿Ha tenido experiencias propias o cercanas en relación a casos donde se haya incurrido en errores de prescripción en pediatría?

Informante 1: R: Si, vi casos donde indicaban la dosis tanto inferiores como superiores a lo que ameritaba el paciente, intoxicaciones a causa de eso, alergias

también. Pero en general es porque no se toman el tiempo de hacer bien los cálculos y estar pendiente de las presentaciones de los medicamentos.

Informante 2: R: Si... mucho. Demasiado. Porque, obviamente, las personas... muchas personas lo más cercano que tienen es un CDI, entonces ahí la mayoría de los médicos son integrales comunitarios, aunque conozco algunos que son muy buenos y realmente se esfuerzan y hacen bien su trabajo, pero no es la mayoría. La mayoría están ahí por prescribir cualquier cosa. Ha pasado que por ejemplo a un niño que todavía no expectora, le mandan... Brodilín. Entonces se hace un saco de moco ahí adentro y termina en una neumonía o algo así. Es muy común lo he visto.

Y errores de prescripción de tipo dosis inferiores a las terapéuticas, ¿has visto?

R: Si, con los antipiréticos. Que a veces no saben que presentación tiene la mamá, cambia mucho, por lo menos Acetaminofén, hay de 180, 160, 120, entonces a veces lo calculan a una dosis y resulta que la mamá consiguió fue Apiret, que es de 180, y obviamente le está dando menos, y te dice “no, esto no sirvió, no le baja la fiebre” y en realidad es que no se lo calcularon a los miligramos correspondientes. Eso puede pasar.

Informante 3: R: (mmm) Bueno a mí personalmente no. Y tampoco he conocido algún caso de que indicaran un medicamento mal o algo.

Informante 4: R: Si. Se han visto, sobre todo por errores en la presentación del laboratorio con el medicamento como tal. Ósea, que le indican una presentación creyendo que es otra entonces (ehh) pero si han llegado. Lo he visto pues.

¿Más que todo intoxicados, con sobredosificación?

R: Aja, porque desconocen, no le explican a los padres y desconocen que es el mismo medicamento. Por lo menos nos pasó, y bastante fuerte, una niña intoxicada por IrtoPan, (ehh) la mamá se lo estaba dando en casa, cada 8 horas, pero con otro

nombre, ni siquiera Irtopan, Primperan no, el Clop. Entonces ella no sabía qué era eso y acá llegó con vómitos, vómitos y recibió dosis de Irtopan y la nena hizo una depresión respiratoria, ameritó UCI y todo para la “C.H.E.T”. Cuando le preguntaron que le estaba dando ella negaba por los nombres comerciales porque ella conocía era el genérico que es Metroclorpramida. Pero la niña se salvó, gracias a Dios.

Informante 5: R: ¿Qué si yo estoy incluida? ¿O si he sabido de gente que haya estado incluida?

Si, tu u otras personas, si has sabido algún caso...

R: Ah sí, si claro, por sobredosificación. Porque la dosis es superior, o el paciente es alérgico al fármaco que le indicaron y la mamá no lo sabía...

¿Han sido casos graves o leves?

R: Moderados.

Informante 6: R: Si, me ha pasado que a veces me paso de la dosis o le mando muy poco de acuerdo a su peso y tengo que volverlo a reevaluar o hacer una interconsulta con mis compañeras y volverla a calcular pues. Pero si, si he tenido errores.

Análisis e interpretación de la información.

De acuerdo con Rodriguez y Valldeoriola (ob. cit.) el análisis de los resultados en la investigación cualitativa “es un proceso que consiste en dar sentido a la información recogida en el escenario (...) Es decir, dar sentido a los fenómenos y para ello, el investigador debe mantenerse firme y orientado al objeto de estudio” (p.72).

En este sentido, al finalizar la etapa de recolección de la información a través de la observación y entrevistas semiestructuradas a los internos y residentes del Hospital

Universitario “Dr. Angel Larralde” (HUAL), se procedió al análisis e interpretación de los resultados, en función de los propósitos de la investigación, las categorías obtenidas y las teorías que sostienen la misma.

Categorización.

La categorización responde a un proceso sistemático donde se unifican bajo un mismo tópico conceptos, situaciones, contextos, opiniones, vivencias, sentimientos, entre otros; Lo cual permite englobar los mismos de manera que el investigador puede encausar todos los datos y convertirlos en unidades de análisis o categorías.

Descripción de la Entrevista	Categoría (Codificación)	Sub Categorías
<p>Pregunta 1: ¿Realiza oportunamente revisiones bibliográficas concernientes a la temática a tratar?</p> <p>Informante 1: R: Si, <u>era obligatorio</u>.</p> <p>Ah ok, ¿te lo sugerían en clase?</p> <p>R: Si, era obligatorio. De hecho, había <u>revisiones de fichas bibliográficas</u> (ehmm) de prescripción de medicamentos los lunes, miércoles y viernes con los residentes de postgrado. Tenían que estar todos los residentes de pregrado que éramos todos los IPG (internos de pregrado) y los residentes de postgrado. Entonces, todos los lunes, miércoles y viernes había revisiones de <u>fichas de medicamentos</u>.</p> <p>Informante 2: R: No, yo no. (sonrisa)</p> <p>Ah ok, ¿los profesores lo sugerían en clase?</p> <p>R: Bueno... bueno, <u>dependía más que todo del profesor</u>. Por lo menos en esa clínica pediátrica se dividía en 3, como en varios ítems, entonces 1 de los ítem era cirugía pediátrica, el otro era emergencia, reten o recién nacido y vimos unas prácticas en Guacara donde vimos más que todo parasitosis... lo que se ve en <u>consulta pediátrica rural normal</u>.</p>	<p>C.1 Fichas bibliográficas</p> <p>C.2 Actualización médica continua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoriedad - Evaluación - Criterio del docente - Consulta del médico rural

Informante 3: R: No (risas).

¿Los profesores lo sugerían?

R: Si, en realidad si lo sugerían. En un modulo que cursamos en Guacara que viene siendo “niño sano”, se aprendió mucho porque era la parte práctica, lo que más se iba a ver en la rural.

Informante 4: R: Si, nos hacían hacer revisiones en revistas médicas, y había (...) profesores que nos pedían como parte de evaluación, fichas bibliográficas pues. Hacer todo el protocolo del resumen, no sé que, todo eso, y era personal. Por varios temas, porque imagínate todo el salón. Cada quien hacia una ficha un día.

Informante 5: R: ¡Sí! Claro.

¿Era obligatorio?

R: Si, era obligatorio.

Informante 6: R: Bueno si, (eh) no todos los días pero si periódicamente (mmm) estoy revisando porque siempre hay medicamentos nuevos, siempre hay dosificaciones nuevas, y porque se me olvida a veces, algunos cálculos porque en pediatría todo es por peso y eso.

<p>Pregunta 2: ¿El docente emplea la evaluación de casos clínicos en cada clase que imparte?</p> <p>Informante 1: R: Si, en todas las clases (este...) por ejemplo, hoy había clase de Eruptivas, daba un <u>caso clínico al final</u> para después dar el <u>diagnóstico</u>.</p> <p>Informante 2: R: Si, si. ¿Pero teórico o práctico? R: Práctico, más que todo <u>práctico</u>. Bueno, dependía, en cirugía pediátrica era necesaria la <u>lectura de referencias bibliográficas</u> porque ella daba diversos temas, por lo menos... (este) “estenosis hipertrófica del píloro” Vs. Otra cosa, entonces hablábamos sobre ese tema y nos preguntaban de otro tema. Era <u>tipo discusión</u>.</p> <p>Informante 3: R: Si. ¿Teórico o práctico? R: <u>Práctico. Se hacían discusiones con rondas de preguntas</u> siempre.</p> <p>Informante 4: R: En cada clase no pero si por lo menos semanal o 2 veces a la semana con casos clínicos y en 6to año era mucho aquí en la emergencia, veníamos, <u>veíamos los pacientes aquí en la emergencia</u>, se pasaba la <u>revista</u>, así, nosotros como bachilleres nos introducíamos en la revista y se</p>	<p>C.3 Estrategias de enseñanza</p> <p>C.4 Colapso hospitalario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico - Énfasis en lo práctico - Lectura de referencias bibliográficas - Estrategia resumen - Estrategia preguntas intercaladas - Observación de casos reales en la emergencia - Mayor actividad asistencial que académica - Revista médica - Discusión de casos clínicos
--	---	---

<p>veía la presentación de los casos y todo eso, <u>y se discutían los casos</u>. Incluso mucho más que ahorita porque ahorita como está <u>el colapso en todos los hospitales</u>, era MUCHO (alzó el tono de voz) mas académico antes.</p> <p>¿Es más asistencial ahora?</p> <p>R: <u>Muchísimo más asistencial porque hay mucha demanda</u> entonces un montón de casos. Nos exigen que nos documentemos obviamente en casa, y después cuando llega el otro caso similar, se vuelve a discutir o al día siguiente cuando se plantea el caso se discute, pero no en el mismo momento, ósea, no se demoran tanto como antes las revisas. <u>Las revistas eran súper académicas antes</u> pues. Pero es sobre todo por la demanda.</p> <p>Informante 5: R: En algunos, algunos docentes, algunos no. Pero en la mayoría (ehh) <u>se trataban eran casos clínicos</u>.</p> <p>Informante 6: R: Pues en cada clase como tal no pero si se hacen en los exámenes, en <u>manera práctica</u>. No como que todas las clases pero si se realiza pues. <u>Pueden ponerte ejemplos, casi siempre todas las explicaciones que nos daban en pediatría se llevaban a casos clínicos</u> que “te llega un paciente tantos años de edad con tal sintomatología, ¿Qué harías? ¿Qué medicamento?” y pues así, entonces puede ser que sí.</p>		
---	--	--

<p>Pregunta 3: ¿El docente hace énfasis en la necesidad de llevar un seguimiento de los casos clínicos evaluados?</p> <p>Informante 1: R: Si, en las <u>revistas</u>. Teníamos que tener ya todos los pacientes y cuando se hacían los casos de pacientes que ya estaban hospitalizados teníamos que automáticamente todos, de hecho al azar, <u>preparar el caso y presentar el paciente</u>, porque ya era un caso que se había presentado en el módulo.</p> <p>Informante 2: R: ¿Un seguimiento de los casos clínicos evaluados?</p> <p>Aja.</p> <p>R: No, de verdad que en clínica de 6to año no. <u>No se hacía seguimiento</u> de ningún paciente.</p> <p>Informante 3: R: <u>Eso depende del docente</u>, pero en realidad no se hacía.</p> <p>Informante 4: R: Si, si porque precisamente de eso depende nuestro... ósea, el <u>apoyar las terapias que se manejan en los protocolos</u>, ósea si realmente está funcionando un protocolo o no, o si ese protocolo es aplicable a la terapia que se maneja en el país pues. Si funciona con la población de acá.</p> <p>¿Sobretudo en antibióticos?</p> <p>R: Si, muchísimo en antibióticos, (eh) porque <u>hay muchas</u></p>	<p>C.5 Protocolo terapéutico</p> <p>C.6 Déficit de insumos</p> <p>C.7 Situación país</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No se hace seguimiento de los casos clínicos en algunos casos - Criterio del docente - Déficit de antibióticos - Criterio personal
---	--	---

<p>actualizaciones, hay mucho déficit de antibióticos también, entonces se han cambiado las terapias de antibiótico, el protocolo como tal de un antibiótico para una patología, por el déficit de antibióticos, <u>la situación país</u> pues.</p> <p>Informante 5: R: <u>No, no.</u></p> <p>Informante 6: R: No, de verdad que nunca nos hicieron énfasis en eso, sin embargo <u>ya eso queda a criterio personal</u> si tú tienes un paciente ahí hospitalizado tienes que hacerle seguimiento. Pero en cuanto a la práctica no pues, te dan el caso, te explican y ya pues. <u>Te evalúan en el examen y luego ellos no vuelven a repetir eso.</u></p>		
<p>Pregunta 4: Durante el desarrollo de la actividad académica, ¿se promueve la discusión y participación en revistas médicas?</p> <p>Informante 1: R: <u>Si.</u></p> <p>Informante 2: R: Si. <u>Siempre había que participar en revistas.</u></p> <p>Informante 3: R: <u>Si. Eso formaba parte de la dinámica en todos los módulos de la materia, sobretodo en 6to.</u></p> <p>Informante 4: R: Si. Ósea si, pero tampoco así tan... tanto en la revista no, me pasó mucho fue arriba en retén, no como tal aquí en la emergencia, pero arriba en retén si, el doctor de hecho</p>	<p>C.8 Revista médica</p> <p>C.9 Propuestas terapéuticas</p> <p>C.10 Ronda de preguntas</p>	<p>- Participación en revistas médicas</p> <p>- Dinámica en todos los módulos</p> <p>- Sugerencia de propuestas terapéuticas</p>

<p>nos pasaba revista de las cunas, los pacienticos que están en las cunas que son por lo general los sépticos y eso, y... <u>nos pedía las propuestas</u>, aja, es tal cosa, que vas a hacer, como lo vas a presentar, no sé qué, y entonces nuestras propuestas de igual manera iban a los comentarios de las notas de la mañana pues como tal, de las notas de la evolución.</p> <p>Informante 5: R: <u>Si</u>, en las que son más que todo materias clínicas.</p> <p>Informante 6: R: Si, de hecho todos teníamos que estar presentes en la revista y en la revista pues, <u>te podían hacer alguna de las preguntas que se le hacían hasta a los mismos residentes</u> o a ti, y pues y si tú eres residente tú eres el que imparte la revista.</p>		
<p>Pregunta 5: ¿Se realizan discusiones grupales como parte de la dinámica de la clase?</p> <p>Informante 1: R: Si. Ok, ¿en grupos de trabajo?</p> <p>R: Si, en <u>grupos</u> creo que eran de 4 que eran los grupos que íbamos por cada pasantía. Porque allá en el núcleo de Maracay, como la población es mucho más pequeña que aquí en valencia éramos 4 o 5 personas por rotación.</p> <p>Informante 2: R: Si.</p>	C.11 Grupos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Discusiones - Debates - Seminarios - Ejercicios

<p>¿En grupos pequeños?</p> <p>R: <u>Si, yo creo que hasta nuestra promoción eran pequeños</u> pero ya después en la promoción 62 eran grupos más grandes, porque había más gente.</p> <p>¿Consideras que para el docente es más difícil manejar esos grupos grandes?</p> <p>R: Si un poco más difícil.</p> <p>Informante 3: R: Si, en <u>grupos pequeños</u>, porque era primero la clase y luego se dividían en grupos, de 4 o 5 personas.</p> <p>Informante 4: R: <u>Si, en la misma revista.</u></p> <p>Informante 5: R: Si.</p> <p>¿En grupos pequeños después de la clase magistral?</p> <p>R: Si, si. <u>Se hacían discusiones de caso en los grupos de práctica</u>, eran 5 o 6 personas.</p> <p>Informante 6: R: Si, <u>se realizan discusiones, debates, (ehh) seminarios, (eh) ejercicios</u>, sobre todo a la hora de calcular las hidrataciones.</p>		
<p>Pregunta 6: Dada la clase magistral, ¿el docente realiza talleres grupales con el fin de afianzar conocimientos?</p> <p>Informante 1: R: <u>No</u>, (gesto de duda o extrañeza) de verdad que eso no. A veces dependiendo del adjunto que estaba, si íbamos al servicio, <u>ese docente monitor estaba con su grupo</u>, de</p>	<p>C.12 Docente monitor C.13 Casos clínicos C.14 Clases magistrales</p>	<p>- No se realizan talleres grupales - Evaluación continua - Criterio del docente - Charlas</p>

<p>resto los demás no. <u>Había casos todos los días pero talleres no.</u></p> <p>Informante 2: R: (mmm) <u>No</u> (ceño fruncido).</p> <p>Informante 3: R: ¿Después de la clase? (mmm) <u>no.</u></p> <p>Informante 4: R: (mmm) <u>no, muy poco.</u> Muy poco, generalmente eran las evaluaciones posteriores, <u>las evaluaciones continuas de las clases magistrales</u> como tal.</p> <p>Informante 5: R: <u>En algunos casos, no todos.</u> No en todos los casos.</p> <p>Informante 6: R: Bueno, <u>depende del profesor,</u> (eh) algunos profesores ni siquiera te daban la clase magistral y otros profesores si, por ejemplo tenemos el caso de la Dra. María Ortega que <u>hacía ejercicios, hacia planteamiento de problemas, hacía charlas, hacía reunión en su “huequito” y te lo explicaba,</u> pero hay otros profesores que no.</p>		
<p>Pregunta 7: ¿Considera que los temas impartidos en clase tienen relación con el conocimiento que ha adquirido anteriormente?</p> <p>Informante 1: R: <u>Si, si.</u></p> <p>¿Tiene una secuencia lógica?</p> <p>R: Si.</p> <p>Informante 2: R: ¿Impartidos en clase tienen relación?</p> <p>Por ejemplo, ¿que si guardan una relación con lo que has</p>	<p>C.15 Relacionabilidad no arbitraria</p> <p>C.16 Aprendizaje constructivista</p> <p>C.17 Pragmatismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mas teoría que practica - Mucho trabajo asistencial - Síntesis de lo importante en la práctica - Correlación de los temas - Cada centro hospitalario es diferente en la forma de enseñanza

<p>visto antes para poder asociarlo?</p> <p>R: Si, pero vamos a más de lo mismo, ósea, nosotros somos como cualquier otra carrera, por lo menos, Derecho no los llevan a un juzgado a darse “coñazos” allá, igual a nosotros, nosotros nos graduamos, nos entregan un título, nosotros se los damos a nuestras mamás para que lo guinde y ya. Porque no hay manera, ósea, no te enseñan: mira esto tiene que ser así y así, <u>no te dan una presión práctica sino que es todo puro teórico y cuando tu llegas de verdad, no sabes qué hacer ni siquiera con una fiebre.</u></p> <p>¿El aprendizaje se obtiene más entonces en la práctica?</p> <p>R: Si, uno solo. Y hay fallas, a pesar de aja, “son de la Universidad de Carabobo” (tono de voz diferente como un canto) hay fallas en esa parte de práctica. <u>Aprendes es trabajando.</u></p> <p>Y a pesar de que en cada asignatura uno tiene unas guardias, que son obligatorias, muchas veces uno está sólo, ¿crees que el aprendizaje allí depende del residente de turno?</p> <p>R: <u>Si, del interés que ellos tengan en que el estudiante aprenda o si solo lo tiene para hacer tabuladas.</u></p> <p>Informante 3: R: Si, pero <u>te gradúas y llegas a la emergencia perdido.</u> No sabes calcular una simple hidratación, hace falta más práctica.</p>		
---	--	--

<p>Y en las guardias, ¿crees que el aprendizaje depende de los residentes?</p> <p>R: Si, de que él quiera o no quiera enseñarte, y <u>de que uno como estudiante se involucre tanto que aprenda, porque si no, terminas siendo un secretario.</u> Sirves puro para redactar historias, para sacar trabajo. Pero al final eso depende de cada quien, de la <u>voluntad de aprender.</u></p> <p>Informante 4: R: Los temas de 6to año no están correlacionados con los años anteriores porque en 6to te dan, por lo menos aquí en el “H.U.A.L”, <u>te dan (ehh) los temas que vas a manejar en la emergencia como médico general pues, o médico rural. Que, cuál es la emergencia que vas a atender de un niño, ósea, cuales son los temas que necesitas manejar, cómo vas a resolver y saber discernir</u> cuando tienes que referir al paciente, cuándo el paciente necesita una hospitalización, cuándo el paciente necesita una terapia, para que tú sepas identificar y no te vayas a quedar con un paciente que obviamente se vaya a complicar en un ambulatorio pues. Aquí en el Carabobo hacen mucho énfasis en eso en el último año. Ósea como que, aja, <u>“van a aprender esto porque ustedes necesitan saber esto, esto y esto. Si el paciente se complica porque presenta esto, Ud. Se monta en una ambulancia y se lo trae”.</u> Así.</p>		
--	--	--

<p>¿Esto dificultaba el aprendizaje de los temas?</p> <p>R: No... más bien por lo menos, personalmente, me parecía mucho más práctico que con toda la parte teórica porque, bueno yo soy muy de la práctica pues, entonces el saber: LA CLÍNICA, COMO LO IDENTIFICO, QUE ES LO QUE VOY A HACER Y CUANDO ME LO PUEDO QUEDAR, CUANDO LO PUEDO MANDAR PARA SU CASA Y CUANDO TENGO QUE IR PARA EL HOSPITAL.</p> <p>¿Bajaba la ansiedad de uno como estudiante?</p> <p>R: Exacto, así como que ya, aja, me llegó, que voy a hacer. Tengo miedo. No, entonces te acordabas, mira la Dra. me dijo “tal” y es verdad eso es lo que haré. <u>Te correlacionaba eso también, la discusión en clase con los protocolos que ya veníamos hablando, de los documentados.</u></p> <p>Informante 5: R: Si, <u>son conocimientos de años anteriores que se emplean ya en el último año.</u></p> <p>Informante 6: R: Si.</p> <p>¿Guarda una secuencia?</p> <p>R: Si, te lo colocan <u>siempre en orden y en secuencia</u> para poderlo entender.</p>		
<p>Pregunta 8: ¿El material que se utiliza en cada clase, guarda organización y logicidad para su fácil comprensión?</p>	<p>C.18 Organización y logicidad C.19 Organizadores gráficos</p>	

<p>Informante 1: R: <u>Si. Siempre se llevaba un orden</u> concepto, clasificación, diagnóstico, tratamiento...</p> <p>Informante 2: R: <u>Si.</u></p> <p>Informante 3: R: <u>Si.</u></p> <p>Informante 4: R: Si, (este) ósea, todo tiene una... forma de desarrollarte los temas y tienden a: desde el concepto, fisiopatología, todo eso nos lo daban completo como si estuviésemos viendo clase desde básica, <u>y al final se hacían los logaritmos en la parte del tratamiento pues, que es lo que ya era la última fase, y que es lo uno va a fijar en la memoria como tal.</u></p> <p>Informante 5: R: <u>Si, era ordenado,</u> siempre fue con un orden: concepto, fisiopatología, causas, siempre con orden.</p> <p>Informante 6: R: Bueno el material que se utiliza en clase por lo general se da en las magistrales, en guías que tú compras y en el libro y preparación del contenido, entonces... si tú haces un resumen pues lo vas a tener allí, pero si solamente lo leíste no te quedó pues. <u>Si tiene una organización pues.</u></p>		
<p>Pregunta 9: ¿Se siente motivado a aprender a prescribir medicamentos pediátricos?</p> <p>Informante 1: R: <u>Si.</u> ¿Por qué? R: <u>Porque me gustaba pediatría</u> (risas).</p>	C.20 Motivación	<p>- Motivación intrínseca: Agrado personal por la asignatura</p> <p>- Motivación extrínseca: Temor, Repercusión legal del</p>

<p>Informante 2: R: <u>¡Si...!</u> ¿Por qué? R: <u>Por el temor.</u> Yo digo que por el temor que te decían “eso pues” ya medicar, ya va a estar su sello, ya no tiene la responsabilidad el doctor, porque el bachiller va a estar en la guardia y se va, a las 7:00am a hacer sus actividades o a su casa a dormir, en cambio el residente siempre va a estar ahí, medicando, y <u>si lo haces mal o colocaste mal un diagnóstico, te caen. Te caen encima a ti, no al bachiller que estaba.</u></p> <p>Informante 3: R: <u>Si.</u> ¿Por qué? R: <u>Porque eran demasiadas presentaciones y había que estudiar para saber qué hacer después en el ambulatorio.</u> Y en ese momento, ¿ya sabías que te gustaba pediatría? R: No. Me empezó a gustar durante la rural, que hice la rural en un pediátrico. Y me encantó y por eso decidí ser pediatra.</p> <p>Informante 4: R: <u>¡Si...!</u> Muy motivada, (risas) porque como ya iba a salir a la rural, entonces <u>era como la necesidad de saber cuál es la dosis, cómo calcular la dosis más rápido, en el caso de una emergencia,</u> por lo menos, el Diazepam, calcular la dosis en (eh) en las crisis de asma, ósea, llego el paciente pesa tanto, aja, no es que “ay, por tantos miligramos y la ampolla viene de</p>		ejercicio de la medicina, Aspiración de praxis médica efectiva
--	--	---

<p>tanto” no, <u>sabes que hay siempre recortes en dosis así, las tácticas que dan, esa también nos la dieron acá, para poder calcular rápido al paciente y que no tengas que quedarte con la calculadora ahí pegado.</u></p> <p>¿Ya sabías que te gustaba pediatría en 6to año?</p> <p>R: (Risas), No, no. Me di cuenta después pues. Porque no me gustan los adultos. Los adultos mienten mucho. Los pediátricos es como más bonito.</p> <p>Informante 5: R: <u>Si, si</u> (risas) <u>por algo estoy aquí.</u> (risas)</p> <p>¿Es porque te gustaba pediatría?</p> <p>R: Si.</p> <p>Informante 6: R: <u>Si,</u> (gesto de intriga) <u>me interesa saberlo porque de eso se iba a basar la práctica en la rural después.</u></p>		
<p>Pregunta 10: ¿Cómo se autoevaluaría en relación al aprendizaje de la prescripción de medicamentos en pediatría?</p> <p>Informante 1: R: Si bueno de verdad que... <u>ahorita siento que si me prepararon bien.</u> (Risas) y de verdad creo que si funcionó, fue bueno. Después que egresas; en ese momento sentía como que no sabía nada (no sé nada, no sé nada, no sé nada) pero <u>en lo que estás en el ambulatorio solo que das tanto, como que caes en cuenta que si sabias.</u> Y el cuaderno y los</p>	C.21 Autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> - Altos niveles de auto exigencia - Material de apoyo

<p><u>apuntes te ayudan muchísimo al principio.</u></p> <p>Informante 2: R: Me falta... pero, ¿autoevaluación cómo? ¿Regular- intermedio- bueno?</p> <p>Aja</p> <p>R: <u>Regular.</u></p> <p>Informante 3: R: En 6to año como tal, faltaba bastante, fue digamos que <u>regular.</u></p> <p>Informante 4: R: Ay (gesto pensativo) una pregunta difícil. Pero autoevaluación de que, ¿de mi habilidad para aprenderlo o de que si ya lo sabía cuando llegué?</p> <p>Durante 6to año, cómo lo aprendiste, ¿te autoevaluarías bien, regular, mal...? Cuando saliste a la rural, ¿te sentías que ya sabías prescribir?</p> <p>R: Bueno uno se apoyaba mucho al principio cuando sales a la rural, ósea, uno dice que bien, obviamente porque uno se aprende mucho las dosis y sabes que <u>cuando uno está en básica son muchos temas al mismo tiempo, muchas materias, entonces tú tratas de memorizar las cosas y es en la práctica diaria en donde uno se graba las dosis pues. Es donde uno va agarrando la <u>confianza</u> de paciente por paciente, entonces, de aprendizaje como tal uno lo consideraba bueno pero cuando llegabas a la rural dice: “EPA, YA VA” necesito un “chuletario” y <u>hacia la</u></u></p>		
--	--	--

<p>agendita. “Todos tenemos un cerebro ectópico”.</p> <p>Informante 5: R: <u>Si, si aprendí. Por lo menos lo suficiente no porque nunca es suficiente pero si para defenderme en la rural.</u></p> <p>Informante 6: R: Bueno <u>me evaluaría regular</u> porque me faltan algunas dosis y algunas... fórmulas porque no manejo diariamente pediatría pues, por esa razón, pero si... en cuanto académicamente pues ellos si, en 100% de los profesores en cada clase te daban los tratamientos, dosis y como ajustarlo pues, entonces <u>es falta propia y no de la docencia.</u></p>		
<p>Pregunta 11: ¿Cómo estimaría su experiencia en la prescripción de medicamentos en pediatría?</p> <p>Informante 1: R: <u>Buena, realmente si me preocupé en aprender lo necesario</u> e iba más allá porque me gusta la pediatría.</p> <p>Informante 2: R: No bueno, yo cuento el año de rural como el 1er año del internado y como estaba más que todo en pediatría, <u>fue bueno. Mejoré mucho. También depende del país donde uno esté porque por ejemplo aquí actualmente hay que colocar hasta 8 presentaciones de un mismo medicamento o varias opciones a ver cual consigue el paciente o el familiar en este caso.</u></p>	C.22 Praxis satisfactoria	<ul style="list-style-type: none"> - Buena experiencia en la práctica - Uso de guía farmacológica

<p>Informante 3: R: <u>Bueno en la práctica es donde uno mejora bastante. Mejore mucho ya casi no uso la guía farmacológica para ver los medicamentos (risas).</u></p> <p>Informante 4: R: <u>Mira, me fue bien realmente. Con una guía farmacológica (risas).</u></p> <p>Informante 5: R: <u>Bueno... fue agradable. Aplique los conocimientos y siento que estuve bien preparada.</u></p> <p>Informante 6: R: <u>(mmm) Considero que fue buena, tomando en cuenta la rural me fue bien, a veces consultaba la guía farmacológica si tenía una duda en algún aspecto o presentación del medicamento.</u></p>		
<p>Pregunta 12: Considerando el antes y el después de cursar la asignatura Clínica Pediátrica III, ¿puede afirmar que sus destrezas en la prescripción de medicamentos mejoraron significativamente?</p> <p>Informante 1: R: <u>Si, porque en esa materia uno consolida muchos conocimientos y te preparan para estar solo en tu ambulatorio después y resolver de una buena manera todos los casos y saber que referir.</u></p> <p>Informante 2: R: <u>Si, mejoraron, de antes a después mejoraron.</u></p> <p>Informante 3: R: <u>Si.</u></p>	<p>C. 23 Consolidación e integración de conocimientos</p>	

<p>Informante 4: R: <u>¿En 6to?, si. Después de la asignatura a previo a la asignatura. Previo a la asignatura uno está demasiado perdido porque es mucha teoría en pediatría 1 y 2. Es como que, todo lo que se enfocan es en fisiopatología, clínica del paciente, pero te quedas, aja, ¿Cómo que hago con el paciente? ¿Cuál es el tratamiento? ¿Qué voy a hacer? Y eso es lo que te dan en clínica 3.</u></p> <p>Informante 5: R: <u>Claro, muchísimo.</u> Aparte hice la rural en un pediátrico. (risas)</p> <p>Informante 6: R: <u>Si, después de pediatría 3 en 6to año aprendí MUCHIIISIMAS cosas que antes ignoraba</u> pues, antes solo sabia calcular la hidratación y ya, y luego de 6to año fue que aprendí muchísimas cosas, aprendí a la combinación de antibióticos, a combinación de... antialérgicos, a muchas cosas que nos enseñó la Dra. María Ortega. En realidad fue por ella pues.</p>		
<p>Pregunta 13: <u>¿Qué aspectos de la prescripción toma en cuenta cuando indica tratamiento pediátrico?</u></p> <p>Informante 1: R: <u>¿Qué aspectos?... bueno todo, el peso del paciente, la dosis del medicamento, la presentación, muchas presentaciones a ver cual consiguen, cada cuantas horas por cuantos días, y se lo explico también a la mamá para que</u></p>	<p>C. 24 Aspectos de la prescripción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso del paciente - Dosis del medicamento - Presentación del medicamento - Farmacocinética - Comunicación verbal

<p>entienda como dárselo.</p> <p>Informante 2: R: <u>Bueno el peso, la presentación, la dosis, el intervalo de las horas y eso. Y explicarlo después a la mamá para que entienda bien la indicación. También es importante la patología. En vista de que estamos en un país donde hay mucha escasez de medicamentos, a veces también tomamos en cuenta indicarlo en tabletas en vez de suspensión. Entonces, cuando lo indicamos en tabletas, hay que mandarlos a ciertas farmacias, aunque la mayoría por ejemplo por el centro, la mayoría preparan los medicamentos para pediátricos, en suspensión. Entonces hay que indicarles muy bien a las mamás específicamente como va a ser la dosis de estas tabletas, y con qué r�cipe tú vas a ir a que te lo preparen. Eso también es importante.</u></p> <p>�Y tomas en cuenta el costo de los fármacos cuando los indicas?</p> <p>R: <u>Si, la situación socio económica.</u> Por lo menos para infecciones respiratorias, (este) a veces indicamos un antibiótico que pueda cubrir atípicos y gérmenes gram positivos y gram negativos.</p> <p>Informante 3: R: �Para dosificar?</p> <p>En líneas generales. Entre el momento que empiezas a</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Patología del paciente - Escasez de medicamentos - Farmacias especializadas si lo amerita - Situación socio-económica - Edad - Comunicación escrita - Talla del paciente
--	--	--

<p>escribir el <u>récipe hasta que se lo das a la mamá.</u></p> <p>R: Nada, <u>tengo que saber el peso del paciente, la presentación, cuál es la dosis del medicamento, y ahí calculo: el peso por la cantidad de mililitros entre los miligramos y ahí está listo, lo divido entre la cantidad de horas y lo indico.</u> Eso depende de cada paciente, sobretodo del peso.</p> <p>¿Y consideras que la comunicación es importante para la mamá?</p> <p>R: <u>Claro, porque si no se lo comunicas bien y no le dices exactamente cómo tomarse el medicamento no lo va a hacer.</u></p> <p>A pesar de que está escrito en la indicación, tú se lo explicas.</p> <p>R: Si, tú tienes que explicárselo. <u>Hoy en día es más que todo lo que haya y al costo que se consiga.</u></p> <p>Informante 4: R: (ehm) ¿Qué aspectos? bueno: <u>1- obviamente la edad del paciente, la presentación en que puede existir el medicamento, la facilidad de encontrar el medicamento y eso, dar opciones a los pacientes sobre los medicamentos que se puedan usar dependiendo de la patología.</u></p> <p>¿Y utilizas la comunicación verbal para explicar?</p> <p>R: <u>Si, yo escribo y siempre después de que escribo les explico todo lo que escribí, porque eso de escribirlo y entregarlo no garantizamos que el paciente haya entendido sobre todo cuando</u></p>		
--	--	--

<p><u>son niños</u> que el papá haya entendido como le va a dar el medicamento y pasa mucho que aún cuando tu le explicas, ellos no entienden que es lo que van a hacer, entonces a veces uno tiene que tomar su tiempo y explicarle con calma porque si no, el primer perjudicado va a ser un niño. Entonces hay que tener calma en eso y poderle explicar a los papás. Se necesita MUCHO el lenguaje verbal con los papás.</p> <p>Y a veces por la premura, o la cantidad de pacientes, ¿crees que eso se obvia?</p> <p>R: No, yo siempre lo hago. Siempre. Porque si no entonces va a llegar el paciente como si no hubiese recibido nada. “Ah no porque no me lo explicaron” “porque yo no lo entendí” o <u>llegan con intoxicaciones, mal medicados, precisamente por esa falla.</u> Entonces yo siempre le explico al familiar, lo que yo le estoy escribiendo se lo explico.</p> <p>Informante 5: R: <u>El peso del bebé, obviamente la patología del bebé, todo, se ve todo.</u></p> <p>¿Crees que la comunicación es importante con los familiares?</p> <p>R: <u>Claro, también. Y el nivel socio económico.</u></p> <p>Informante 6: R: <u>Pues básicamente: sintomatología, edad, peso y talla del paciente.</u></p>		
<p>Pregunta 14: Como estudiante (o residente), ¿con que</p>	<p>C. 25 Seguridad</p>	<p>- Casi siempre se sienten</p>

<p>frecuencia se ha sentido seguro de indicar tratamiento farmacológico a un niño? (siempre- casi siempre- a veces- pocas veces- nunca)</p> <p>Informante 1: R: <u>Casi siempre. Trabajar con niños es delicado porque muchos medicamentos tienen reacciones adversas, otros tienen contraindicaciones y eso hay que saberlo.</u> Siempre consultaba la guía farmacológica cuando estaba comenzando a prescribir y luego iba tomando más seguridad pero siempre ante la duda consulto.</p> <p>Informante 2: R: <u>Casi siempre segura. Ahorita, después del año de experiencia. Pero como estudiante, no tenía mucha certeza, siempre tenía que preguntar (...)</u> a alguien mayor (risas) de mayor rango. Ahora no tenemos mucho (este) no tenemos mucha gente en el servicio, ósea por ejemplo, nosotras no tenemos R3, tenemos son 4 R2, 5 R1 y los demás somos internos. <u>Tenemos mucho trabajo y hemos aprendido bastante.</u></p> <p>Informante 3: R: Siempre, <u>la mayoría de las veces, porque como en la rural como tuve mucha práctica en el hospital pediátrico,</u> ya cuando comencé el postgrado me sentía segura de lo que estaba indicando, porque ya tenía experiencia previa.</p> <p>Informante 4: R: <u>Mira (este...) Casi siempre. Ósea trataba de si tenía alguna duda consultar la guía. Siempre tuve una guía</u></p>		<p>seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> - La práctica proporciona seguridad - Uso de la guía farmacológica
--	--	--

<p>al lado en mi consultorio pues. Yo prefería pasar la pena que el familiar me viera revisando a... medicar de manera inapropiada a un paciente.</p> <p>Informante 5: R: <u>Casi siempre</u>, para no decirte el 100% pues pero si casi siempre como el 80%-90%.</p> <p>Informante 6: R: <u>Casi siempre</u>.</p>		
<p>Pregunta 15: ¿Ha tenido experiencias propias o cercanas en relación a casos donde se haya incurrido en errores de prescripción en pediatría?</p> <p>Informante 1: R: <u>Si, vi casos donde indicaban la dosis tanto inferiores como superiores a lo que ameritaba el paciente, intoxicaciones a causa de eso, alergias también.</u> Pero en general es porque no se toman el tiempo de hacer bien los cálculos y estar pendiente de las presentaciones de los medicamentos.</p> <p>Informante 2: R: <u>Si... mucho. Demasiado. Porque, obviamente, las personas... muchas personas lo más cercano que tienen es un CDI, entonces ahí la mayoría de los médicos son integrales comunitarios, aunque conozco algunos que son muy buenos y realmente se esfuerzan y hacen bien su trabajo, pero no es la mayoría.</u> La mayoría están ahí por prescribir cualquier cosa. <u>Ha pasado que por ejemplo a un niño que todavía no expectora, le mandan... Brodilín.</u> Entonces se hace un saco de</p>	<p>C. 26 Errores de prescripción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Errores de dosificación - Intoxicaciones - Alergias - Personal foráneo mal capacitado - Administración inadecuada de fármacos - Errores en la indicación de la presentación del medicamento - Apoyo con otros colegas

<p>moco ahí adentro y termina en una neumonía o algo así. Es muy común lo he visto.</p> <p>Y errores de prescripción de tipo dosis inferiores a las terapéuticas, ¿has visto?</p> <p>R: <u>Si, con los antipiréticos</u>. Que a veces no saben que presentación tiene la mamá, cambia mucho, por lo menos Acetaminofén, hay de 180, 160, 120, entonces a veces lo calculan a una dosis y resulta que la mamá consiguió fue Apiret, que es de 180, y obviamente le está dando menos, y te dice “no, esto no sirvió, no le baja la fiebre” y en realidad es que no se lo calcularon a los miligramos correspondientes. Eso puede pasar.</p> <p>Informante 3: R: <u>(mmm) Bueno a mí personalmente no</u>. Y tampoco he conocido algún caso de que indicaran un medicamento mal o algo.</p> <p>Informante 4: R: <u>Si. Se han visto, sobre todo por errores en la presentación del laboratorio con el medicamento como tal</u>. O sea, que le indican una presentación creyendo que es otra entonces (ehh) pero si han llegado. Lo he visto pues.</p> <p>¿Más que todo intoxicados, con sobredosificación?</p> <p>R: <u>Aja, porque desconocen, no le explican a los padres y desconocen que es el mismo medicamento. Por lo menos nos pasó, y bastante fuerte, una niña intoxicada por Irtopan</u>, (ehh) la</p>		
--	--	--

<p>mamá se lo estaba dando en casa, cada 8 horas, pero con otro nombre, ni siquiera IrtoPan, Primperan no, el Clop. Entonces ella no sabía qué era eso y acá llegó con vómitos, vómitos y recibió dosis de IrtoPan y la nena hizo una depresión respiratoria, ameritó UCI y todo para la “C.H.E.T”. Cuando le preguntaron que le estaba dando ella negaba por los nombres comerciales porque ella conocía era el genérico que es Metroclorpramida. Pero la niña se salvó, gracias a Dios.</p> <p>Informante 5: R: ¿Qué si yo estoy incluida? ¿O si he sabido de gente que haya estado incluida?</p> <p>Si, tu u otras personas, si has sabido algún caso...</p> <p>R: <u>Ah sí, si claro, por sobredosificación.</u> Porque la dosis es superior, o el paciente es alérgico al fármaco que le indicaron y la mamá no lo sabía...</p> <p>¿Han sido casos graves o leves?</p> <p>R: Moderados.</p> <p>Informante 6: R: <u>Si, me ha pasado que a veces me paso de la dosis o le mando muy poco de acuerdo a su peso</u> y tengo que volverlo a reevaluar o hacer una <u>interconsulta con mis compañeras</u> y volverla a calcular pues. Pero si, si he tenido errores.</p>		
---	--	--

Relación categorial.

Codificación de Categorías	Categoría Definitiva	Sub Categorías
<p>C.1 Fichas bibliográficas</p> <p>C.2 Actualización médica continua</p> <p>C.3 Estrategias de enseñanza</p> <p>C.8 Revista médica</p> <p>C.9 Propuestas terapéuticas</p> <p>C.10 Ronda de preguntas</p> <p>C.11 Grupos de trabajo</p> <p>C.12 Docente monitor</p> <p>C.13 Casos clínicos</p> <p>C.14 Clases magistrales</p> <p>C.17 Pragmatismo</p> <p>C.19 Organizadores gráficos</p> <p>C. 23 Consolidación e integración de conocimientos</p>	<p>Estrategias de enseñanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoriedad - Evaluación - Consulta del médico rural - Diagnóstico clínico - Énfasis en lo práctico - Lectura de referencias bibliográficas - Estrategia resumen - Estrategia preguntas intercaladas - Observación de casos reales en la emergencia - Discusión de casos clínicos - Participación en revistas médicas - Dinámica en todos los módulos - Sugerencia de propuestas terapéuticas - Debates

		<ul style="list-style-type: none"> - Seminarios - Ejercicios - No se realizan talleres grupales - Evaluación continua - Criterio del docente - Charlas
<p>C.4 Colapso hospitalario</p> <p>C.5 Protocolo terapéutico</p> <p>C.6 Déficit de insumos</p> <p>C.7 Situación país</p>	Situación país	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor actividad asistencial que académica - No se hace seguimiento de los casos clínicos en algunos casos - Criterio del docente - Déficit de antibióticos - Criterio personal
<p>C.15 Relacionabilidad no arbitraria</p> <p>C.16 Aprendizaje constructivista</p> <p>C.18 Organización y logicidad</p>	Aprendizaje significativo	<ul style="list-style-type: none"> - Mas teoría que practica - Mucho trabajo asistencial - Correlación de los temas - Cada centro hospitalario es diferente en la forma de enseñanza

<p>C.20 Motivación</p> <p>C.21 Autoconfianza</p> <p>C.22 Praxis satisfactoria</p> <p>C. 25 Seguridad</p>	<p>Motivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación intrínseca: Agrado personal por la asignatura - Motivación extrínseca: Temor, Repercusión legal del ejercicio de la medicina, Aspiración de praxis médica efectiva - Altos niveles de auto exigencia - Material de apoyo - Buena experiencia en la práctica - Uso de guía farmacológica - Casi siempre se sienten seguros - La práctica proporciona seguridad
<p>C. 24 Aspectos de la prescripción</p> <p>C. 26 Errores de prescripción</p>	<p>Prescripción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso del paciente - Dosis del medicamento - Presentación del medicamento

		<ul style="list-style-type: none">- Farmacocinética- Comunicación verbal- Patología del paciente- Escasez de medicamentos- Farmacias especializadas si lo amerita- Situación socio-económica- Edad- Comunicación escrita- Talla del paciente- Errores de dosificación- Intoxicaciones- Alergias- Personal foráneo mal capacitado- Administración inadecuada de fármacos- Errores en la indicación de la presentación del medicamento- Apoyo con otros colegas
--	--	--

Triangulación.

Categoría	Sub categoría	Contraste Teórico	Interpretación del Investigador
<p>Estrategias de enseñanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoriedad - Evaluación - Consulta del médico rural - Diagnóstico clínico - Énfasis en lo práctico - Lectura de referencias bibliográficas - Estrategia resumen - Estrategia preguntas intercaladas - Observación de casos reales en la emergencia - Discusión de casos clínicos - Participación en revistas médicas - Dinámica en todos los módulos - Sugerencia de propuestas terapéuticas - Debates - Seminarios - Ejercicios - No se realizan talleres grupales - Evaluación continua - Criterio del docente - Charlas 	<p>Una estrategia de enseñanza, es aquella empleada por el docente durante los diversos momentos de la clase con el fin de lograr la eficacia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se evidencie la participación activa del estudiante, que interioriza los contenidos aprendidos en clases y además los coloca en práctica ante la sociedad en cualquier circunstancia o contexto, es decir, el estudiante debe aplicar el conocimiento en las situaciones personales, académicas o laborales. (Vera y Vera, 2011).</p> <p>En tal sentido, las estrategias son definidas por Díaz y Hernández (2002), como “procedimientos o recursos utilizados por el agente de enseñanza para promover aprendizajes significativos” (p. 140); es decir, son los procedimientos utilizados por el docente, considerando las necesidades individuales de los</p>	<p>En el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” se evidencia el uso de estrategias de enseñanza en las clases de Clínica Pediátrica III, siendo unas clases magistrales y otras prácticas, tanto en grupos de trabajo como en revistas médicas. Por su parte, el programa de la asignatura contempla una serie de estrategias las cuales en su mayoría se evidencian en el desempeño del docente clínico.</p> <p>Las estrategias de enseñanza se orientan en primer lugar a formar al estudiante de medicina del último año a realizar el diagnóstico clínico y la terapéutica correspondiente, lo preciso que necesitará en la práctica, sin embargo en cuanto a la influencia de las mismas en la prescripción de medicamentos, en la dosificación farmacológica como parte del proceso de prescripción en pediatría, no se hace énfasis en todos los casos.</p>

		estudiantes.	Es un aspecto que se aprende en forma práctica (con la observación de casos reales en la emergencia, ejercicios o dinámicas particulares de algunos docentes) lo cual no ocurre con todos los grupos de práctica. Los estudiantes aprenden a prescribir por imitación de sus docentes y por la bibliografía que consultan, la cual debe ser adaptada a los consensos venezolanos, pero no hay una guía de prescripción en particular que se utilice en la cátedra de pediatría, solo la guía farmacológica la cual se le sugiere siempre al estudiante que consulte.
Situación país	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor actividad asistencial que académica - No se hace seguimiento de los casos clínicos en algunos casos - Criterio del docente - Déficit de antibióticos - Criterio personal 	Venezuela presenta una crisis actual que abarca el ámbito económico, social, político y finalmente, humanitario. Producto de la crisis financiera del país, la cual es consecuencia de la mala planificación y ejecución de los recursos financieros, la corrupción administrativa y la falta de planes de contingencia, aunado al poco interés del Gobierno Nacional para garantizar los recursos	La grave situación socio económica, socio cultural y política por la cual atraviesa el país ha afectado numerosos aspectos no solo de la docencia sino de la práctica médica. Se ha puesto en evidencia el déficit de insumos médico-quirúrgicos así como de personal capacitado para ocupar los puestos en los hospitales, acarreado graves consecuencias a la salud pública. Esto ha implicado

		<p>financieros necesarios para atender las necesidades básicas de la población; En este contexto se ha producido una escasez extrema de medicamentos, productos médicos-quirúrgicos y alimentos. (Oletta, Orihuela, Pulido y Walter, 2017). En cuanto al sistema de salud venezolano, se encuentra en una de las peores crisis de la historia contemporánea del país. Durante los últimos 16 años, el sistema de salud ha venido en detrimento de una manera abrumadora, siendo de tal magnitud que no tiene la posibilidad de atender las necesidades básicas de la población.</p>	<p>entre otras cosas, el hecho de reinventar los protocolos terapéuticos a esquemas que dependen de lo que se tiene en existencia y no del deber ser, interfiriendo en la educación de los médicos en formación.</p> <p>Asimismo existe una carga psicosocial para los médicos en formación la cual en muchos casos desmotiva al estudiante al encontrarse en un medio donde no es capaz de desempeñarse como debe por el déficit de recursos y al presenciar en otros casos el detrimento de la salud de los pacientes a causa del mismo.</p>
<p>Aprendizaje significativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mas teoría que practica - Mucho trabajo asistencial - Correlación de los temas - Cada centro hospitalario es diferente en la forma de enseñanza 	<p>Para Ausubel et. al, el aprendizaje implica una reestructuración activa de las percepciones, ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su estructura cognitiva. Los prerrequisitos para que un aprendizaje sea significativo para el alumno son, según el autor mencionado, que el material le permita establecer una relación</p>	<p>En el desarrollo de las clases inherentes a la asignatura Clínica Pediátrica III, se observa el orden y la logicidad en la estructura de la clase, guardando relación cada contenido nuevo con el anterior. Asimismo, el docente vincula el conocimiento nuevo con el esquema cognoscitivo previo del estudiante y siempre coloca ejemplos durante la clase (casos</p>

		<p>sustancial con los conocimientos e ideas ya existentes. A esta condición del material se le denomina relacionabilidad no arbitraria o sustancial. Un material es potencialmente significativo cuando permite la conexión de manera no arbitraria con la estructura cognitiva del alumno, es decir, el nuevo material (que puede ser un texto o la información verbal que proporciona el docente) debe dar lugar a la construcción de significados.</p>	<p>clínicos).</p> <p>La tendencia del docente clínico en el último año de la carrera de medicina, nivel en el cual se encuentra ubicada la asignatura Clínica Pediátrica III, es a hacer énfasis en lo práctico, lo que el médico rural debe saber discernir en el momento de las emergencias y como hacer los cálculos precisos en pediatría.</p> <p>Por otro lado, se le brinda la oportunidad al estudiante de que reflexione acerca de los procedimientos y protocolos terapéuticos que se aplican en casos reales (revistas médicas) así como también se valora su intervención en las mismas. Por su parte, los estudiantes realizan ejercicios (escritos y orales) de casos clínicos donde describen la conducta que tomarían ante ellos.</p>
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación intrínseca: agrado personal por la asignatura - Motivación extrínseca: temor, repercusión legal del ejercicio de la medicina, aspiración de praxis médica efectiva - Altos niveles de auto exigencia 	<p>Choliz (2004) señala que: La motivación intrínseca corresponde a los factores que inducen a la realización de ciertos patrones conductuales que se llevan a cabo frecuentemente y en ausencia de cualquier contingencia externa</p>	<p>Los estudiantes se pueden dividir en tres grupos: uno que luce motivado por aprender y da más de lo que exige el docente, otro que luce medianamente motivado y estudia lo mínimo necesario de la asignatura y otro que no está</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo - Buena experiencia en la práctica - Uso de guía farmacológica - Casi siempre se sienten seguros - La práctica proporciona seguridad 	<p>(...) se diferenciaría de la extrínseca, básicamente porque en esta última el incentivo es independiente de las características que tenga la tarea y es externo a la misma. (p.37)</p> <p>Otro aspecto interesante que resalta el autor acerca de este tema, es que mientras en la motivación extrínseca el incentivo se encuentra fuera de la persona que ejecuta la acción, en la intrínseca se obtiene independientemente del resto del mundo, ya que el beneficio se obtiene sencillamente al realizar la conducta.</p>	<p>motivado para nada. Tomando en cuenta que la mayor parte del grupo lo conforman quienes estudian lo necesario de la asignatura. A algunos no les gusta la materia de Pediatría, otros se enfocan en aprobar un requisito y buena parte del grupo la estudia porque los docentes en el aula insisten en que el 90% de la consulta del médico rural la conforma la población pediátrica.</p>
Prescripción	<ul style="list-style-type: none"> - Peso del paciente - Dosis del medicamento - Presentación del medicamento - Farmacocinética - Comunicación verbal - Patología del paciente - Escasez de medicamentos - Farmacias especializadas si lo amerita - Situación socio-económica - Edad - Comunicación escrita - Talla del paciente - Errores de dosificación - Intoxicaciones 	<p>De acuerdo con Ramos y Olivares (2010):</p> <p>La prescripción responde a un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta un paciente. En este proceso, a partir del conocimiento adquirido, el prescriptor escucha el relato de síntomas del paciente, efectúa un examen físico en busca de signos, realiza exámenes clínicos, si corresponden, y concluye en una orientación diagnóstica y</p>	<p>Se observan ejemplos de prácticas de prescripción en las clases, al final de cada temática se indica la posología del tratamiento de acuerdo al peso, el intervalo de dosificación y la duración del mismo.</p> <p>En algunos casos se menciona la presentación del medicamento y la forma de calcularlo, especialmente en los cálculos de fármacos de administración endovenosa, en otros los docentes sugieren a los estudiantes revisar la guía farmacológica para ampliar la</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Alergias - Personal foráneo mal capacitado - Administración inadecuada de fármacos - Errores en la indicación de la presentación del medicamento - Apoyo con otros colegas 	<p>toma una decisión terapéutica. La prescripción debe ser considerada como un acto formal, entre el diagnóstico y la ejecución del tratamiento y no como un acto reflejo, una receta de cocina o una respuesta a las presiones comerciales o del paciente. (p.3)</p> <p>Por su parte, la prescripción médica es un acto complejo, el cual demanda conocimientos, pericia, habilidades, competencias profesionales y ética por parte del galeno. Asimismo, se debe recordar que el médico posee responsabilidad legal en toda prescripción.</p>	<p>información.</p> <p>En general, poco se hace alusión a las contraindicaciones y los efectos adversos de los medicamentos, así como la importancia de la comunicación verbal del tratamiento, la forma correcta de elaborar los récipes y la ética en la prescripción. Si se menciona el costo de los medicamentos y la situación socio económica de los pacientes como aspectos a tomar en cuenta en la prescripción.</p>
--	--	---	--

Interpretación de los hallazgos.

A la luz de los hallazgos obtenidos en esta investigación se puede afirmar que en la asignatura clínica pediátrica III se aplican estrategias de enseñanza de calidad para el aprendizaje significativo de la asignatura. Algunas de estas estrategias son: la realización de fichas bibliográficas, participación en revistas médicas, ronda de preguntas, grupos de trabajo, discusión de casos clínicos, clases magistrales, uso de organizadores gráficos y la consolidación e integración de conocimientos. Los talleres grupales contemplados en el programa de la asignatura no se realizan. Sin embargo, si se llevan a cabo seminarios y ejercicios.

En este sentido, en cuanto al empleo de estas estrategias orientadas a la prescripción de medicamentos, se utilizan pero no en todos los casos, ya que los grupos de práctica son diversos así como sus docentes tutores y depende de ellos el énfasis en esta temática. Por su parte, no existe en la cátedra una guía de prácticas de prescripción en pediatría.

Por otro lado, los internos y residentes de pediatría se motivaron en el aprendizaje de la prescripción farmacológica fundamentalmente por tres razones: primero por el temor de la repercusión legal de los actos médicos desde el momento de graduarse y comenzar a ejercer la profesión, segundo para resolver las emergencias de la mejor manera y tercero por la afinidad con la asignatura. En este sentido se puede afirmar que la motivación ha sido de naturaleza tanto extrínseca como intrínseca.

En otro orden de ideas, en cuanto a la valoración del aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos, los internos y residentes consideran la importancia de este aspecto del acto médico, existe un aprendizaje significativo donde se vinculan los conocimientos con el esquema cognoscitivo previo del estudiante, guarda un orden y logicidad la nueva información y tiene un aporte pragmático. Por su parte, se menciona la dosificación de los fármacos de acuerdo a la edad del paciente y la patología, la presentación del medicamento, el intervalo y la importancia de la comunicación verbal con el familiar así como el costo

económico, asimismo no se hace énfasis en la ética en la prescripción, la forma correcta de llenar un recípe, las interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, la importancia del seguimiento del paciente, entre otros.

Por último, en materia de errores de prescripción, las vivencias de los entrevistados orientan a que los más comunes se pueden clasificar en errores en la presentación del fármaco, en la dosificación del medicamento bien sea por niveles infraterapéuticos o tóxicos, en la comunicación con el familiar o responsable y en el desconocimiento de las posibles alergias o efectos colaterales en algunos pacientes.

Consideraciones finales

Los médicos cirujanos egresados de la Universidad de Carabobo deben cumplir con el artículo 8 de la Ley del ejercicio de la Medicina, mejor conocido como año de rural, en el cual más del 80% de las consultas lo conforman la población pediátrica, de allí la importancia que los futuros galenos afiancen estos conocimientos para su correcta aplicación a posteriori.

Por su parte, las buenas prácticas de prescripción ameritan no solo el estudio y la comprensión de la patología del paciente, sino la atención en los detalles como la presentación del fármaco, lo cual cobra mayor importancia en el contexto político y social actual del país, donde en un mismo recípe se reseñan más de cinco presentaciones distintas del mismo fármaco por razones de escasez. En este sentido, es necesario implementar en esta asignatura el estudio -y aplicación- de la Guía de la Buena Prescripción propuesta por la OMS en el año 2010 como parte del contenido programático. Asimismo, la comunicación verbal y escrita con el

responsable del paciente es fundamental en función de que el tratamiento sea cumplido a cabalidad y de la mejor manera posible.

No obstante, el empleo de estrategias de enseñanza en la asignatura Clínica Pediátrica se evidencia en cada una de sus clases tanto teóricas como prácticas, y es específicamente en las prácticas donde se manifiesta un aprendizaje significativo de la prescripción de medicamentos. El aprendizaje difiere en función de la estructura cognoscitiva de cada estudiante y a su vez de la motivación de los mismos. La aplicabilidad de estos conocimientos se corrobora en una praxis médica satisfactoria.

En definitiva, la práctica clínica del galeno debe ir de la mano de la ética y las prácticas de prescripción en pediatría no son una excepción. Es así como los retos de la educación superior en esta área se renuevan junto con el avance de la ciencia y la tecnología, y la búsqueda siempre lleva al baluarte de la medicina: preservar la salud.

Referencias

- Acosta, S y Boscán, A. (2012). Estrategias cognoscitivas para la promoción del aprendizaje significativo de la Biología en la Escuela de Educación. *Telos*. 14 (2): 175-193.
- Alfonzo, A. (2003). *Estrategias Instruccionales*. Caracas: FEDUPEL.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Ausubel, D; Novak, J; y Hanesian, H. (1991). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas.
- Berlo, D. (1960). *Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice*. Illinois: University of Illinois.
- Betancourt, R; Guevara, L y Fuentes, E. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos* (tesis de maestría). Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa. La investigación acción*. 2da ed. Madrid: La Muralla.

- Bustamante, P; Carmona, M; y Renteria, Y. (2007). La importancia del uso de estrategias de aprendizaje en el desarrollo de procesos de enseñanza. *Fundación Universitaria Luis Amigo*. 7 (2): 1-3.
- Chaparro, L. (2004). Uso de los casos clínicos como estrategia didáctica en la enseñanza de anestesia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 32 (4): 281-284.
- Chóliz, M. (2004). *Psicología de la Motivación: el proceso motivacional*. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.uv.es/=choliz>
- Cifuentes, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Noveduc.
- Código de Deontología Médica. (2003). Aprobada durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Cumana, de fecha 24 al 26 de octubre de 2004.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). Publicada en gaceta oficial N° 5.453 de fecha 24 de marzo de 2000.
- Díaz-Barriga, F y Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. 2da ed. México: McGraw Hill.
- Encarnación, R; Vega, M; Ocana, R; Márquez, E y Bellido, I. (2014). Estudio de las prescripciones farmacológicas en niños a nivel de atención primaria: evaluación de los usos off-label o fuera de ficha técnica. *Elsevier, S.L.U.*

Licencia: CC BY-NC-ND. Recuperado de:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

- Galeano, E. (1997). *Modelos de comunicación*. Buenos Aires: Macchi.
- Galindo, L; Arango, M y López, J. (2015). “Estrategias didácticas propias de la educación médica en especialidades que posibilitan la formación de competencias” en *Orientaciones en didáctica para la formación de competencias en los posgrados médicos*. Colombia: Elsevier (en edición).
- García, A. (2015). *El comportamiento organizacional del gerente educativo en el centro venezolano de profesionalización (cevepro). Análisis crítico* (tesis de maestría). Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
- Gimeno, J y Pérez, A. (2000). *Comprender y transformar la enseñanza. 9na ed.* España: Ediciones Morata.
- Good, T y Brophy, J. (1996). *Psicología educativa contemporánea. 5ta ed.* México: Mc Graw Hill.
- Gurdián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio- educativa*. Costa Rica: Ider.
- Hernández, Fernández y Baptista. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hoyos, A. (2016). Influencia en un diseño de estrategias óptimo de enseñanza en el aprendizaje significativo. *Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo*. ISSN: 1989-4155.
- Ley del ejercicio de la medicina. (2011). Publicada en gaceta oficial N° 39.823 de fecha 19 de diciembre de 2011.

Ley orgánica de Educación. (2009). Publicada en gaceta oficial N° 5.929 de fecha 15 de agosto 2009.

Lozzada, J & Ruíz, C. (2011). *Estrategias didácticas para la enseñanza-aprendizaje de la multiplicación y división en alumnos de 1er año* (tesis de pregrado). Universidad de los Andes, Trujillo, Venezuela.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Errores de medicación. (2016). Recuperado de <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>

Naveda, O; y Salinas, B. (2012). Programa de la asignatura Clínica Pediátrica III. Universidad de Carabobo.

Oletta, J; Orihuela, A; Pulido, P y Walter, C. (2017). Venezuela: Crisis humanitaria progresiva y momento de acciones concretas. Recuperado de: <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/349204354-Carta-a-OMS-para-denunciar-crisis-humanitaria-en-Venezuela.pdf>

Oletta, J; Orihuela, A; Pulido, P y Walter, C. (2014). Venezuela: violence, human rights, and health-care realities, www.thelancet.com. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140/6736\(14\)60532/8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140/6736(14)60532/8)

Organización mundial de la salud. (1998) Programa de acción sobre medicamentos esenciales. *Guía de la buena prescripción. Manual práctico*. Ginebra: Mongrafic. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2991s/8.html>

Peña, L. (2010). Proyecto de indagación: La revisión bibliográfica. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. p. 1-12.

PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). Objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado de: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Ramos, G y Olivares, G. (2010). *Guía para las buenas prácticas de prescripción: Metodología para la prescripción racional de medicamentos. Ministerio de salud de Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)*. Madrid: S.L.U. Espasa Libros.

Reilly, B. (2007). Inconvenient truths about effective clinical teaching. *Vol 370*. Recuperado de: www.thelancet.com

Rodríguez, D y Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: FUOC. PID_00148555.

Rodríguez, S; Herráiz, N; Prieto, M; Martínez, M; Picazo, M; Castro, I y Bernal, S. (2010). *Investigación Acción. Métodos de investigación en Educación Especial*. Universidad Autónoma de Madrid.

Rojas, B. (2007). *Investigación cualitativa. Fundamentos y praxis. 1ra ed.* Caracas: FEDUPEL.

- Rojas, B. (2010). *Investigación Cualitativa. Fundamentos y Praxis. 2ª Edición*. Caracas: FEDUPEL.
- Saenz, M; Cárdenas, M y Rojas, E. (2010). Efectos de la capacitación pedagógica en la práctica docente universitaria en salud. *Rev. salud pública. 12* (3): 425-433.
- Sala, P y Ugarte, S (2005). *Errores de medicación en pediatría. Capítulo 27 en Errores de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: EASO. p. 297- 298.
- Schramm, W. (1954). *Proccess and Effectes of Mass Comunication*. Illinois: Press Urbana.
- Sosa, G. (2010). Hacia un proceso de aprendizaje en la formación profesional médica: bases epistemológicas para una praxis con pertinencia social. *Comunidad y Salud. 8* (1): 39-40.
- Urquizu, A. (2012). La importancia de la innovación educativa para la docencia jurídica en el contexto internacional de la educación superior. (III jornadas sobre docencia del derecho y tecnologías de la información y la comunicación). Universidad Abierta de Cataluña.
- Valera, V. (2010). *Estrategias Instruccionales para el logro de aprendizaje significativo en el Eje curricular de Contabilidad* (trabajo especial de grado de especialidad en docencia para la educación superior). Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Vera, A y Vera, L. (2011). Estrategias utilizadas por los docentes para promover el aprendizaje de la biología a nivel universitario. *Telos*. 13 (3): 400.

Wood, D. (2003). Problem based learning. *BMJ*. 326 (7384): 328-30.

Wray, D y Lewis, M. (2000). *Aprender a leer y escribir textos de información*. Madrid: Morata.

Anexo A. Programa de Clínica Pediátrica III.

 		UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA		
CÓDIGO: FC0605	ASIGNATURA: CLINICA PEDIATRICA III	NIVEL: 6	VIGENTE: 2012	SEDE: CARABOBO
PRE-REQUISITOS: CLINICA PEDIATRICA II		DURACIÓN: 30 HORAS SEMANALES		TOTAL DE HORAS:
PROFESOR: DR. OSCAR NAVEDA DRA. BELEN SALINAS				

Fundamentación

El conocimiento del tratamiento integral del niño sano y enfermo es necesario, ya que su trabajo se ejecuta en una de las áreas donde realizamos el quehacer médico. Se pretende resaltar la importancia de la prevención en cada uno de los niveles: primario, secundario y terciario, para garantizar un rápido reestablecimiento del niño enfermo y su reincorporación al grupo familiar y se reconoce justificadamente el rol materno, a quien también se debe atender.

Se concibe como una materia teórico-práctica, donde se evaluarán las bases teóricas en función de su aplicación en la resolución de problemas prácticos, planificada a través de tres (3) módulos, donde se reconocerán las patologías más frecuentes en nuestro medio, sin perder de vista el enfoque preventivo y los factores de riesgo de estos problemas.

Es útil recordar lo planteamientos ofrecidos en Clínica y Terapéutica Pediátrica I y II, garantizando la utilización de este entrenamiento en el futuro ejercicio profesional, para llegar a feliz culminación esta Asignatura. Se amerita la participación activa y crítica del estudiante a quien se espera guiar hasta procurar su encuentro con el mismo, pues se concibe como una práctica de compromiso y se facilitará en este sentido.

JUSTIFICACIONES CURRICULARES

OBJETIVO TERMINAL: Al finalizar las actividades programadas para el desarrollo de este curso, el estudiante estará en capacidad de: tratar lógica, racional y afectivamente al niño sano y enfermo, evaluando su perfil biopsicosocial responsablemente, reconociéndole su condición humana y su integración al grupo familiar. Asimismo, evaluará su conducta médica reconociendo sus limitaciones y refiriendo oportunamente, los casos que así lo ameritan.

SINOPSIS DEL CONTENIDO

MODULO I: Manejo Integral del recién nacido sano y enfermo.

- a) Puericultura y Semiología del Recién Nacido
- b) Sepsis, ictericia, dificultad para respirar, trastornos metabólicos, hematológicos y otros.

MODULO II: Manejo Integral del niño sano y enfermo con patología de emergencia

- a) Puericultura y Semiología en diferentes grupos etarios.
- b) Trastornos hidroelectrolíticos, sepsis, abdomen agudo, coma y niños que amerita soluciones parenterales y otros.

MODULO III: Manejo integral del niño sano y enfermo con patología de seguimiento hospitalarios.

- a) Puericultura y semiología en diferentes grupos etarios.
- b) Desnutrición, patología respiratoria, niño infectado, politraumatizado, problemas hematológicos e inmunológicos.

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS: Revisión Bibliográfica, evaluación y seguimiento de casos clínicos, discusión y participación en revistas médicas, discusiones grupales, talleres y círculos de estudio que se ejecutaran en cada uno de los módulos propuestos.

MODULO I

UNIDAD I

TEMA: RECIÉN NACIDO APARENTEMENTE SANO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Niño aparentemente sano, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al recién nacido aparentemente sano. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del recién nacido aparentemente sano. 3. Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido aparentemente sano.	Definición, clasificación, características anatómicas y fisiológicas. Evaluación por método de Usher y Ballard. Evaluación Neurológica. Factores de riesgo. Diagnóstico diferencial con el Recién Nacido Pre-término, Valores hematológicos y características del líquido cefalorraquídeo y orina. Atención inmediata, mediana y tardía del recién nacido. Atención integral, alimentación: leche materna, fórmulas, motivos de consultas más frecuentes. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Orientación a la madre. Restitución al núcleo familiar.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de: Sala de partos, maternidad y retén. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO I

UNIDAD 2

TEMA: RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Recién Nacidos previniendo, diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1- Reconocer al recién nacido con Ictericia. 2- Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del recién nacido con	Ictericia fisiológica y patológica. Fisiopatología. Causas, Clasificación. Factores de riesgo. Manifestaciones clínicas, Kernicterus, diagnósticos diferenciales, exámenes de laboratorio.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de: Sala de partos, maternidad y retén. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

ictericia. 3- Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido con Ictericia 4- Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente y familia.	Tratamiento. Fototerapia y exanguino-transfusión, indicaciones y complicaciones. Factores que afectan el pronóstico. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Orientación a la madre		
---	---	--	--

**MODULO I
UNIDAD 3 TEMA: RECIÉN NACIDO CON INFECCIÓN**

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Recién Nacido con Infección, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al recién nacido con Infección. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido con infección 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia.	Recién nacido con infección. Concepto. Fisiopatología. Factores de riesgo. Etiología. Antecedentes, manifestaciones clínicas Meningitis, Sepsis y Torchs. Diagnósticos diferenciales y Estudios Parasclínicos. Uso de Antibióticos. Medidas Generales específicas.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Sala de partos, maternidad y retén. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

**MODULO I
UNIDAD 4**

TEMA: RECIÉN NACIDO CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIA

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Recién Nacido con Patología Respiratoria, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al recién nacido con Patología Respiratoria. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido con Patología Respiratoria 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia.	Concepto de Asfixia Perinatal. Clasificación. Causas. Factores de riesgo. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas, Test de Silverman, Interpretación. Enf. Membranas Hialinas, Diagnósticos diferenciales Neumonía, Malformación congénita, Broncoespasmo, Estudios Radiológicos y Laboratoriales. Tratamiento general y específico para cada problema. Medidas generales de reanimación y resucitación. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Orientación a las madres.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Sala de partos, hospitalización y retén. Seguimientos de casos individualmente. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

**MODULO I
UNIDAD 5**

TEMA: RECIÉN NACIDO CON PROBLEMAS HEMATOLOGICOS

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Recién Nacido con Problemas Hematológicos, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al recién nacido con Problemas Hematológicos. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido con Problemas Hematológicos. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia.	Concepto. Fisiopatología. Causas. Factores de riesgo. Antecedentes, manifestaciones clínicas. Enf. Hemorrágicas del R.N., Anemia policitemia y trastornos plaquetarios. Diagnósticos diferenciales y Estudios Parasclínicos. Tratamiento específico para cada problema. Uso de hemoderivados. Complicaciones. Exanguinotransfusión parcial. Uso de vitaminas K. Factores que afectan el producto. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Orientación a la madre.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de: Sala Retén, Sal de Hospitalización y Maternidad. Seguimiento de casos individualmente. Conversación con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

**MODULO I
UNIDAD 6**

TEMA: RECIÉN NACIDO CON TRASTORNOS METABÓLICOS

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al Recién Nacido Trastornos Metabólicos, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al recién nacido con trastornos metabólicos. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al recién nacido con Trastornos metabólicos. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia.	Recién nacido con problemas metabólicos. Causas. Hipoglicemia, hipocalcemia. Factores de riesgo. Manifestaciones clínicas y laboratoriales. Diagnóstico diferencial. Uso de medicamentos específicos. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Orientación a las madres.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de: Retén, Sala de partos, y hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO II
UNIDAD 11

TEMA: NIÑO CON TRASTORNO HIDROELECTROLITICO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con Trastorno Hidroelectrolítico, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Etiología más frecuentes. Factores de riesgo. Tipo. patogenia	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios Emergencias y/o Hidratación. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño con Trastorno Hidroelectrolítico.	Hipo e Hipernatremia, Hipokalemia, hipocalcemia; epidemiología, clínica, exámenes paraclínicos, estudios del medio interno. Acidosis y alcalosis. Diagnósticos diferenciales.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del niño con Trastorno Hidroelectrolítico.	Tratamiento específico y medidas generales para cada problema. Soluciones de uso oral y parental, bicarbonato de sodio, potasio, calcio. Planes de hidratación. Complicaciones. Shock Hipovolémico.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con Trastorno Hidroelectrolítico	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Reinserción adecuada al núcleo familiar, manejo de la ansiedad materna.		
4. Valorar responsablemente al niño con Trastorno Hidroelectrolítico ante la madre, la familia y la comunidad.			

MODULO II
UNIDAD 2

TEMA: NIÑO QUE AMERITA SOLUCIONES

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño que amerita soluciones parenterales, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Etiología frecuentes Factores de riesgo. Fisiopatología.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios Emergencias y/o Hidratación. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño que amerita soluciones parenterales.	Hidratación en el decaído grave, en el cardiopata con dificultad respiratoria, traumatizado, e infecciones del S.N.C. Nefropata. Patogenia. Epidemiología y clínica. Diagnósticos diferenciales.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del niño que requiere soluciones parenterales.	Tratamiento específico y general Cálculos de soluciones adecuadas, complicaciones. Riesgos.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño que requiere soluciones parenterales.	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Reinserción medio familiar, manejo de la ansiedad materna.		
4. Valorar responsablemente al niño que requiere soluciones parenterales.			

MODULO II
UNIDAD 3

TEMA: NIÑO SEVERAMENTE INFECTADO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño severamente infectado, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Etiología frecuentes Factores de riesgo. Fisiopatología.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño severamente infectado	Meningitis, Neumonía complicada. Diarrea complicada. Sepsis. Epidemiología clínica, exámenes paraclínicos.	Emergencias y/o Hidratación. Conversaciones con la madre.	
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del niño severamente infectado.	Diagnósticos diferenciales. Shock séptico. Tratamiento específico y medidas generales. Medidas invasivas, P-L, toracocentesis. Diálisis Peritoneal, exanguinotransfusión. Hemoderivados. Indicaciones.	Talleres evaluativos.	
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño severamente infectado.			
4. Valorar responsablemente al niño severamente infectado, ante la madre, la familia y la comunidad	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo de secuela. Reinserción familiar. Manejo de la ansiedad materna.		

MODULO II
UNIDAD 4

TEMA: NIÑO CON ABDOMEN AGUDO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con abdomen agudo, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Etiología más frecuentes Factores de riesgo. Fisiopatología. Tipo médico - quirúrgico	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño con abdomen agudo.	Inflamatorios, obstructivo, traumático, isquémico, metabólico. Epidemiología. Clínica. Exámenes paraclínicos. Diagnósticos diferenciales.	Emergencias y/o Hidratación. Conversaciones con la madre.	
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del niño con abdomen agudo.	Tratamiento general y específico Complicaciones, S.N.C. Indicaciones, manejo utilidad, tacto rectal. Técnicas.	Talleres evaluativos.	
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con abdomen agudo			
4. Valorar responsablemente al niño con abdomen agudo, ante la madre, y la comunidad	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Reinserción al núcleo familiar, manejo de la ansiedad materna.		

MODULO II

UNIDAD 5

TEMA: NIÑO EN COMA

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño en coma, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Etiología más frecuentes Tipos. Factores de riesgo. Patogenia	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios Emergencias y/o Hidratación. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño en coma	Traumatismo, metabólico, por intoxicación, por accidentes cerebro-vascular. Epidemiología, clínica, elementos paraclínicos. Diagnósticos diferenciales.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas del niño en coma.	Tratamiento general y específico Test. De Glasgow. Complicaciones.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño en coma.	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Reinserción medio familiar, manejo de la ansiedad materna.		
4. Valorar responsablemente al niño en coma, ante la madre, la familia y la comunidad.			

MODULO II

UNIDAD 6

TEMA: OPORTUNIDAD PERDIDA DE INMUNIZACIÓN

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con oportunidad perdida de inmunización, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Factores de riesgo. Causas más frecuentes. Programa ampliado de inmunizaciones.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Centro Materno Infantil. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño con oportunidad perdida de inmunización	D.P.T. - O.P.V. - B.C.G. Prevención de sarampión, rubéola y parotiditis. Nuevas vacunas.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Efectos locales y sistémicos de la inmunizaciones. Contraindicaciones relativas y absolutas.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con oportunidad perdida de inmunización.	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Necesidad de seguimiento Conocimiento materno.		
4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia.			

MODULO II

UNIDAD 7

TEMA: HÁBITOS PATOLÓGICOS

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño Hábitos Patológicos, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al niño con Hábitos Patológicos. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con Hábitos Patológicos. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Concepto. Factores de riesgo psicosocial Enuresis. Onicofagia. Succión patológica. Clínica. Diagnósticos Diferenciales. Anorexia nerviosa y Bulimia. Trastornos con identidad sexual. Tratamiento específico, medidas específicas para cada problema. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo psicoemocional de la madre.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Centro Materno Infantil Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO III

UNIDAD I

TEMA: NIÑO CON PROBLEMA RESPIRATORIO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con problemas respiratorio, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al niño con problemas respiratorios. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con problemas respiratorios. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Neumonía complicada. Neumotórax. Derrame Pleural. Neumatocele. Neumonía de lenta reabsorción. Fisiopatología. Factores de riesgo. Diagnósticos, Epidemiología, clínica, exámenes complementarios. Diagnósticos diferenciales. Etadado. Trastudado. Tratamiento integral de acuerdo a gémenes más frecuentes, Toracotomía, Toracocentésis. Indicaciones. Manejo de tubo. Antibioticoterapia. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Conversación con la Madre..	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO III

UNIDAD 2

TEMA: NIÑO INFECTADO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño infectado, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Meningitis. Infección de partes blandas, otomielitis. Fisiopatología. Factores de riesgo.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño infectado.	Diagnósticos, Epidemiología, clínica, exámenes complementarios. Diagnósticos diferenciales.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Tratamiento integral antibiótico-terapia de acuerdo a etiología, complicaciones frecuentes, SADH colección subdural, epiema, convulsiones.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño infectado			
4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo de la angustia materna.		

MODULO III

UNIDAD I

TEMA: NIÑO POLITRAUMATIZADO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño politraumatizado, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Fisiopatología. Factores de riesgo.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño poli-traumatizado.	Diagnósticos, complicaciones frecuentes. Epidemiología, clínica, exámenes complementarios. Diagnósticos diferenciales.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Tratamiento integral, Antibiotico-terapia, Esteroides, diuréticos controversias en sus usos. Manejo multidisciplinarios. Seguimiento.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño poli-traumatizado			
4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Conversación con la Madre.		

MODULO III

UNIDAD 4

TEMA: NIÑO DESNUTRIDO - GRAVE

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño desnutrido grave, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al niño desnutrido grave. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al niño desnutrido grave. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Concepto. Factores de riesgo. Fisiopatología, marasmo y Kwashiorkor. Complicaciones prevenibles. Diagnósticos, Epidemiología, clínica, somatometría, signos universales de desnutrición. Diagnósticos diferenciales. Tratamiento integral, antibióticos, alimentación, manejo de las complicaciones. Seguimiento. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo de la madre y el núcleo familiar.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO III

UNIDAD 6

TEMA: NIÑO CON PROBLEMAS INMUNOLÓGICO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con problema Inmunológico, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de: 1. Reconocer al niño con problema inmunológico. 2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas. 3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con problema Inmunológico. 4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Concepto. Fisiopatología. Urticaria. Rinitis alérgica. Alergias alimentarias y medicamentosas. Factores de riesgo. Diagnósticos, Epidemiología, clínica, exámenes complementarios. Diagnósticos diferenciales. Tratamiento integral Antihistamínicos, esteroides, otros cuidados especiales. Seguimiento. Prevención primaria, secundaria y terciaria. Atención a la madre y el núcleo familiar.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.

MODULO III

UNIDAD 5

TEMA: NIÑO CON PROBLEMAS HEMATOLOGICO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional y responsablemente al niño con problema Hematológico, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Factores de riesgo. Fisiopatología, leucocis, Purpua, Trombocitopenia Idiopática, anemia hemolítica (Drepanocitosis).	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de hospitalización.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
5. Reconocer al niño con problema Hematológico.	Diagnósticos, Epidemiología, clínica, exámenes complementarios.	Conversaciones con la madre.	
6. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Diagnósticos diferenciales.	Talleres evaluativos.	
7. Tratar precisa y adecuadamente al niño con problema Hematológico.	Tratamiento integralquimioterapia de uso frecuente, hemoderivados, indicaciones, antibioterapia. Complicaciones frecuentes.		
8. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Atención a la madre. Seguimiento. Manejo multidisciplinario.		

MODULO III

UNIDAD 7

TEMA: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con trastornos de la alimentación, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Factores de riesgo. Tipos.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Centro Materno Infantil	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño con trastornos de alimentación.	Lactancia materna. Formulas de inicio y continuación. Medicamentos, leche de vaca. Ablactación. Alimentación en los primeros 2 años de vida.	Conversaciones con la madre.	
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Tratamiento específico y medidas generales.	Talleres evaluativos.	
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con trastornos de alimentación	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo de la angustia de la madre.		
4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia			

MODULO III
UNIDAD 8

TEMA: TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

OBJETIVO TERMINAL: Valorar racional crítica y responsablemente al niño con trastornos de crecimiento y desarrollo, previniendo y diagnosticando y tratando su condición, asegurando una adecuada y efectiva interacción médico-paciente-familia.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	Concepto. Factores de riesgo. Tipos.	Revisión bibliográfica, círculos de estudio grupales, discusión de casos en servicios de Centro Materno Infantil. Conversaciones con la madre. Talleres evaluativos.	Unidireccional continua. Coevaluación, auto evaluación. Corrección de historias.
1. Reconocer al niño con trastornos de crecimiento y desarrollo.	Desnutrición calórica proteica, formas leves. Síndrome talla baja. Subnutrición emocional. Retardo psicomotor. Riesgo social. Obesidad. Niño sobreprotegido. Clínica.		
2. Diagnosticar críticamente las manifestaciones clínicas, laboratoriales, epidemiológicas.	Diagnóstico antropométrico. Diagnóstico diferencial.		
3. Tratar precisa y adecuadamente al niño con trastornos del crecimiento y desarrollo	Tratamiento específico y medidas para cada problema		
4. Valorar responsablemente la importancia afectiva y ética de la relación médico-paciente-familia	Prevención primaria, secundaria y terciaria. Manejo de la angustia de la madre.		

ASIGNATURA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA PEDIATRÍA III – TALLER DENGUE

OBJETIVO TERMINAL: Evaluar y tratar racional y eficientemente un niño con Dengue, previniendo, diagnosticando y tratando la enfermedad a través de una adecuada interacción médico-madre- familia-comunidad.

OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	BIBLIOGRAFIA
Al finalizar la unidad el estudiante, estará en capacidad de:	1. Dengue Concepto. Factores de riesgo. Tipos.	1. Lectura de bibliografía. Círculo de Estudio grupal. Dinámica de grupo	BIBLIOGRAFÍA (DENGUE) FEJGYN CHERRY: Tratado de Infecciones en Pediatría. Capítulo 138 pag. 1636-1645. RED BOOK. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. pag. 98-102.
1. Discernir si el niño es portador de un cuadro clínico de Dengue.	2. Clínica. Epidemiología. Técnicas y procedimientos para la toma de muestra. Exámenes complementarios. Interpretación y análisis. Diagnósticos diferenciales.	2. Revisión bibliográfica. Dinámicas de grupo. Círculo de estudio grupal.	NELSON TRATADO DE PEDIATRÍA VOL. I pag. 841-847 MANDELL. DOUGLAS CAPITULO 132. pag. 1315-1319 BIBLIOGRAFÍA (SEPSIS). FEJGYN, CHERRY: Tratado de Infecciones en Pediatría Tercera Edición. Volumen I, Capítulo 2,3,5,46, 87,89.
2. Determinar objetivamente si el niño presenta por clínica y exámenes complementarios un cuadro de Dengue, tomado en cuenta la forma más frecuente de contagio y los diagnósticos diferenciales.	3. Medidas profilácticas del Dengue. Plan Terapéutico: mantener condiciones generales. Hidratación. Equilibrio ácido base. Nutrición. Hemoterapia. Relación con los padres comunidad.	3. Revisión Bibliográfica.	RED BOOK. 23 A. Edición: Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Pag. 199-243-328-194-197-216-335-204-206 NELSON: Tratado de Pediatría. Vol. I. pag. 280,284,634.
3. tratar preventiva y curativamente al niño con un cuadro con dengue.	Complicaciones más frecuentes del Dengue (clínica Diagnóstico)	4. Revisión Bibliográfica. Dinámicas de grupo. Círculo de estudio grupal.	NEONATOLOGÍA: GORDON AVERY. Fisiopatología y manejo del recién nacido. Pag. 927-945. THE PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES JOURNAL. Vol. 14 N:2 February 1995. pag. 123.155.157. THE PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL. Vol. 14 N: 3 March 1995. pag. 178. 183. 245.249-
4. valorar objetivamente cuales casos requieren una referencia oportuna.	Condiciones del Tratado. Secuelas. Reparaciones psicosociales.		

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ PEÑALOSA, EDUARDO "INFECCIONES EN PEDIATRÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO" SALVAT EDITORES, COLOMBIA S.A.
2. CARMONA, GLADIS "MANUAL DE TOXICOLOGÍA PEDIÁTRICA" 1993.
3. CARMONA GLADIS, EMILIO ASTOLFI. "TRATAMIENTO DE INTOXICACIONES AGUDAS. 1992.
4. CASANOVA DE E. LADY – FEBRES DE S. GLADIS "TRATADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA. 1995.
5. CERIANI CIRNADRI, JOSÉ MARIA. "NEONATOLOGÍA PRACTICA" 2DA EDICIÓN. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. 1991.
6. KEMPE, HENRY C., HENRY K. SILVER, DONOUCH O'BRIEN. "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICO". EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. MÉXICO D.F. 1983.
7. KEMPE, HENRY C., HENRY K. SILVER, DONOUCH O'BRIEN. "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICO". EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. 5TA EDICIÓN.
8. MEZA RUEDA, ERNESTO. "INFECCIONES RESPIRATORIAS, USUARIO PEDIÁTRICO". EDITOR D. GONZALO FRANCO RAMÍREZ. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS, 5TA EDICIÓN, CELSUS LIBRERÍA MÉDICA Y TÉCNICA IMPRESOS PANAMERICANOS, BOGOTÁ, COLOMBIA 1991.
9. NELSON W. ET. AL. "TRATADO DE PEDIATRÍA. EDIT SALVAT. MÉXICO, 9a. EDICIÓN EN ESPAÑOL- 1988
SCHWARTZ, WILLIAN M. CHIRNUY EDIVARD B. THOMAS A. CURRY STEPHEN LUDWING. "MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA. 2da EDICIÓN. MOSBY JEAN BOOK. MEDICAL PUBLISHERS