



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
POSGRADO EN PEDAGOGÍA

El Trabajo de Campo en Salud Comunitaria para la formación integral  
del alumno de primer año de la carrera de médico cirujano.  
FES – Zaragoza UNAM.  
(Presentación de un proyecto pedagógico)

**Tesis para obtener el grado de  
Maestro en Enseñanza Superior  
P r e s e n t a:  
Leticia Ferro Flores**

**Director de Tesis:**  
Maestra María Teresa Barrón Tirado

México

2007





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

No tengo palabras para agradecer a mi directora de tesis: Maestra María Teresa Barrón Tirado por su gran guía, apoyo y motivación para iniciar y terminar el trabajo. Gracias por su enseñanza, paciencia y amistad.

Agradezco a los maestros sinodales por sus valiosas opiniones para enriquecer el trabajo: Dr. Antonio Carrillo Avelar, Mtra. Agustina Susana Limón y Sandoval, Mtra. Rosa María Soriano Ramírez, Mtro. José Luís Ortiz Villaseñor.

En forma muy especial, deseo agradecer a la Maestra Imelda Ana Rodríguez Ortiz por haber colaborado con sus inquietudes a mejorar cada día mi función docente y la de aquellos que tienen la fortuna de conocerle; por fomentar el interés en el trabajo al cuestionar, aceptar, probar o reprobar pero siempre con fundamento las acciones que el equipo de trabajo realizaba. Por ayudarme de principio a fin en la investigación, a recolectar y procesar la información, a revisar el estilo de redacción de los documentos elaborados, por su apoyo moral cuando las cosas no marchaban por el camino trazado, por ser mí maestra y amiga.

Reconocer el trabajo y el apoyo del Dr. José Luís Osorno y a la Dra. Ma. Luisa Ponce para las intervenciones realizadas, la elaboración del programa de epidemiología y sus acertadas opiniones.

A Benjamín, Nismet y Laura por permitirme proyectar tiempo y persona hacia los demás.

Gracias a todos mis alumnos y compañeros de trabajo porque me han permitido formar parte de sus equipos, me ha apoyado siempre y hemos compartido momentos muy agradables.

## ÍNDICE CAPITULAR

	página
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I Antecedentes y Fundamentos del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria en la FES Zaragoza	
1.1 Fundación de la FES-Zaragoza . . . . .	1
1.2 Fundamentos de la Enseñanza Modular . . . . .	8
1.3 Fundamentos del Plan de Estudios de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza . . . . .	11
1.4 Fundamentos del programa de Epidemiología y del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria. . . . .	17
CAPÍTULO II Marco teórico sobre formación Integral	
2.1 Concepto de formación integral. . . . .	23
2.2 Teorías sobre formación . . . . .	32
2.3 Las competencias profesionales y la formación integral. . . . .	42
2.4 Las competencias del docente y su formación integral. . . . .	46
CAPÍTULO III El Trabajo de Campo en Salud Comunitaria para la formación integral del alumno de primer año de la carrera de médico cirujano de la FES Zaragoza. UNAM	
3.1 Contexto . . . . .	53
3.2 Planteamiento del problema . . . . .	55
3.3 Metodología. . . . .	57
3.4 Resultados. . . . .	68
3.4.1 Formación integral del alumno. . . . .	68
3.4.2 Función docente . . . . .	74
3.4.3 Participación comunitaria . . . . .	79
3.5 Consideraciones finales. . . . .	83
CAPÍTULO IV Opinión de egresados sobre el Trabajo de Campo en Salud Comunitaria	
4.1 Contexto . . . . .	86
4.2 Perfil de los exalumnos. . . . .	87
4.3 Experiencia de las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria. . . . .	92
4.4 Opinión sobre el área de Epidemiología en general. . . . .	97
CAPÍTULO V Propuesta : Proyecto Pedagógico para las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria del primer año	
5.1 Contexto . . . . .	101
5.2 Objetivos del proyecto. . . . .	104
5.3 Descripción del Proyecto Pedagógico. . . . .	105
5.3.1 Ventajas de proyecto pedagógico en escuelas . . . . .	107
5.3.2 Alcances. . . . .	109
5.3.3 Implementación del proyecto . . . . .	110
5.3.4 Actividades. . . . .	111
5.4 Evaluación. . . . .	116

	página
CONCLUSIONES. ....	123
BIBLIOGRAFÍA. ....	127
LISTA DE ANEXOS:	
Anexo 1. Mapas de áreas trabajadas. ....	133
Anexo 2. Instrumentos de recolección. ....	138
Anexo 3. Gráficas de resultado variable Formación integral del alumno.(1 a 13).	148
Anexo 4. Gráficas de resultado variable Función Docente (14 a 21) . . . . .	161
Anexo 5. Gráficas de resultado variable Participación Comunitaria . . . . .	165
Anexo 6. Gráficas sobre opinión de Egresados . . . . .	177
Anexo 7. Experiencia en Primaria 2002 . . . . .	187
Anexo 8. Instrumento evaluación individual. . . . .	189
Instructivo para el instrumento de evaluación individual. . . . .	190
Anexo 9. Instrumento evaluación de grupo. . . . .	195
Instructivo para el instrumento de evaluación de grupo. . . . .	196

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es presentar un *proyecto pedagógico para las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria, que contribuyen a la formación integral del alumno que cursa el primer año en la carrera de médico cirujano de la FES–Zaragoza*. Este proyecto para el área específica, es resultado de la investigación y análisis sobre los elementos teórico-prácticos que fundamentan el carácter formativo e integral de dichas actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria (TCSC) y pretende integrarse a la propuesta curricular, porque el Plan de Estudios marca los objetivos hacia la formación integral bajo un modelo de enseñanza modular, pero no describe el proyecto pedagógico para sistematizar el proceso de enseñanza aprendizaje en esta parte académica del área de Epidemiología, aún cuando TCSC se consideran un eje fundamental en la formación integral del médico. Aquí se conjuga el conocimiento de otras áreas de la carrera como las ciencias básicas o clínicas y se pone a prueba la formación humanística, social, técnica y científica del alumno.

Los profesores que participamos en la elaboración, ejecución, y evaluación del programa académico correspondiente a Epidemiología, hemos elegido libremente los recursos pedagógicos para organizar la tarea de cumplir con los contenidos, siendo el trabajo docente tan diverso y en ocasiones diferente entre el primero y segundo año de la carrera. La confusión que genera esto entre los profesores de la práctica de campo incide en los alumnos que terminan en actividades diferentes y evaluados bajo distintos criterios. Es necesario planificar y concretar un proyecto pedagógico para TCSC como último nivel de concreción curricular para alcanzar la misión institucional: “Formar médicos generales con capacidad crítica y creativa, en constante formación y desarrollo profesional, poseedores del conocimiento científico, actitud ética, humanística y de amplia cultura universal que les permita el estudio de la problemática de salud de nuestro país y contribuir en su solución” (Manual de organización, 1996).

Desde que se fundó la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, el 19 de enero de 1976 (antes ENEP), el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano otorgó a la enseñanza de la Epidemiología un papel fundamental en la formación integral del estudiante y por esto destinó una quinta parte del tiempo curricular de los dos primeros años para que se desarrollaran acciones de Salud Pública, a través del programa de Epidemiología que integra tres tipos de actividades: teoría, TCSC y seminario.

El tiempo nos permite evaluar y fundamentar lo asertivo de estas decisiones (por mi condición de egresada y docente con más de 24 años de experiencia en el área), respecto a la función formativa de las actividades de TCSC, realizadas por el alumno desde el primer año en la carrera de médico cirujano de la FES Zaragoza (FES-Z), ya que no solo se contribuye a su desarrollo cognitivo sino que lo llevan a una serie de experiencias que impactan casi todos los sentidos de su formación, en grado diverso, porque el desarrollo del ser, es un continuo interminable con múltiples factores determinantes. Esta investigación evita limitarse a la formación académica para no fragmentar al individuo o ir en contra del mismo concepto médico de la "integridad". Para la OMS el estudio integral de la salud es indagar en las áreas: biológico, psicológica y social; no sólo del individuo, también de la familia y la comunidad; tampoco exclusivamente para curar, ya que debe saber prevenir la enfermedad, fomentar la salud y prolongar la vida con calidad. Por esto retomo el concepto curricular de *Formación Integral del alumno para la FES-Z: "formar un profesional de la medicina socialmente útil, promoviendo al mismo tiempo el pleno desarrollo de su potencialidades...con los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina... comprometido con las necesidades del desarrollo social"* (Plan de estudios, 1989).

El plan de estudios de la carrera de médico cirujano en la FES-Z se basa en el modelo de enseñanza modular donde los contenidos de Epidemiología están vinculados con los contenidos de todas las áreas educativas incluidas, favoreciendo la integración del conocimiento para realizar actividades del TCSC.

El acercamiento a comunidades aledañas a la FES-Z le permite al estudiante abordar problemas concretos de salud colectiva, siempre actuales, reales, con actores atentos a cualquier intervención, críticos, a veces demandantes, otras aparentemente pasivos; pero finalmente, hombres y mujeres sobre los que *no va a practicar*, sino que le ayudan a desarrollar experiencias de aprendizaje, competencias en funciones profesionales, emociones y habilidades para el desarrollo personal y social, favoreciendo su formación integral con una actitud profesional orientada al fomento de la salud, prevención de enfermedad y valoración de la vida prolongada con calidad.

En el capítulo primero, se describen los antecedentes y fundamentos para la creación de la FES-Z, con el fin de ubicar el contexto histórico social que da origen a la institución y a las Unidades Multidisciplinarias de Atención Integral (UMAI), en las cuales se desarrollan algunas actividades de TCSC. También se describen los elementos teórico-metodológicos que definen la enseñanza modular y los fundamentos para ser utilizada como modelo de organización académica. Se desarrollan de manera sintética los fundamentos del Plan de Estudios de la carrera de Médico Cirujano en la FES-Z bajo este sistema de enseñanza modular, revisando algunas funciones profesionales sustantivas relacionadas con la salud pública. Se ubica el programa de Epidemiología y se mencionan los objetivos generales y contenidos temáticos de los tres componentes de esta área académica: teoría, TCSC y seminario.

En el capítulo segundo, se fundamenta el papel de las actividades de TCSC para la formación integral del alumno, como un elemento determinante para la profesión y para la vida. Se describe primero el paradigma sociocultural, desde el enfoque psicológico de Vigotsky para explicar el proceso de aprendizaje que tiene lugar durante el TCSC como una actividad social en la que el alumno establece zonas de desarrollo próximo en varias direcciones: pares, profesores y comunidad. Favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades cognitivas en relación a su realidad cultural. También se describe la formación humanística que adquiere

durante su reflexión de esa realidad, siguiendo la filosofía de Gadamer que analiza la práctica médica en relación al cuidado integral de la salud más que a la atención de la enfermedad. Estos autores además nos permite comprender la integración de las variables de la investigación: Función docente, formación integral y participación comunitaria. Por otra parte, se aborda el tema de competencias profesionales ante la tendencia de certificar al médico a través de seguir normas, para lo cual TCSC permite al alumno incursionar en este camino del saber hacer.

En el capítulo tercero, se describe la investigación descriptiva, longitudinal y observacional que da sustento a la propuesta pedagógica de la tesis, analizando de manera crítica los resultados y la experiencia durante las entrevistas, lo que permite fundamentar la función formativa del TCSC para los alumnos del primer año de la carrera de médico cirujano de la FES- Z de 1993 a 2004. Con el objetivo de reflexionar sobre el desempeño de alumnos, profesores y comunidad se describen formas de trabajo e intervenciones en el desarrollo de las actividades de TCSC y sus implicaciones. Todos los resultados de esta investigación son de fuente directa, obtenidos por lo tanto, de los involucrados en el proceso.

El capítulo cuarto describe la opinión de algunos egresados de la Facultad respecto a la participación de la Epidemiología y el TCSC en su formación integral. Esta investigación recupera aspectos cualitativos de gran valor en la evaluación global del programa de académico. También se describe el perfil de ciento cincuenta entrevistados y apoya la propuesta del proyecto.

En el capítulo quinto se presenta la propuesta de proyecto pedagógico para las actividades de TCSC. Que pretende dejar por escrito: qué se va a hacer, en qué momento, de qué manera, con qué recursos y quiénes serán los encargados. El fin del proyecto es buscar alternativas y nuevas posibilidades de trabajo docente, capacidad de cambio y avance (Escamilla, 2004).

Este proyecto pedagógico para TCSC se considera el último nivel en la propuesta curricular, apoyado en el concepto de “proyecto pedagógico de aula, que se define como un instrumento de planificación de la enseñanza con un enfoque global, que toma en cuenta los componentes del currículo (proyecto de plantel) y se sustenta en las necesidades e intereses de la escuela y de los educandos a fin de proporcionarles una educación mejorada...” (Ministerio de Educación de Caracas, 1997). Desarrollar los proyectos a diferentes niveles, esto es: proyecto educativo nacional, proyecto de plantel y proyectos de aula “permite adaptar el proceso educativo a los nuevos reclamos de las necesidades sociales” (Odremán, 1997).

Las actividades de TCSC permiten desarrollar competencias bajo un clima de reflexión e internalización de la cultura. Los productos del TCSC demuestran su contribución en la formación de competencias para que el alumno sea capaz de tomar las mejores decisiones.

Por último, el proyecto intenta difundir la experiencia principalmente entre los profesores que participan en el desarrollo del programa de Epidemiología, describiendo las ventajas de integrar otros contenidos y escenarios que nos permitan mantener congruencia externa y continuar formando recursos humanos para la salud competentes con alto grado de conciencia social y humanismo que sigan aportando semillas para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

## CAPÍTULO I

### Antecedentes y Fundamentos del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria en la FES Zaragoza

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza surge en momentos de crisis nacional y en un intento de responder a las necesidades sociales, políticas, demográficas y de salud que en su momento afectaban a la ciudad de México. Y en este contexto, las actividades de trabajo de campo se consideraron un recurso clave para formar el tipo de médico que requería el país y el espacio teórico práctico para desarrollar la mayor parte de las estrategias del sistema de enseñanza modular. El análisis de los fundamentos que se muestran en este capítulo, permiten reconocer la importancia de las actividades de TCSC.

#### 1.1 Fundación de la FES Zaragoza

Esencialmente son dos los antecedentes que contribuyeron al surgimiento de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza (actualmente Facultad de Estudios Superiores Zaragoza). El primero de ellos puede encontrarse en algunos fragmentos del discurso del rector Ignacio Chávez, a la comunidad universitaria en 1965 titulado: “El problema de la sobrepoblación escolar en la Universidad Nacional Autónoma de México, proyecto de solución a corto plazo”. En este mensaje el Dr. Chávez mencionó que el análisis sobre la población que atiende la UNAM y sobre la demanda potencial de estudiantes en el corto plazo, le permitía asegurar dos hechos: la imposibilidad de seguir atendiendo alumnos en las instalaciones de Ciudad Universitaria pues se encontraban saturadas y que ni siquiera era posible atender la demanda de su propio bachillerato. Señalaba el rector: “...¿Debe hacerse sencillamente, un cierto número de escuelas profesionales que en sus primeros años, en tanto completan sus carreras, trabajen dentro del marco de las exigencias académicas que les fije nuestra Universidad,

*pero con cierta independencia administrativa, algo así como si fuesen sucursales o instituciones afiliadas a nuestra Casa de Estudios?” (Chávez, 1965).*

El segundo antecedente importante ocurre entre los años 1970-72 y 1973-76, durante los rectorados de Pablo González Casanova y de Guillermo Soberón Acevedo quien estaría al frente de la UNAM hasta 1980. Con el Dr. González Casanova, la Universidad Nacional Autónoma de México se encontró desde el primer día de su gestión, trabajando en el diseño de un proyecto de reforma universitaria, que entre otras cosas se proponía ampliar la oferta educativa en beneficio de una población joven menor de 15 años que en esa época representaba el 46% de la población total (censo, 1970) y que significaba una presión al sistema educativo del bachillerato y de educación superior. La reforma universitaria se debatía a la luz de la crisis del movimiento de 1968 y en el contexto de una política de Estado aparentemente dispuesta a dialogar con los universitarios, aún cuando en los hechos violentos ocurridos durante 1968 y 1971-72, el gobierno actuaba represivamente y mostraba intolerancia frente a las consignas estudiantiles. En estas condiciones de crisis para la Universidad y para el país, el proyecto de crear una universidad de masas tendría que buscar su propia legitimidad mediante el diseño de opciones nuevas.

El perfil del proyecto universitario se sustentó en la necesidad de generar nuevos modelos educativos y formas de organización curricular alternativas a las tradicionales y que promovieran, sobre todo, la integración de la docencia con la investigación y el servicio a través de impulsar la enseñanza teórico-práctica, fomentar la organización del trabajo multiprofesional e interdisciplinario y promover la descentralización física, administrativa y académica de la UNAM. Asimismo, se proponía la innovación en los medios y formas de enseñanza, en la relación profesor-alumno y en la relación universidad-sociedad.

Algunos de los principios que el rector mencionó en su discurso de toma de posesión se refirieron a considerar a la Universidad como un centro generador de

*múltiples comunidades* que pudieran favorecer la *democratización de la enseñanza para enseñar a muchos y enseñar a un alto nivel e idear nuevas formas* para extender los beneficios de la educación a la sociedad (González C.1970).

En ese mismo año el rector se dirigió al Consejo Universitario para proponer y dejar a su consideración los criterios de la reforma universitaria, éstos eran: impulsar la innovación académica mediante la creación de nuevos modelos educativos, fortalecer las finanzas universitarias y renovar el compromiso de los universitarios con la sociedad.

Desde 1932, Antonio Caso ponía énfasis en que la cultura era creación de valores, sobre todo en las principales dimensiones del desarrollo humano: ética, estética, religiosa, lógica, económica, social e histórica. Estos planteamientos que acompañaron el origen de la Universidad Nacional estuvieron también presentes en la propuesta de reforma universitaria que en su momento hubo planteado González Casanova y se incorporaron al nuevo proyecto de expansión de los servicios educativos.

En enero de 1971 el rector propuso al Consejo Universitario la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades, basados en nuevos planes de estudio con objetivos y unidades de aprendizaje, sin tiempos ni horarios rígidos.

Pablo González Casanova renunció el 16 de noviembre de 1972 y en enero de 1973 tomó posesión como rector, el doctor Guillermo Soberón Acevedo, quien desde el principio de su rectorado, tuvo fuerte respaldo del gobierno de Luís Echeverría Álvarez para ampliar y renovar las instalaciones universitarias. Se creó así el primer proyecto en la Facultad de Medicina del *campus* CU en 1974 que se llamó *Plan A 36*; el segundo modelo inició poco después en las Escuelas de Estudios Profesionales Iztacala y Zaragoza, que en lo general, adoptaron el mismo proyecto.

Para la investigadora Ana Hirsch (1996), esta expansión universitaria transformó la universidad tradicional en una universidad masificada a la que contribuyó decididamente el gobierno federal; primero, entre 1970-1976, como una *estrategia de reconciliación* después de las represiones a los movimientos estudiantiles de 1966, 1968 y 1971; y en segundo lugar, como una *estrategia de control* a través de la asignación del presupuesto entre 1976-1982. Así vimos como el presupuesto federal que se otorgó en 1970 había sido de 666 millones y para 1980 éste se había ido incrementando hasta alcanzar los 11,366 millones. No obstante, el crecimiento de instalaciones intra y extramuros del campus Pedregal, produjo una inevitable demanda de profesores e investigadores que no había alcanzado a formar la administración del Dr. Soberón. Por lo tanto, las nuevas escuelas empezaron actividades con una planta docente con poca o nula formación pedagógica.

Bajo la consideración de estos grandes acontecimientos, se concretaron los proyectos del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) y el Sistema de Universidad Abierta (SUA), al mismo tiempo que se definieron las condiciones para crear las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP). Asimismo, se dio un fuerte impulso para crear las tres unidades de la Universidad Autónoma Metropolitana (Iztapalapa, Xochimilco y Azcapotzcalco) y los centros CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) creados en 1978; también, se apoyó la edificación y funcionamiento de escuelas particulares, principalmente se apoyó al Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

Para la edificación de las nuevas escuelas (ENEP Y CCH) se eligieron terrenos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que, por sus carencias urbanísticas y el bajo nivel de desarrollo social, representaban un espacio idóneo para impulsar el trabajo universitario con enfoque al desarrollo comunitario que había propuesto el Dr. González Casanova. En el caso de los terrenos elegidos en la zona oriente y norte, también se tomó criterio de elección considerando la ausencia de planteles

educativos de enseñanza media o superior y la demanda potencial de alumnos que allí existían. En el estudio de Adolfo Obaya (1995), se menciona que en estas zonas se concentraba el 32% de la población total que estaba matriculada en la UNAM.

El 23 de septiembre de 1975 en sesión del Consejo Universitario presidido por el rector Guillermo Soberón, se firmó el acuerdo de creación de las escuelas de Aragón y de Zaragoza. El 19 de enero de 1976, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza inició actividades académicas con el desarrollo de siete planes de estudio, seis de licenciatura: Médico Cirujano, Psicología, Cirujano Dentista, Ingeniería Química, Químico-Farmacéutico-Biólogo y Biología; y la carrera de Enfermería a nivel técnico.

El personal inicial de la ENEP Zaragoza: 64 de confianza y 168 sindicalizados, 85 administrativos y 19 de vigilancia. Los alumnos del plantel suman 2754, divididos en las 7 carreras que imparte la escuela y el profesorado lo forman, para el primer semestre, 130 docentes aproximadamente (Boletín: El polvorín de Oriente 1976). En 1983 la ENEP adquiere el nombre de Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) por impartir el doctorado en Ciencias. Y para el 2003 FES-Z cuenta con 1622 docentes y 7480 alumnos, 818 administrativos y 185 vigilantes e imparte además del doctorado, varios diplomados y maestrías (Sánchez, 2003).

Desde su formación FES-Z proyectó trabajar con 8 clínicas multidisciplinarias, una de ellas está ubicada en las instalaciones del Campo I y las otras siete en edificaciones independientes: seis clínicas se distribuyen en el territorio del Municipio de Nezahualcoyotl y una más en el Municipio de Los Reyes La Paz, Estado de México. En las clínicas se ofrecen servicios de Psicología, Odontología, Medicina, Enfermería, laboratorios de análisis clínicos y algunos estudios de gabinete. Los servicios se otorgan a muy bajo costo y están abiertos a toda la población que los demande. Estas clínicas han sido consideradas como escenarios educativos y de servicio a la población de forma interdisciplinaria y

sirven como sitios de ejercicio a la futura práctica profesional, constituyen una de las grandes fortalezas de la institución, porque verifica el carácter formativo y la función social de la institución, aquí se realizan las actividades de práctica clínica y de Salud Pública con su Trabajo de Campo en Salud Comunitaria (TCSC)

Los fundadores de la FES-Z han sido la clave para hacer de un proyecto una institución, desde el primer director Dr. José Manuel Álvarez Manilla quién impulsó a su equipo a trabajar, aún con insuficiente construcción de las instalaciones, contaba con una gran experiencia en el diseño de planes y programas de estudio, encabezó el proyecto modular Plan A 36 en la facultad de Medicina de Ciudad Universitaria y fundador del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES). Plasmó su visión de profesionistas activos, capaces de desarrollar sus propios procesos de conocimiento, realizadores de actividades valiosas y dispuestos a resolver los problemas sociales.

El fundador director de la carrera de médico cirujano fue el Dr. Rodolfo Herrero Ricaño, quien diseñó e instrumentó el plan de estudios de la carrera, también había contribuido al diseño del Plan A 36 y era miembro activo del CLATES. Poseía una fuerte convicción personal sobre el modelo de enseñanza modular que reformara la práctica médica dominante. Estuvo al frente de la carrera de 1976 a 1982 y después asumió la dirección de 1982 a 1989, impulsó la aprobación del plan de estudios y con muchos otros profesores fundadores dedicó grandes esfuerzos por plasmar en los planes y programas de estudio la base de una educación humanística y científica que permitiera al estudiante desarrollar todas sus capacidades y habilidades.

En la década de 80-90 se establecen modificaciones a los planes de estudio de todas las carreras de la entonces ENEP Zaragoza, por lo que, en 1982 se realiza una evaluación del plan modular para la carrera de médico cirujano sobre tres aspectos básicos: Evaluación teórico conceptual, eficiencia académica y

seguimiento de egresados. Los resultados, como se comentaran posteriormente, favorecen la vigencia, congruencia, viabilidad y estructura de la enseñanza modular así como el perfil del egresado. La publicación de reestructuración del Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano es de 1989, con la inclusión del internado de pregrado, el módulo de salud ocupacional, el módulo de terapéutica farmacológica, la formalización del seminario de Estudio Médico Integral de la Familia y la definición de acciones de Salud Pública a realizar en instituciones de primer y segundo nivel de atención así como en comunidades aledañas.

En 1995 un grupo de funcionarios decidió que era necesario redactar la Misión de la FES-Z, construir un lema, recuperar la memoria institucional a través del trabajo de historiadores, remozar la escuela, editar un órgano de difusión interna y encontrar una mascota, entre otras cosas, porque este grupo había coincidido en señalar que una de las necesidades de la FES-Z tenía que ver con el problema de la identidad que probablemente no se había logrado desarrollar abiertamente entre la comunidad. Se adoptó un logo y el lema: Lo humano, eje de nuestra reflexión.

En 1996 se editó el manual de organización y un plan prospectivo en el cual se redactó la Misión de la FES-Z: “La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza tiene como fin formar profesionales de las ciencias químico biológicas, de la salud del comportamiento, caracterizados por una capacidad crítica creativa, así como de estudio independiente y autodirigido, de adaptación dinámica a los cambios sociales, poseedores de un espíritu científico y humanista, y una amplia cultura universal...” En 1998 con estos elementos se redactó la misión para la carrera de médico cirujano pero cambió el logo y el lema.

En el 2003 la carrera de médico cirujano logró la acreditación después de una supervisión de documentos y actividades, en las cuales Trabajo de Campo en Salud Comunitaria, recibió reconocimiento por parte del personal nombrado por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Escuelas de Medicina (COMAEM), al cumplir con los objetivos que marca el plan de estudios.

## 1.2 Fundamentos de la Enseñanza Modular

Como se ha mencionado, la característica del sistema de enseñanza en las carreras que imparte la FES-Z es el modelo curricular modular, que describiremos a continuación, pero primero recordar lo que Ruth Vargas (1980) define como *currículum*: producto de la integración e interacción de diversos elementos, tales como planes, programas, materiales didácticos, instrumentos de evaluación, ejercicios, actividades, relaciones profesor-alumno, ambiente, etcétera, que en mayor o menor medida actúan sobre el alumno en el proceso educativo... describe el tipo de hombre que la escuela intenta formar, sus habilidades cognitivas y psicomotoras y su desarrollo afectivo, pero incluye así mismo los medios y los métodos más adecuados para lograr los objetivos educacionales... debe desarrollarse a partir de un trabajo de evaluación permanente que arroje información acerca del resultado de la aplicación y experimentación del propio currículo y de los elementos que lo componen.

En los currícula de tipo modular se plantea una estructura integral que se apoya en la definición de *módulos como problemas de conocimiento*, unidades de estudio que se relacionan entre sí de manera horizontal y vertical con las diferentes áreas de conocimiento y disciplinas que apoyan la formación profesional. Por *módulo* puede entenderse a la unidad organizativa de los contenidos de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva interdisciplinaria donde se definen problemas del conocimiento, áreas de estudio, metodologías y estrategias de investigación.

En la construcción de un *currículum modular* se han de incluir perspectivas diferentes para el tratamiento de un problema tomando en consideración aspectos filosóficos, epistemológicos, culturales, psicopedagógicos y sociopolíticos que contribuyan al debate crítico entre profesores y alumnos; además, considerará actividades y estrategias didácticas que permitan el trabajo en equipo, el desarrollo de la creatividad y el planteamiento de soluciones diversas. Así, la

particularidad de este modelo de organización académica radica en sus postulados (premisas), y en sus estrategias de trabajo, entre las que destaca, el énfasis en promover la *función docente* como una actividad intelectual, creativa y productiva para orientar a los estudiantes de acuerdo a programas de estudio flexibles. En el modelo de enseñanza modular, se ha pretendido romper con el autoritarismo académico facilitando a los profesores y estudiantes su inclusión en el proceso de planeación y toma de decisiones sobre la política educativa de la institución y *creando condiciones efectivas para el desempeño del alumno en funciones profesionales desde el inicio de la formación*. Uno de los componentes esenciales de esta lógica de trabajo consiste en articular la enseñanza-aprendizaje a través de la interdisciplina.

Es en este sentido que Beller (1996) señala: La interdisciplina exige un tipo de investigación característico, que no excluye el trabajo especializado. Es el tema total, es el tipo de preguntas de investigación, es la integración de las investigaciones particulares y especializadas. El trabajo interdisciplinario requiere de algo más que la posibilidad de un estudio interrelacionado de varias perspectivas profesionales o científicas. Requiere de un marco conceptual y metodológico común... de esta forma, cada especialista se ve obligado a visualizar su tema desde la perspectiva de los otros temas parciales y a poner énfasis en las articulaciones de los diferentes proyectos insertos en el tema troncal. Lo que es interdisciplinario es la actitud, la concepción de los problemas y las metas generales.

Otras propuestas que se sumaron al entusiasmo por elaborar currículas modulares fueron: la perspectiva didáctica-pedagógica conocida como *Tecnología Educativa*, la *Teoría de la Gestalt* y la *Teoría de Sistemas* (Contreras y Ogalde, 1980). Por otra parte, la tecnología en informática venía modificando de fondo, las formas y medios de comunicación en todos los campos de la vida social y el campo educativo se abría a ellas con gran entusiasmo.

Por medio del sistema modular, la universidad se propone formar un nuevo profesional cuyas características generales serían:

- Ser poseedor de una actitud crítica y creativa frente a la realidad, especialmente a la nacional y a las problemáticas surgidas de ella.
- Estar preparado para la investigación de los procesos y problemas de la realidad.
- Estar capacitado para intervenir en la transformación de la realidad, de los problemas que surgen de ella, por medio de la acción práctica directa, o bien a través de la sugerencia de decisiones para tal fin... Se pretende que los egresados no reproduzcan las prácticas profesionales tradicionales y que su quehacer se enfoque al servicio de la comunidad.

Estos elementos están íntimamente relacionados con las actividades que realizan los alumnos durante el TCSC como se describe en secciones posteriores, e incluso se intenta aplicar lo que describe Berruecos Villalobos (1998): “El sistema modular, a diferencia del tradicional, promueve en el alumno elementos flexibles y dinámicos que se adaptan a las nuevas situaciones: deja de ser un simple receptor y un elemento pasivo al confrontarse cotidianamente con los problemas de la realidad. Mediante un *proceso de investigación, permanentemente* encuentra problemas y busca respuestas científicas y adecuadas. La situación educativa modular desarrolla un proceso de formación que involucra teorías científicas, paradigmas metodológicos e instrumentos de acción, que le permiten un trabajo personal de investigación. El sistema modular *implica un proceso*, a diferencia del tradicional en donde el alumno es el elemento central de su propio aprendizaje. Al privilegiar el *trabajo en grupo*, se desarrolla una nueva actitud ante el trabajo, una nueva valoración de su propio trabajo frente al grupo y un sentido de corresponsabilidad en la práctica educativa”. Todos estos aspectos sobresalientes de la enseñanza modular se tienen presentes en la investigación realizada para esta tesis por considerarse puntos claves en la formación integral del alumno activo, ubicado en la problemática social, creativo, investigador, trabaja en equipo

y grupo, desarrolla responsabilidad, así como otros tantos valores que repercuten en todos los aspectos de su desarrollo personal y profesional

### **1.3 Fundamentos del Plan de Estudios de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza**

En el plan de estudios se concentran de manera sintética, los planteamientos básicos del *currículum* al definir el conjunto y orden de los módulos, las relaciones que estos guardan entre sí de manera horizontal y vertical, objetivos educativos que deben incluir especificaciones sobre cuatro áreas:

- Conocimientos/problemas de la realidad
- Habilidades/destrezas/ afectos/actitudes
- Perfil y funciones profesionales
- Disciplinas básicas y aplicadas que participan a lo largo de la formación.

Se incluye además: bibliografía, número de horas teóricas y prácticas, créditos, recursos, actividades instruccionales, formas de acreditación y de evaluación.

El plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano de la FES-Z (1989) cumple con lo antes mencionado y se presenta por el entonces director de la facultad Dr. Benny Weiss Steider como: “una alternativa para dar a la educación médica una orientación más acorde con las necesidades de salud del país”... “la educación médica modular se mantiene fiel a su esencia en tanto que conserva un espíritu crítico y propositivo que constituye la base para el mejoramiento de nuestro quehacer universitario”.

La fundamentación expuesta en el mismo plan es:

- En primer lugar de *aspecto social* porque responde al análisis de la problemática de salud que afecta a la población del país en el contexto socioeconómico, a las necesidades de salud en México que debe atender el egresado, al tipo de atención médica integral que se requiere y al campo ocupacional potencial del egresado en instituciones del sector salud para

beneficio de la población más necesitada económicamente y con enfoque en la atención primaria a la salud.

➤ En segundo lugar por la *función institucional* ya que el tipo de enseñanza, los recursos y la instrumentación del plan de estudios en la FES-Z buscan la formación integral para el ejercicio de la medicina general, con un carácter profesionalizante y no sólo propedéutico para la especialidad. La medicina general es entendida como la rama troncal de la profesión médica, porque el dominio sólido de la medicina general es la mejor garantía para la formación y el ejercicio de cualquiera de las especialidades médicas. Tiene finalidad, objeto, teoría, técnicas y espacios bien definidos para su ejercicio, como el resto de las especialidades. Las características científicas y humanísticas del médico general (perfil del egresado) se estructuran a partir del diagnóstico de salud a nivel nacional, estatal y regional.

➤ En tercer lugar *el plan de estudios modular* demuestra ventajas sobre la formación con un plan de estudios tradicional de asignaturas, tal como se demuestra en la evaluación comparativa entre dichos planes, realizada en 1982 en la FES-Z. Los resultados determinaron la reestructuración necesaria al plan de estudios modular y se suspendió el plan por asignaturas.

Respecto a esa evaluación comparativa que apoya al plan de estudios modular, se describe lo siguiente:

1) En la evaluación teórico conceptual. Se menciona que partir de la autoevaluación de las escuelas de medicina propuesta entonces por la OPS como tema de la XI Conferencia de Educación Médica celebrada en México en 1986 con patrocinio de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. De los 41 indicadores propuestos y aplicados bajo los procedimientos indicados a profesores, alumnos, egresados y funcionarios:

En vigencia el plan de estudios modular obtuvo 254 puntos de los 360 esperados, el plan tradicional 164 puntos, el 65.9% de los indicadores fueron calificados en el nivel superior para el plan modular, mientras solo 2.4% del plan tradicional. (Cabe señalar que no se detallan los fundamentos teóricos ni conceptuales que marca el

título de la evaluación, solo se limita a mencionar la cobertura de indicadores, tampoco describe el tipo de indicadores que fueron superiores en la enseñanza modular).

Acerca de la congruencia externa se concluyó que el plan modular responde a las necesidades prioritarias de salud de la población del país, al modelo de atención a la salud, a las políticas del sector y a las directrices nacionales e internacionales en el campo de educación médica. Se hace énfasis en que la formación integral propuesta en el perfil profesional implica además de instruir para el ejercicio eficiente de la profesión, educar, es decir, formar la conciencia de acuerdo a los más altos valores científicos y humanísticos de la profesión y una conciencia comprometida con las necesidades del desarrollo social.

En relación a la congruencia interna, la estructura y la duración se llegó a las siguientes conclusiones: integrar el año de internado pero siguiendo la orientación del plan modular con actividades asistenciales en hospitales y además se realizaran acciones preventivas en la comunidad; integrar el estudio de los accidentes derivados del trabajo y enfermedades ocupacionales; incrementar la carga teórico-práctica de la terapéutica farmacológica; formalizar el valor crediticio del seminario de estudio médico integral de la familia y hacer congruentes los programas académicos con el perfil profesional.

2) En la evaluación de la eficiencia académica, se verificó la instrumentación de ambos planes de estudio y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de dominio de las funciones profesionales, y los alumnos modulares dominaron mejor doce de las trece funciones profesionales evaluadas: aplicar medidas de prevención primaria, indicar e interpretar estudios de laboratorio, indicar e interpretar estudios de gabinete, integrar diagnóstico presuncional, integrar diagnóstico etiológico, integrar diagnóstico definitivo, integrar diagnóstico de complicaciones, explicar en términos fisiopatológicos los procesos morbosos, instaurar tratamiento médico inicial y urgente, instaurar

tratamiento médico definitivo, instaurar tratamiento quirúrgico definitivo, manejar riesgos de tratamiento.

3) En seguimiento de egresados, se indagaron 3 rubros: opinión sobre la formación recibida; satisfacción, aspiraciones y perspectivas de desarrollo profesional y situación ocupacional. En un cuestionario de 51 preguntas aplicadas individualmente de noviembre de 1982 a febrero de 1983, logrando encuestar al 96% de egresados del plan modular y al 92% de los egresados del plan por asignaturas. Con las siguientes conclusiones:

a) Respecto a la calidad de la enseñanza recibida tanto en disciplinas básicas como en servicios de consulta externa, la estructura del plan modular tiene mayor congruencia.

b) En cuanto a la enseñanza clínica en servicios de consulta externa, se encontró 27% de respuestas favorables en el plan modular contra 2.8 % en el plan por asignaturas

c) Los egresados del plan por asignaturas refirieron un alto valor formativo al internado de pregrado, lo que reforzó su incorporación al plan modular.

d) Los egresados del plan modular mostraron mayor grado de adaptación a las exigencias del servicio social que los del plan tradicional

e) El 18.4% de los egresados del plan modular se manifestaron satisfechos con el plan en contraste con el 8.6% de los egresados del plan tradicional, lo que infiere congruencia y vigencia del plan modular

f) El 98.6% de egresados plan tradicional y el 90% del plan modular, demandaron ingreso a especialidad, siendo aceptados el 26% del plan por asignaturas contra 28% del plan modular. Y de los que aprobaron el examen a residencia, el 83% de los egresados del plan tradicional eligieron especialidades clásicas y solo el 16% medicina familiar. Mientras los egresados del plan modular se incorporaron en un 38.5% a especialidades clásicas y 61.5% a la especialidad de medicina familiar, por lo que su orientación es ejercer en servicios de primer nivel de atención.

g) En situación ocupacional, el 98.3% de los egresados del plan por asignaturas ejercían en el medio urbano y 2.6% en rural, en contraste con los egresados del

plan modular que ejercen el 87.4% y el 12.6 % respectivamente. Por lo que el plan modular contribuye a una mayor extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Esta tesis reúne la opinión de egresados del plan modular 10 años después, para valorar esa percepción de congruencia externa e interna que menciona el plan de estudios y se encuentran resultados similares que se presentarán posteriormente.

Por otra parte, en el capítulo de *perfil del egresado* el plan de estudios considera la formación de un médico general capaz de integrar conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos de las diversas áreas que integran el saber de la profesión, que lo capaciten para la atención de la salud individual, familiar y comunitaria elaborando programas de prevención, curación y rehabilitación.

Se describen los objetivos generales del plan de estudios la carrera de médico cirujano de la FES-Z:

- Formar un profesional de la medicina socialmente útil, promoviendo al mismo tiempo el pleno desarrollo de sus potencialidades.
- Conjuguar la capacitación para el trabajo (instrucción) con la formación de la conciencia (educación). procurando que el egresado, en cuanto profesionista, promueva la realización de los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina; y en cuanto ciudadano, se comprometa con las necesidades del desarrollo social.
- Lograr una formación profesionalizante para la práctica de la medicina general y formación preparatoria para el ejercicio de las demás especialidades médicas.
- Capacitar al médico general no sólo para realizar funciones de servicio sino también de docencia e investigación.
- Formar al médico general como profesional de primer contacto encargado de aplicar medidas de prevención primaria secundaria y terciaria, orientada al control de enfermedades más frecuentes del país, que contribuya a la

preservación y restauración del estado de salud de individuos, familiar y comunidades.

- Preparar al médico para coordinar tanto sus tareas dentro de equipos de salud multidisciplinarios como las acciones de estos equipos con las que realizan otros sectores para elevar el nivel de bienestar de la población.

La mayoría de estos objetivos están en relación con las actividades de TCSC que se realizan desde el primer año de la carrera, como se presenta en la investigación realizada para esta tesis.

El plan de estudios en el mismo capítulo de perfil del egresado define como *funciones profesionales* sustantivas las siguientes:

1. Planificar programas de atención a la salud en unidades aplicativas (individuo, familia y comunidad).
  - 1.1. Identificar necesidades y prioridades de salud
  - 1.2. Elaborar programas de atención médica
  - 1.3. Integrarse a equipos de salud
2. Aplicar medidas de prevención primaria.
  - 2.1. Aplicar medidas de promoción de salud y de protección específica
  - 2.2. Realizar estudios epidemiológicos y referirlos a la instancia respectiva
3. Integrar diagnósticos.
  - 3.1. Distinguir normalidad y anormalidad en las áreas bio-psico-sociales
  - 3.2. Elaborar diagnósticos integrales de individuos, familias y comunidades considerando:
    - 3.2.1. Diagnóstico nosológico
    - 3.2.2. Diagnóstico etiológico
    - 3.2.3. Diagnóstico clínico (con apoyo de estudios de laboratorio y gabinete)
    - 3.2.4. Diagnósticos alternativos (apoyándose en otros especialistas)
  - 3.3. Ubicar el diagnóstico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades
4. Elaborar certificaciones médicas sobre los rubros siguientes:

- 4.1. Salud
- 4.2. Incapacidad
- 4.3. Defunción
- 4.4. Lesiones
5. Elaborar plan de tratamiento médico, considerando:
  - 5.1. Contexto sociocultural del paciente
  - 5.2. Disponibilidad de recursos médicos
  - 5.3. Valores éticos de la profesión
  - 5.4. Esquemas de referencia y contrarreferencia
  - 5.5. Cuidadosa prescripción de medicamentos
  - 5.6. Medidas básicas de rehabilitación
  - 5.7. Procedimientos médico-quirúrgicos de la competencia del médico general
6. Mantener hábitos de estudio y procurar actividades de actualización profesional. Analizar críticamente las publicaciones científicas
7. Utilizar los procedimientos didácticos en la educación para la salud, en el desarrollo de la comunidad y en la capacitación de otros integrantes del equipo de salud.
8. Aplicar el método científico en la investigación biomédica, psicomédica y sociomédica.

Se enlistaron estas funciones que también se relacionan con TCSC ya que los alumnos ponen en práctica desde le primer año la mayoría de ellas como se describe en el programa que a continuación se presenta.

#### **1.4 Fundamentos del programa de Epidemiología y del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria**

Revisando los fundamentos para la formación de la FES-Z con un modelo de enseñanza innovador y los fundamentos del plan de estudios de la carrera de médico cirujano, encontramos siempre presente la función social de la educación en salud que se imparte en esta institución. El objetivo de formar recursos

humanos para la salud que respondan a las necesidades del país implica que el alumno conozca la situación de salud del mismo, es necesario acercarlo al conocimiento de la Salud Pública y de la Epidemiología, a su historia, métodos, técnicas e instrumentos que le permitan comprender la distribución y los determinantes del proceso salud-enfermedad en comunidades para instrumentar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prolongar la vida con calidad.

El plan de estudios de la carrera de médico cirujano contempla impartir Epidemiología y Salud Pública en todos los módulos de los dos primeros años de la carrera con objetivos teóricos y prácticos en los programas de Epidemiología, cuyas actividades tienen un gran peso en créditos y llegan a sumar 50 de los 200 créditos obtenidos al término del segundo año y una quinta parte del total que otorga la licenciatura. Los escenarios en los que se desarrollan los programas de epidemiología son las clínicas multidisciplinarias de la FES-Z y las zonas aledañas a las mismas.

Ya se mencionó que el programa de Epidemiología del primer año de la carrera de Médico Cirujano tiene objetivos específicos para cada una de las tres actividades que integra: teoría, trabajo de campo en salud comunitaria y seminario. Para desarrollar estos objetivos cuenta con 9 horas cada semana y durante 40 semanas, destinando 2 horas para teoría, 5 horas para trabajo de campo en salud comunitaria y 2 horas para seminario. Este programa ha sufrido varias modificaciones con el fin de actualizar contenidos y actividades a los cambios epidemiológicos del país, así como a los cambios históricos, conceptuales y operativos de la Salud Pública, que a su vez corresponden a condiciones políticas, sociales y culturales específicas. Basta recordar que las épocas de crisis en salud mundial han generado cambios en propuestas y estrategias mundiales para mejorar la salud. Dos son fundamentales: la primera de 1978 en Alma Atta, Rusia donde la estrategia de Atención Primaria a la Salud pretendía alcanzar “Salud para todos en el año 2000” y la segunda en 1986 en Ottawa Canadá

donde se toma a la Promoción de la Salud como estrategia para modernizar a la Salud Pública mundial con la inclusión de nuevos actores, acciones y sectores de la población.

El programa de Epidemiología del primer año de la carrera se estructura, desde un inicio, bajo la influencia de la Atención Primaria a la Salud. Así, los contenidos se relacionan con las enfermedades prioritarias del país y con los grupos más susceptibles. Se distribuyen para el primer año de la carrera en 4 módulos: La salud del hombre y su ambiente, crecimiento y desarrollo intrauterino, parto puerperio y período perinatal, crecimiento y desarrollo extrauterino. Y están relacionados principalmente con la salud materno-infantil. Durante el segundo año se revisan las principales enfermedades por aparatos y sistemas corporales, en relación con la salud del adolescente y el adulto.

Los objetivos de teoría para el primer año pueden resumirse en proporcionar a los alumnos los elementos de:

- La metodología de la investigación científica y epidemiológica,
- Bases de bioestadística para investigación en salud
- Estudio de los modelos que explican los determinantes de la salud y enfermedad
- El modelo de la historia natural de la enfermedad
- El enfoque de riesgo
- Estudio de la epidemiología de las enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes en México
- Metodología para el estudio de la nutrición en grupos poblacionales
- Elementos de la vigilancia epidemiológica
- Epidemiología de los daños a la salud ambiental
- Estudio de los determinantes de la salud materna e infantil. Riesgo materno y riesgo infantil.
- Estadísticas nacionales , estatales y locales de la situación de salud materna e infantil

- Epidemiología de las principales causas de mortalidad materna e infantil
- Epidemiología de las principales enfermedades maternas y sus medidas de prevención.
- Epidemiología de los padecimientos del neonato, infantiles, preescolares y escolares más frecuentes y sus medidas de prevención
- Estudio de la norma oficial de atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido
- Estudio de la norma oficial de atención al niño
- Programa de educación sexual y de planificación familiar

Los objetivos de las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria son generales:

- Identificar de la Salud Pública la historia, funciones, métodos, organización, intervenciones, programas nacionales de salud y sus indicadores, políticas nacionales e internacionales, proyectos y servicios de salud, estrategias de promoción de la salud y atención a la salud así como otros elementos de salud pública
- Aplicar los conocimientos de teoría epidemiológica en la elaboración del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de una zona aledaña a las clínicas multidisciplinarias (UMAI). Desarrollando la fase conceptual, de planeación, descriptiva, analítica, diagnóstica, resolutoria y de evaluación.
- Elaborar programas de intervención (en la fase resolutoria del DSC adaptan acciones de los programas nacionales a sus actividades propuestas como alternativas a los problemas de salud detectados), siguiendo la estrategia *de promoción a la salud*.
- Desarrollar diversas actividades de promoción a la salud utilizando diferentes técnicas y medios auxiliares de educación para la salud.

Existe libertad docente para cubrir estos objetivos y pueden encontrarse varias diferencias en las estrategias que se emplean en los diferentes grupos académicos para alcanzarlos.

Los objetivos de seminario giran en torno a la reflexión de contenidos sociomédicos para la comprensión del contexto histórico social de la salud y la enfermedad en México.

- Determinantes socio económicos de la salud
- Investigación interdisciplinaria
- Educación y participación social
- Teoría de grupos
- Problemas ambientales
- Alimentación en México
- Distribución social de los daños a la salud materna e infantil, respuesta social y riesgos.
- Problemas sociales en la niñez como desnutrición, maltrato, abandono, enfermedades comunes, accidentes entre otros.

Los conocimientos que adquiere el alumno y las acciones que realizan sobre Salud Pública en el Programa de Epidemiología del primer año, mantienen vigentes el fundamento para lo que fueron consideradas: acercar al alumno a la realidad del país e instrumentar acciones de promoción y prevención adecuadas a las necesidades de la población.

Todos los profesores que participamos en el área de epidemiología intentamos cubrir la totalidad del programa y los temas antes mencionados, ya que la coordinación de la carrera realiza una evaluación modular al término de cada módulo. Pero además, cada tema es importante para la formación médica por lo que los profesores titulares estamos atentos a su desarrollo, aportando diferente bibliografía y estrategias para alcanzar los objetivos.

Un elemento fundamental de las actividades de TCSC es la elaboración del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) y el programa de intervención que resulta de éste. El DSC es el documento que expresa la capacidad de investigación y análisis de los alumnos sobre la problemática de salud nacional,

estatal y local, así como el esfuerzo que realizan por servir a la comunidad que investigan, se define como el juicio que elabora el alumno sobre las condiciones del proceso salud enfermedad después de realizar el análisis cualitativo y cuantitativo de la información producto del proceso de investigación. El listado de problemas del DSC es priorizado y utilizado para justificar acciones de intervención en las comunidades. Por esta razón, el proyecto del capítulo 5 insiste mucho en medir los avances, revisar cada componente y evaluar el DSC como producto del aprendizaje.

## CAPÍTULO II

### Marco teórico sobre formación Integral

Es frecuente escuchar la palabra formación integral como una consecuencia lógica y fácilmente alcanzable al término de un programa ofrecido por una institución educativa. Sin embargo, no se describen los mecanismos para llegar a ella, se espera que el alumno integre por sí solo el aprendizaje como un “todo” y sea capaz de utilizarlo sistemáticamente en cualquier aspecto de su vida, lo que no sucederá si no lo guiamos adecuadamente. Para aproximarse a la formación integral hay que revisar el contexto histórico, procesos sociales y culturales a los que se enfrentan los jóvenes actualmente como determinantes de su desarrollo cognitivo y su formación humanista. La filosofía desde la postura del humanismo y la teoría del aprendizaje tienen su encuentro en la pedagogía, donde convergen con las otras ciencias de la educación, en éste caso para a la formación de un futuro médico, cuya educación además, será evaluada constantemente a lo largo de su vida profesional y en todos los ámbitos de su competencia.

La FES-Z al incluir en el currículum actividades como TCSC, busca formar humanismo en los alumnos a través de la reflexión al contacto con la realidad, sin embargo no presenta la fundamentación teórica para el proceso de aprendizaje de esa realidad. Por lo que intentaremos describir algunos elementos que pueden ayudar a explicar el proceso. Primero revisaremos el concepto de formación y luego las teorías que fundamentan la formación integral. También se aborda el desarrollo de competencias porque se exige que el quehacer médico sea certificado y de calidad.

#### **2.1 El concepto de formación integral**

Platón fue el primero en exponer el concepto y la necesidad de una formación integral, después de analizar los tres perfiles de acción educativa contemporánea

y reconocer que no respondían a las circunstancias y exigencias de los jóvenes, por ejemplo: 1) Los seguidores de Sócrates formaban políticos, desarrollando la gramática, la retórica y la dialéctica;

2) Los contemporáneos de Hipías incluían la enseñanza matemática en la formación de técnicos o artesanos politécnicos.

3) Protágoras y seguidores de la filosofía platónica, hacían énfasis en formar educandos con sentido ético y conciencia moral.

Platón se pronunciaba a favor del perfil de profesional con tendencia politécnica, “porque una técnica ejercida por separado tropieza por el hecho mismo de su especialización”. Pero también resaltaba la necesidad de una propedéutica del conocimiento del bien, “porque no se pueden formar solo técnicos sin alma ni políticos sin escrúpulos que lucran hasta con la enseñanza”. Su filosofía educativa la dirigía a: “los amantes del amor, la sabiduría y la verdad, quienes asumiendo una reflexión teórica debían ir siempre a la práctica, explotando el lenguaje con todos sus recursos, lo que equivale a obtener un equipo general de la inteligencia para las buenas relaciones sociales, como la base de una educación general”.

Esta filosofía de la educación se ve reflejada en el siglo XVI en las escuelas barrocas, tanto católicas como protestantes donde la unidad fundamental hasta la instrucción secundaria, eran cinco clases básicas: retórica, humanidades y tres de gramática. Sólo después de esto, los jóvenes estarían aptos para recibir en las universidades, las carreras liberales, los conocimientos científicos y técnicos destinados al perfeccionamiento de su educación integral (Château, 1982).

Pero la educación integral no encuentra un denominador común entre los diferentes especialistas, la tarea integradora cambia conforme a la demanda social y para los distintos autores con análisis diversos sobre la escuela, sus objetivos y alternativas. Han surgido tantos modelos educativos como conceptos de persona y sociedad existen. Aún definiendo *la formación integral del individuo como el desarrollo de éste en todos sus aspectos*, inevitablemente estaremos eligiendo unos valores y unas costumbres en oposición de otras.

Algunos ejemplos de estas diferentes formas de comprender la integridad, los encontramos en los discursos publicitarios de muchas las universidades que presentan entre sus objetivos la formación integral de sus estudiantes, pero eso no se refleja en las actividades que desarrollan:

- La Universidad de Monterrey cuenta con un programa de Formación Integral, el cual incluye actividades artísticas, deportivas, sociales y de liderazgo, para que canalice sus habilidades, experimente el trabajo en equipo y el servicio a los demás... El tutor acompañan a sus alumnos en la adecuada toma de decisiones que les permitan desarrollarse de manera completa y equilibrada:
- Universidad para la Cooperación Internacional. UCI busca fomentar la capacidad del profesional de interpretar de forma integral los procesos económicos, sociales y culturales.
- El Centro de Estudio y Formación Integral de la Mujer CEFIM tiene como propósito ofrecer a las mujeres un apoyo de información, orientación y capacitación, que permita mejorar el desempeño profesional y humano en nuestro entorno y contribuir a contrarrestar las tendencias de un mundo globalizado que degradan la imagen femenina.
- Universidad Iberoamericana. UIB sus cursos de formación Integral son espacios grupales para la formación de académicos donde se abordan temáticas diversas que confluyen en un punto de interés común: el mejoramiento del trabajo docente como medio para mejorar la calidad de los aprendizajes.
- En la Salle las actividades de formación integral incluyen deportes, difusión cultural, solidaridad universitaria, comité de salud, humanidades, pastoral y seguridad estudiantil.
- La Universidad del Valle de México. UVM promueve Educación Integral del estudiante con: programas de estudio con un enfoque ético-cultural, asignaturas sobre valores que se imparten en todas las Licenciaturas y

trabaja en organizaciones públicas y privadas a favor del desarrollo integral del ser humano y el tema de los Valores Éticos

- Para el Tecnológico de Monterrey: Las habilidades académicas y profesionales desarrolladas en universidades del extranjero, complementarias a la formación integral del estudiante del Tecnológico de Monterrey, son cada vez mejor valoradas en el mercado laboral de la actualidad. Empresas públicas y privadas buscan a profesionistas con experiencia internacional para responder a las demandas de un mundo globalizado e interconectado por los sistemas de comunicación digital.
- Para escuelas católicas como La Universidad de Santa María La Antigua. Educación Integral se entendía desde la concepción cristiana católica, armonía entre Dios, el hombre y el cosmos. Formación profesional con conciencia cívica, humanismo, actitud ética y preocupación por el bienestar de los demás. Se trata de toda la persona y no solo el intelecto. Incluyendo acciones extracurriculares.
- La misma FES–Zaragoza ofrece para todas las carrera actividades de formación integral a través de cinco departamentos: Lenguas extranjeras, Actividades deportivas, Actividades culturales, Orientación educativa y Autocuidado y pronto estará el programa de Habilidades para una mejor calidad de vida con enfoque en la autoestima. Pero no es la formación a la que me refiero en esta tesis, las propuestas siguen siendo fragmentadas para desarrollar habilidades o destrezas en áreas concretas del aprendizaje.

Podría seguir con la lista pero, ¿Qué pasa realmente con el carácter integral del sujeto en formación? ¿La calidad del sistema educativo esta garantizando ciudadanos que desarrollan el espíritu para ser buenos servidores públicos, que reflejen esa integridad durante su trabajo intelectual, humano, social y profesional? Los casos de las universidades revisadas como promotoras del la formación integral, no cuentan con los elementos para cumplir con el objetivo, no se instrumentan los medios para verificar que el alumno desarrolle o exprese todas

sus potencialidades; las actividades culturales son de tipo voluntario, quedando en ocasiones sólo en el discurso y el tipo de servicio a la comunidad son donativos o información específica fragmentada. Recordemos que la palabra educación proviene de las raíces latinas: *ex*, que significa hacia fuera y *ducere*, que significa conducir, dirigir. Así, educar es conducir hacia fuera, esto es, acompañar el proceso mediante el cual cada persona saca lo mejor de sí mismo, realiza sus capacidades, actualiza sus talentos, expresa el desarrollo de sus potencialidades. Sin embargo, la práctica educativa común sigue siendo en sentido contrario, persiste llenando de información a quien intenta aprender. Lo que ya había descrito Paulo Freire (1962) como educación bancaria. ¿Por qué seguir en esa la práctica? si el autor describió también el método para desarrollar el espíritu crítico y la reflexión como acciones hacia la libertad del educando. O Incluso en el abuso de la palabra libertad, se puede caer en el caso contrario: “el dejar ser”, tratando de romper los modelos de poder de la sociedad, en el cual los padres y maestros “apoyan” con un sentido paternalista a las nuevas generaciones; lo que va aumentado es la dependencia y la incapacidad para que el joven resuelva sus problemas, aumenta la apatía, la rebeldía y hasta con falta de respeto se vuelven liberales, prepotentes “príncipes o princesas” carentes de valores, casi como se describe en los modelos psicológicos permisivos de la interacción familiar.

Tal vez al recibir en el primer año a jóvenes universitarios, esperaríamos que vinieran formados en la pansofía que proponía Juan Amós Comenio (1957): “como la sabiduría universal o un resumen de los conocimientos universales llevados metódicamente a sus más esenciales principios, como un todo coherente...” Guiados por la didáctica magna de la práctica a la crítica y al juicio. Comenio buscaba en su discurso llevar a los alumnos a no preguntar nada sin reflexionar, no creer nada sin pensar, no hacer nada sin juzgar, pero hacer lo que es bueno, verdadero y útil, con libertad y *gozo de vivir*, la dicha como el fin de la educación. La clave de su didáctica llamada la dirección de los sentidos, era enseñar todas las cosas prácticamente: “para hablar hablando, a escribir escribiendo, a razonar razonando”. No llenar el espíritu del discípulo con nociones

hechas, sino desarrollar su inteligencia, su raciocinio y su juicio para “hacerlo pensar por sí mismo”. Realizar investigación mediante el manejo de aparatos, las visitas a los talleres, a las fábricas y las excursiones al campo. Decía el autor: “Lo que se enseñe debe ser útil para la vida”.

Esta idea de “individuo universal”, formado desde la escuela primaria con juicios y valores útiles para la vida y la sociedad, sería un gran actor de la promoción a la salud ya que la aplicación de su conocimiento universal sobre el autocuidado de la salud como un medio para disfrutar de la vida lo llevaría a conductas sanas. La sociedad en general se organizaría bajo valores de bienestar general. Este también es otro punto de apoyo a la tesis de dirigir la formación en salud desde los primeros años de la vida escolar, es más fácil incidir en los niños que en los adultos llenos de conductas negativas para el autocuidado, por ejemplo: ¿cómo se pueden bajar los cien kilogramos de peso corporal de una mujer de 60 años, que se queja y no quiere seguir las “dietas de hambre”, tiene dañadas las rodillas por el sobrepeso y su actitud es plenamente sedentaria (lo que le impide incluso caminar), la presión arterial, los niveles de glucosa y grasa están por lo cielos?, pero se sienta a exigir “la píldora maravillosa para recuperar la salud” o de lo contrario ella y su familia te demandarán si tiene complicaciones.

Regresando a los conceptos de formación que se presentan en varios planes de estudio, como se mencionó antes, el concepto de “formación integral” también se hila con el concepto de lograr el “éxito en la vida” y no precisamente para “la felicidad” del individuo como buscaba Comenio. Por lo general, la educación está reproduciendo los modelos de poder de la sociedad y el ámbito médico no es la excepción, el alumno puede ver en la especialización un peldaño al poder, en ocasiones más del género económico que del *saber hacer*. Presentando desprecio por la medicina general, familiar o comunitaria para él sólo se tratará de un trampolín hacia la meta de la superespecialización, dejando a un lado los valores básicos en busca de tal “éxito económico”. Parece una queja común entre la sociedad: “*los jóvenes han perdido los valores*”, cuando en realidad lo que sucede

es que han modificado su escala en este caos económico que los orilla a ser egoístas, vivir en rivalidad y ser poco perseverantes. ¿Qué podemos hacer desde la pedagogía para formarlos integralmente y con alto valor de lo humano?

Surgen ante esta pregunta varios paradigmas: El común llamado *Desarrollo Humano* y legitimado por la ONU, tiene una visión *centrada en el individuo*: como único e irrepetible, perfectible, trascendente, capaz de integrar armónicamente los valores humanos, el *aprendizaje significativo* y el uso de *nuevas estrategias educativas*. Utiliza el *concepto de la esencia del ser humano* en una unidad dinámica de naturaleza biológica, psíquica, social y *espiritual* que llega y se integra por sí solo y armónicamente con los demás. En cambio el *paradigma Sociocultural* propuesto por Vigotsky en 1926 (resurgió de la censura de planteamiento marxista después de la guerra rusa), afirma que *las relaciones sociales determinan el desarrollo desde el momento mismo del nacimiento y en el proceso a lo largo de la vida*, dependiendo de la calidad de las zonas de desarrollo próximo que forme con los demás. Vigotsky desde la psicología social, define el desarrollo humano como un proceso de internalización de la cultura que va transformando cualitativamente al sujeto, en interacción con su contexto sociocultural, para realizar operaciones cada vez más complejas y participando con los otros en prácticas socioculturalmente construidas reconstruye el mundo social en que vive; conforme avanza el desarrollo cultural se constituyen progresivamente las funciones psicológicas superiores y la conciencia. Ambos paradigmas trataré de explicarlos en breve, aclarando que el proyecto se apoya en el paradigma sociocultural de Vigotsky y se describe en el apartado de teorías sobre formación.

El 4 de dic de 1986 la ONU da proyección mundial al *paradigma de Desarrollo Humano Integral* sobre el cual, Márquez (1999) refiere sus inicios en 1948, después de la crisis a la segunda guerra mundial pero, fue retomado hasta la Reunión de Roma en 1972: *“como el proceso que experimentaba una sociedad para conseguir el bienestar de la población, relacionándose en forma armónica con el entorno natural, consiguiendo así satisfacer las necesidades materiales y*

*establecer las bases para que todo individuo pueda desplegar su potencial humano*". "El desarrollo de todo" implica lo cualitativo de la condición humana: *cultural, valores, medio natural, relaciones sociales, educación, producción, consumo y bienestar*. Sin embargo, explica el autor, se desvió el camino hacia la tesis de *desarrollo a través de la satisfacción de necesidades básicas, de erradicación de la pobreza, con apoyo mundial*. Nuevamente la crisis económica de 1980 a 1986 en los países subdesarrollados empeoró las condiciones de los pobres y la UNICEF retoma la necesidad de la dimensión humana. La CEPAL de la equidad social. Hasta la Declaración por la ONU 1986 sobre el Derecho al Desarrollo como: "un proceso global, económico, social, cultural y político que tiende al mejoramiento constante de toda la población y de todos los individuos". En 1990 la UNESCO toma esta definición como modelo de concepción de desarrollo e implementa el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) agregando ampliar las oportunidades del hombre: "El desarrollo humano se concibe no sólo como el ingreso y el crecimiento económico, sino que engloba también el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana destacando la importancia de poner a la gente (sus necesidades, aspiraciones y opciones) en el centro de las actividades de desarrollo"... "oportunidades en distintas esferas: ingreso, conocimiento, vida prolongada, libertad, seguridad personal, participación comunitaria y derechos fundamentales"... "llevar una vida productiva y creativa conforme a sus necesidades, intereses y riqueza espiritual".

En las cumbres mundiales sobre desarrollo se ha retomado este paradigma adaptándolo a las necesidades internacionales y se construyó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que abre un abanico de indicadores al combinar las variables y certificar la integridad del desarrollo en equidad, sustentabilidad, productividad, potenciación, cooperación y seguridad, situaciones que por el momento no tocaremos y se invita acudir a tan interesante fuente de Márquez y a PNUD en México

El docente que contribuye a formar integralmente a médicos, debe informarse de todas estas reformas estructurales en México y el mundo. Este paradigma es el que está en relación con el *desarrollo de competencias* y normas que rigen para insertarse adecuadamente al mercado laboral. Pero si bien es cierto, que en la FES-Z el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano señala: formar médicos que respondan a las reformas en salud, la implementación de los modelos integrados y la organización de los servicios de atención a la salud con un ejercicio eficiente de la profesión. También especifica que: *“... es necesario educar, es decir, formar la conciencia de acuerdo a los más altos valores científicos y humanísticos de la profesión. Esto implica considerar al médico como un ciudadano y promover la formación de una conciencia comprometida con las necesidades del desarrollo social. Formación integral incluye tanto la preparación de un profesional socialmente útil, como la promoción del pleno desarrollo de las potencialidades del educando”* (Plan de Estudios, 1989). Tenemos así, que vincular la teoría filosófica del humanismo con la teoría psicológica del desarrollo humano, de tal manera que logremos reflexionar en el ámbito educativo sobre el proceso salud- enfermedad como determinante social y formar al mismo tiempo profesionistas con el perfil determinado. No es que se mezclen corrientes, la formación médica es compleja en los tiempos actuales y ante los procesos de certificación internacional: a los médicos se les pide formación humanista, pero se les califica competencia profesional, se pide formación de la conciencia y se califica bajo normas. La nueva tendencia a modificar el plan de estudios Zaragoza y basarlo en competencias, en donde el humanismo solo figurará como una competencia más de una larga lista resulta un riesgo. Y como institución formadora de recursos humanos, debe evitar basarse en teorías que fragmenten el conocimiento, promoviendo la individualidad, dejando a un lado la formación integral de los alumnos.

En el siguiente apartado fundamentamos el apoyo el Vigotsky desde la teoría psicológica sociocultural y de Gadamer desde la filosofía para tratar de comprender la formación integral de los alumnos en FES-Z.

## 2.2 Teorías sobre formación

Desde la pedagogía la formación es el fin de la educación, es alcanzar la perfección. Pero reconocemos que la educación escolarizada tiene límites de tiempo, espacio y circunstancia para incidir en la formación, en nuestro caso por ejemplo: el promedio de edad de los alumnos al ingreso de licenciatura es 18 años y aún quedan muchos aspectos de su vida por formar, la experiencia universitaria no los hace adultos ni tampoco debe quitarles la dicha de vivir su aún adolescencia, están en la búsqueda de la identidad y requieren más apoyo que “castigo” con bajas calificaciones. Aduciendo lo que decía John Dewey (1950) nos estamos “preocupando más por la vida futura, que por vivir rica y plenamente la de hoy”. La formación del médico igualmente no debe ser dolorosa, para un joven del siglo XXI que está viviendo cada vez más momentos de angustia y depresión, debemos ser cuidadosos, podríamos estar en riesgo de fomentar rencor, trauma, frustración que se refleje en personas negativas, diremos sólo antisociales, que se expresen con maltrato a sus pacientes.

Desde la visión psicológica del ruso Vigotsky (1970), se explica el aprendizaje y el desarrollo como una asociación indisoluble desde el momento mismo del nacimiento, enfatizando el importante papel que desempeña el aprendizaje como catalizador e impulsor de los procesos evolutivos. Así, por ejemplo, refiere *la ley de doble formación*: “en el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero a nivel social (interpsicológica) y luego a nivel individual o interior (intrapsicológica)” (Hernández, 2002). Esta ley puede considerarse en el alumno de medicina cuando se pone en contacto directo con los problemas de salud y su análisis en lo social, tal aprendizaje tomará mayor fuerza en su interior cuando intenta intervenciones.

Otro elemento muy importante de la teoría de Vigotsky se refiere a: “...el buen aprendizaje sociocultural precede al desarrollo y contribuye de un modo determinante a potenciarlo, el desarrollo sigue su trayectoria de afuera hacia

adentro según el grado de internalización de la cultura, y esto es posible por la creación de las *zonas de desarrollo próximo* (ZDP)". Una gran parte de alumnos de la FES-Z provienen de áreas geográficas cercanas a las mismas en las que desempeñan su promoción a la salud, por lo que su patrón cultural no es ajeno a esa realidad; tienen ZDP familiares que determinan su desarrollo, pero además establece otras ZDP en la escuela y la comunidad que modifican o aumentan su desarrollo y su aprendizaje. El autor sigue: "El desarrollo potencial es así, dependiente de los contextos extracurriculares y de la educación formal. Esta última debe entonces, estar dirigida en su diseño y en su concepción a promover el desarrollo de funciones psicológicas superiores que se expresan con el uso funcional, reflexivo, conciente, descontextualizado de instrumentos y tecnologías de mediación sociocultural para apropiarse del conocimiento de aquello que se considera valioso".

Vigotsky con respecto a lo anterior distingue dos líneas de desarrollo: la natural y la cultural. El proceso natural desarrolla las funciones inferiores que son comunes a los animales y al hombre, en cambio, el proceso de mediación cultural a través de actividades mediatizadas por instrumentos (especialmente el lenguaje y el trabajo) en prácticas colectivas, originan las funciones psicológicas superiores que son específicamente humanas. Por ejemplo la memoria puede ser primaria e involuntaria (simple memoria sensorial) determinada biológicamente o una memoria voluntaria que puede ser regulada usando la conciencia y utilizando signos o mediadores aprendidos en el contexto escolar gracias a la influencia o inducción de otros que saben más (uso de mneumotécnicas y estrategias específicas). Aquí es donde se plasma la función de la práctica cultural guiada por un docente eficiente, responsable, que favorezca la reflexión y la conciencia de sus educandos en la práctica educativa llamada TCSC.

Otro punto de análisis es: "Si el desarrollo humano se entiende, como un proceso dialéctico de internalización de la cultura provista por un contexto histórico determinado, entonces el conocimiento tiene su origen en la interacción dialéctica

entre el sujeto cognoscente y el objeto en ese contexto histórico del que forma parte el sujeto y que lo determina” .El alumno debe enfrentarse a la interacción dialéctica sujeto-sujeto (sujeto como objeto de estudio) en una realidad o contexto histórico y cultural que determina el desarrollo psicológico propio y de los demás, porque es el mismo que determina el proceso salud y enfermedad. Y en la medida que los alumnos tratan de explicar en un lenguaje sencillo los procesos de salud y enfermedad a la comunidad, van desarrollando conciencia de la realidad y realmente se van transformando en su carácter social como lo señala el autor: “El lenguaje se usa primero con fines comunicativos sociales para influir en los demás y para comprender la realidad circundante, luego se utiliza para influir en uno mismo a través de su internalización (lenguaje interno y pensamiento verbal)”.

Vigotsky señala que, el desarrollo genera una serie de transformaciones cualitativas asociadas con cambios en el uso de los instrumentos de mediación y está en relación directa con *la conciencia* como elemento organizador e integrador de los procesos psicológicos, pero con la intervención de lo histórico-cultural, en particular del lenguaje. La conciencia ocupa el lugar supremo en la jerarquía de lo psicológico por arriba de la afectividad o el intelecto, porque de ella depende la reconstrucción dialéctica sujeto-objeto y la transformación recíproca. Con el desarrollo de la conciencia del alumno, es posible hacer conciencia hacia los demás.

Por último tomar en cuenta lo que el autor refiere acerca de: “Los procesos educativos son posibles gracias a los otros miembros sociales más capaces, cuya ayuda y participación son imprescindibles, puesto que en su ausencia se haría muy difícil la apropiación de los instrumentos y saberes por parte de los educandos”. En el TCSC hay actores sociales además de los profesores que son capaces de participar positivamente en el aprendizaje de los alumnos.

Para Vigotsky el desarrollo depende de los procesos de aprendizaje *con la ayuda* de otras personas más que por sí solos. Su concepto de “zona de desarrollo

próximo como la distancia que media entre el nivel real de desarrollo de un sujeto, determinado por su capacidad de resolver independientemente un problema y su nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la solución real de un problema bajo *la guía* de un adulto, experto, maestro, padres, niños mayores o en la colaboración con otro compañero igual” (Hernández, 2002). Y esto se puede aplicar durante el TCSC analizando las diferentes aristas de la ZDP que forma el alumno de medicina en la enseñanza y aprendizaje del proceso salud-enfermedad.

En el alumno de medicina el grado de desarrollo alcanzado favorece la reconstrucción de otros saberes, entremezclando los procesos de construcción personal y en colaboración con los otros, en donde la afectividad, las condiciones económicas y culturales juegan un papel fundamental. Reconstruye con conciencia, en una interacción dialéctica sujeto-sujeto y de transformación recíproca.

TCSC es por lo tanto una estrategia pedagógica como la recomiendan los vigotskyanos en donde el profesor es el encargado de mediar la situación de encuentro entre el alumno, la comunidad y los contenidos socioculturales que forman parte del currículo escolar, vigila las ZDP que se forman y va guiando el proceso con sensibilidad a partir de una evaluación formativa constante que le permita ubicar el nivel de desempeño, responsabilidad o grado de dominio del conocimiento alcanzado paulatinamente por los alumnos. Al mismo tiempo esta práctica sociocultural de TCSC propicia que los estudiantes de medicina formen zona de desarrollo próximo en otras direcciones, con maestros, padres de familia y niños de primaria a los que debe enseñar sobre la salud respetando su contexto histórico social. Se forma así, el aprendizaje científico en el que se constituyen progresivamente las funciones profesionales, junto con el desarrollo de la conciencia social y afectiva al enfrentarse con problemas reales.

Además de todo lo anterior, TCSC ejercita habilidades y destrezas para el desarrollo de sus actividades de promoción en equipo y el alumno evalúa con criterios de desempeño sus propios logros (sabiéndose a su vez evaluado por la comunidad), ubica su práctica como valiosa y la repetirá o utilizará posteriormente para la profesión y la vida. La evaluación de sus logros bajo una reflexión constante favorece la formación humanística del joven y lo lleva a un desarrollo interior que Humboldt (1830) llamó "espiritualidad". Gadamer (1996) influido por este filósofo alemán define: "*formación humana es convertirse en un ser espiritual general y que cada vez que adquiere una habilidad especial, gana con ello el sentido de sí mismo; es el propio sujeto quien decide el proceso a través de la reflexión y del deseo del espíritu que dirige la búsqueda de satisfacciones*".

Desde una postura filosófica que es el humanismo, en donde se ubica Gadamer, quien nos habla sobre la formación de los individuos y en particular sobre la formación médica, existe la necesidad de reflexionar sobre el valor de la salud, ya que no solo afecta al médico en su formación y en sus intereses profesionales, sino a todo hombre que debe orientarse en la vida práctica respecto de la enfermedad y la salud (Gadamer, 1994).

A continuación cito algunos párrafos del texto El Estado Oculto de la Salud, porque con la lectura de este documento se inicia la reflexión sobre la salud en el aula, por lo general se discuten las ideas principales en un intento de profundizar esta visión humanista sobre la salud, la enfermedad y la naturaleza. Con la convicción de que el humanismo no se enseña, se experimenta en la práctica, se reflexiona para que el espíritu alcance o siga su búsqueda, según lo señala el autor. Es tema de la tesis la reflexión sobre la formación de médicos integrales más allá de lo científico, *en un sentido humanista*: en relación con el otro como sujeto-sujeto en un proceso de reflexión continua para beneficio mutuo.

Gadamer dice: "Todo hombre a lo largo de su vida, va acumulando las experiencias alarmantes de la enfermedad, por lo que va quedando claro que ¡Lo

extraño no es tanto la enfermedad, como el milagro de la salud! Por lo tanto, ¿Cómo uno debe orientarse en su vida práctica respecto de la enfermedad y la salud? La experiencia de la salud y la enfermedad no debe asomarse sólo a la ciencia, sino a la problemática en general. Hay diferencias entre: *la medicina científica y el verdadero arte de curar*, diferencia entre el *conocimiento y la aplicación del mismo*, el primero se puede aprender, pero el segundo sólo puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento, por lo que va madurando con lentitud”. (Desde esta perspectiva se rescata la reflexión y el valor de la salud como elementos básicos del arte de curar).

“El hombre vive en un medio cada vez más modificado por la ciencia -un medio al que apenas se atreve a llamar naturaleza- y, por otra parte, en una sociedad modelada por la cultura científica de la Edad Moderna, a la cual debe acumularse. Hay millares de prescripciones y de reglamentos que hablan de la burocratización de la vida. ¿Cómo no perder el coraje para modelar la propia vida? ¿Cómo lograr *calidad de vida*? Lo cierto es que cada uno debe “llevar” su propia vida y debe preguntarse cómo hacerlo”. (Se reflexiona sobre el autocuidado, la satisfacción y las aspiraciones).

En la ciencia de la medicina, “*la enfermedad es la que aflora como lo perturbante, lo peligroso, aquello con lo cual hay que acabar y se busca el dominio de los fenómenos sobre la enfermedad*”. (Promover la salud más que atender la enfermedad como se hacía en la práctica curativa).

“Nadie desea ser paciente, pero hay un retroceso en el cuidado general por la salud, en la búsqueda de la “*totalidad*” del conocimiento, tenemos separación del objeto de estudio desde las diferentes especialidades y para abordar el problema se busca la interdisciplina”. (En este punto se reflexiona sobre la atención integral a la salud desde la etapa de riesgo en contraste con la fragmentación del individuo por los especialistas y el papel del médico familiar en la intersección interdisciplinaria).

“Presentar un tipo de enfermedad se denomina “caso”, derivado del azar en el juego de la vida. La enfermedad constituye así una casualidad, lo llamativo y no así la salud. La salud no llama la atención por sí misma, permanece en lo oculto y tiene valores estándar diferentes en cada cultura”. (Estigmatización de los pacientes como el diabético, el hipertenso, el caso X. Y la falta de atención a los sanos).

“La salud no puede medirse porque se trata de un estado de medida interna (en el sentido de “lo apropiado”, “lo medido”) y de coincidencia con uno mismo. Este estado no puede someterse a un tipo de control. Por eso tiene sentido preguntarle al paciente si se siente enfermo o se busca el “dolor” como señal de perturbación del equilibrio vital. Las técnicas de exploración médica buscan signos de enfermedad”. (Se reflexiona sobre lo individual y lo colectivo para medir la salud).

El paciente estará “bajo tratamiento médico”, sólo hasta que se recupere. La “terapia” viene del griego y significa servicio. Es así una forma de “saber-hacer” contra la enfermedad, “pero siempre existe la libertad del enfermo de seguir o no el tratamiento, por eso *el médico deberá inspirar confianza en su capacidad y no poner en juego la autoridad. La hazaña médica no consiste sólo en hacer algo por devolver la salud, por resolver un “caso”, es ver al individuo en su “totalidad”. Ver la salud y su horizonte de perturbaciones y amenazas. (Analizar el papel del humanismo en la atención integral u holística de la salud-enfermedad).*

“¿Qué posibilidades tenemos, entonces cuando se trata de la salud? Sin duda, el hecho de que la conciencia permanezca apartada de uno mismo se debe a la vitalidad de nuestra naturaleza, y esto explica a su vez el hecho de que la salud se mantenga oculta. Pero aunque permanezca oculta, ella se revela a través de una especie de bienestar, más aún, a través del hecho de que, a *fuerza de sentirnos bien, nos mostramos emprendedores y abiertos al conocimiento y manifestamos una suerte de olvido de nosotros mismos. Apenas si experimentamos las fatigas y los esfuerzos... eso es la salud.* Ella no consiste en una preocupación creciente

por los propios estados oscilantes ni en tragarse píldoras de desgano”. (Reflexionar esta definición de salud a partir de proponer ejemplos).

“La conversación forma parte del tratamiento médico y domina la dimensión decisiva de toda acción médica, no sólo en el caso de los psiquiatras. La conversación humaniza la relación entre dos individuos que son fundamentalmente distintos, el médico y el paciente, “todos sabemos lo difícil que es entenderse”. Resulta casi ridículo preguntar: ¿Se siente usted sano? Y se debe someter todo lo medido a un examen crítico, porque, en el caso individual, los valores estándar pueden desorientar. Una vez más “el lenguaje oral marca la dirección correcta”. (Relación médico paciente fundamental en el humanismo).

“La salud no reside justamente en “sentirse a sí mismo”, es un “ser ahí”, “estar en el mundo”, “estar con la gente”, “sentirse satisfecho” con los problemas que le plantea a uno la vida y “mantenerse activo” en ellos.

*“La salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. El metabolismo, la respiración, el sueño son algunos de los fenómenos rítmicos que brindan vitalidad, descanso y energía, y no son dominables, marchan con uno, como soporte en la vida, como inventos geniales de la naturaleza”.*

“El estado oculto de la salud es así el misterio de nuestra vitalidad. Tal es la vida y así también alcanza a rozar la muerte. *La totalidad del individuo se refiere a la unidad del ser en sí.* Una frase de Heráclito dice: “la armonía oculta es siempre más fuerte que la evidente”. “La armonía de la salud muestra su verdadera fuerza al evitar que uno se altere como lo hace ante el dolor punzante o la paralizante locura de la ebriedad”. (En su conjunto de las ideas anteriores contestar a la pregunta: ¿Para qué estar sanos?).

“Es verdad que los seres humanos, como todo ser viviente, vive defendiéndose de continuos y amenazantes ataques contra su salud (barreras naturales), pero a pesar de eso no nos mantenemos en una actitud defensiva, por preservar el equilibrio interno, el todo único de nuestra vitalidad. La naturaleza que hay en nosotros se encarga de la defensa de la salud, por lo que nunca hay que olvidar el conceder el honor a la naturaleza cuando se logra la curación”.

Lo anterior es representativo para analizar las ideas principales sobre el sentido de lo humano en la práctica médica, resalta la comunicación médico - paciente y el respeto a la individualidad. Define la salud, además de bienestar como el ritmo de la vida. Esta forma de abordar en un seminario el valor de la salud puede discutirse en forma colegiada para permitir al alumno reflexionar primero respecto a su salud y a la de sus seres próximos, después buscar los medios para explicar a su comunidad la importancia de la salud, no desde la postura médica, sino de la calidad humana. Pero por otra parte se nota en el texto la exigencia para que el tratamiento además de integral sea efectivo y aquí se integra la formación médica como una responsabilidad poco compartida entre todos los actores sociales y es otro punto por reflexionar.

En el médico nunca será válido aprender por ensayo y error. Esto explica porque no podemos tomar solo una postura teórica para la enseñanza de la medicina, la integridad del alumno exige *ser científico para no errar en el diagnóstico y tratamiento*, saber recolectar con sentido humano toda la información que se requiriera, pero siempre aplicando las normas y las técnicas instrumentales establecidas y continuamente supervisadas (como competencias) por la sociedad en todas direcciones bajo la investigación cuantitativa y cualitativa. Este esquema de supervisión es encabezado por los pacientes que utilizan con mayor libertad su derecho a demandar calidad de la atención, pero hay que reconocer que se está llegando a casos de maltrato al médico por parte del paciente y sus familiares. Se nos exige mucho más que a cualquier otro servidor público.

Existen, por lo tanto, múltiples factores que intervienen en la formación integral del médico y con su intención de servir, otro ejemplo a consideración son: las emociones que generan las relaciones sociales y que pueden interferir con el aprendizaje. Casas Fernández (2004) describe como emociones desagradables poderosas (ira, ansiedad, tensión o tristeza), desvían la atención y la concentración al grado de paralizar la actividad mental cognitiva que los científicos llaman “memoria activa” indispensable para los otros esfuerzos intelectuales. Por otra parte, la motivación positiva (el ordenamiento, los sentimientos de entusiasmo, placer y confianza) incrementan los logros. Las emociones definen así el límite de nuestra capacidad para utilizar las habilidades mentales innatas y así determinar el desempeño en la vida.

El ambiente de TCSC está lleno de sentimientos y emociones, por lo que es válido incluir estos otros elementos determinantes de la internalización del aprendizaje para comprender mejor el desempeño de cada alumno, en cada espacio académico, sin olvidar la individualidad podemos favorecer el trabajo de equipo y del grupo. Es necesario que el profesor ponga mayor empeño al observar y conversar con sus educandos, que se esfuerce por conocer su pensamiento y lenguaje, que demuestran el dominio de la materia, las aptitudes académicas para socializar el conocimiento con sus compañeros, motivación para el aprendizaje, curiosidad intelectual, capacidad de autocrítica, expresar significados precisos a conocimientos integrados, capacidad para pensar independiente, crítica y creativamente en el análisis de problemas sobre la salud que le permitan al alumno realmente transformarse. Como señala Vigotsky: ser el experto en la relación y ayuda del otro. Por eso esta tesis también aborda el estudio de las emociones durante el TCSC y el papel del docente en el manejo de las mismas. Afortunadamente el plan de estudios contempla la interdisciplina y TCSC cuenta con el apoyo de las áreas de Humanidades y Salud Mental que favorecen las relaciones sociales y ayudan al alumno en el manejo de sus emociones.

Cabe resaltar la importancia que los teóricos otorgan al educador quien debe manifestar dotes para la enseñanza, humanismo, conciencia y reflexión, buscando el aprendizaje del alumno, haciendo uso de diversos métodos activos y creativos. El educador de TCSC debe responder así a su papel y demostrar capacidad para crear zonas de desarrollo próximo que le permitan realmente educar y formar

### **2.3 Las Competencias Profesionales y la formación integral**

La carrera de médico cirujano en México, por la globalización, exige la certificación de la profesión a través de demostrar competencias, lo que nos obliga a describir el tema y explicar cómo las actividades de TCSC al alternar teoría y práctica en escenarios reales favorece transformaciones en el alumno, desarrollo de competencias para su futura vida laboral y forma hábitos que se transforman en competencias para la vida. Por ejemplo, en la práctica el alumno se enfrentará a problemas no resueltos en el aula y sabrá que la escuela no satisface todas las demandas de la profesión, que él debe realizar autodidactismo, automotivación, autogestión, autodeterminismo y autoevaluación. Así este proceso de apropiación consciente de una necesidad de conocimiento es, quizá, una de las primeras tareas de la actividad educativa reflexiva y crítica. El aprendizaje por competencias espera que el conocimiento, integrado con las habilidades, actitudes y destrezas persista toda la vida.

El termino competencia surge en el ámbito laboral y para Ducci (1997) “Competencia laboral es la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo, en una situación real de trabajo, se obtiene no sólo a través de la instrucción, sino también mediante la experiencia en situaciones concretas de trabajo”. Para Mertens (1997), la competencia se refiere a ciertos aspectos del acervo de conocimientos y habilidades: los necesarios para llegar a los resultados exigidos en una circunstancia determinada. Barrón (2000) agrega, es la capacidad real para lograr un objetivo o resultado en un contexto dado.

Herrera (1996) refiere: “La formación es el proceso que promueve el desarrollo integral de una persona al ampliar el horizonte de sus perspectivas en el análisis de los antecedentes, el contexto y el futuro en los que se ubica su actividad; de tal manera que se motiva la introyección de valores y actitudes orientados al desarrollo de la creatividad, la autonomía y la actitud propositiva”. La formación en valores requiere un marco permanente de reflexión humanística e interdisciplinaria que asegure la fusión de las ciencias y las humanidades.

La formación en competencias profesionales se enuncia como una capacidad de usar el *saber* de contenidos científicos, articulado al *saber hacer* y al *saber valorar* para tomar decisiones ante situaciones inmensurables e inciertas, tal como lo plantea Lyotard (1990) en su importante estudio sobre la legitimación científica y el saber en la condición posmoderna. Exigiendo a los educadores reactivar el valor social y el espíritu de servicio en los universitarios comprometidos con nuestra propia cultura. Esta es una visión humanista para el desarrollo de competencias y puede ser válida durante el TCSC.

La reforma estructural en educación que se inicia en México desde 1995 se articula con lo planteado por la UNESCO (1998), en cuanto a que la formación profesional en el siglo XXI demanda la consolidación de un nuevo paradigma basado en la triada: “*la imagen holística del mundo- el conocimiento holista- la personalidad holista*” que asume la formación de la personalidad integral de la educación universitaria. Tal planteamiento representa un importante esfuerzo por establecer una relación armónica del hombre con la naturaleza, por mejorar la socialización en un entorno cultural tecnologizado y por estimular el desarrollo intelectual (Herrera y Didriksson, 1999).

De acuerdo con Wolf (1995), la *Competencia Profesional* es la capacidad para realizar las tareas y actividades demandadas por la sociedad para una ocupación. Implica una exigencia social y la consiguiente aptitud del individuo para responder integralmente a ella, mediante conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes. Implica la vitalidad para el aprendizaje continuado, el trabajo en equipo y

el estudio autodirigido. Abarca la capacidad de transferir habilidades y conocimientos a nuevas situaciones dentro de un área ocupacional. Abarca la organización y la planeación de trabajo, la innovación y la capacidad de hacer frente a actividades no rutinarias. Incluye cualidades de eficiencia personal requeridas en el lugar de trabajo para tratar con los compañeros, directivos y usuarios del servicio.

Todas las definiciones exigen al individuo desarrollar varios tipos de competencias. Algunas relacionadas con las funciones profesionales para la carrera de médico cirujano y particularmente con el TCSC se describen a continuación: conceptuales, filosóficas, multidisciplinarias, metodológicas, técnicas, de planeación, personales y de innovación.

- Conceptuales: Fundamentos teóricos e históricos (construcción y organización de las estructuras conceptuales) del campo del estudio.
- Filosóficas: Teorías del conocimiento y concepción del hombre.
- Multidisciplinarias: Conceptos básicos de disciplinas vinculadas al objeto de conocimiento
- Metodológicas: Comprensión y uso crítico de fundamentos metodológicos para detectar causas, delimitar el problema, anticipar soluciones e investigar (metodología general, especializada, cuantitativa y cualitativa, organización y análisis de datos).
- Técnicas: Manejo, diseño, adecuación y selección de procedimientos e instrumentos dirigidos a la detección, anticipación e investigación (observación, análisis, diagnóstico, entrevista, inventarios, encuestas, cuestionarios, integración de datos, procedimientos de intervención, evaluación, auto evaluación, validación).
- Planeación: evaluación, organización, anticipación, diseño de estrategias y acciones prioritarias, vinculación y gestión.
- Personales: Comprensión de orígenes, desarrollo e impacto de la problemática de la salud, uso crítico de las teorías, compromiso social,

ética, liderazgo, coordinación de equipos de trabajo, comunicación, responsabilidad, juicio crítico, respeto.

- Innovación: flexibilidad, capacidad para aprender a aprender (búsqueda, selección, organización y uso crítico de la información), uso crítico de la tecnología, adaptación.
- La evaluación de las competencias debe realizarse durante la práctica y puede realizarse con base en evidencias sobre el desempeño en los siguientes aspectos, que demuestren más el dominio del método que el conocimiento mismo:
  - Observación del rendimiento en actividades académicas
  - Actuación dentro del mercado laboral
  - Elaboración de ensayos, informes de investigación, diseño de modelos y propuestas, diseño de escenarios, proyectos de trabajo, innovaciones, gestión de financiamiento y/o de información, presentación de reactivos, preguntas orales y exámenes teórico-prácticos, reporte de análisis sobre contenidos del programa, proyectos interdisciplinarios entre otros.
  - Pruebas de habilidades y escalas de actitud.
  - Elaboración de modelos de servicio.
  - Validación de indicadores para el diagnóstico de salud comunitaria y para analizar el impacto de trabajo.
  - Ejercicios de simulación (actividades predeterminadas en condiciones específicas).
  - Solución de problemas.
  - Organización de actividades culturales de carácter integral.
  - Auto evaluación

No puede atribuirse competencia hasta tener la confianza en que los candidatos sean capaces de desempeñarse consistentemente de acuerdo con las normas, o a través de campos de aplicación requeridos.

Como se ve, el aspecto central es cumplir con las normas determinadas o reglas particulares que establecen las competencias y los criterios con escala para su evaluación, mediadores y los productos que se generan de la actividad bajo criterios para medir el nivel de desempeño, habilidades y conocimiento. Y cada vez son más las normas oficiales mexicanas que debe conocer y aplicar el médico, no es posible apartarse de este paradigma ya que al área de Epidemiología se le asigna la obligación de revisar las normas y relacionarlas con las otras áreas académicas como: clínica, microbiología, bioquímica, morfofisiología, humanidades y salud mental. Todas contribuyen en la formación de competencias específicas y por tanto en la transformación del alumno, pero éste puede integrar todos sus conocimientos aplicándolos en la promoción a la salud entre los habitantes de su comunidad durante las actividades de TCSC. “En la medida en que una actividad desafía mayor desarrollo de capacidades, va aumentando las habilidades que construyen el dominio de la profesión y el desempeño para nuevo aprendizaje” Casas Fernández (2004).

La calidad de la educación siempre está ligada a la calidad de atención que otorgará el médico y al impacto real sobre la salud de la comunidad, por esto el profesionista debe contar con el máximo de desarrollo de sus potencialidades.

#### **2.4 Las competencias del docente y su formación integral**

Es importante incluir en esta tesis el tema de la formación docente y sus competencias, porque esta fundamentado su papel en el paradigma sociocultural de Vigotsky como el encargado de crear las zonas de desarrollo próximo. No se pretende agotar un problema tan amplio que persiste como crisis de formación de profesores en México, desde la educación básica a la universitaria, que se sigue investigando sin resolverlo en la realidad, porque no existe un compromiso individual que se refleje en lo colectivo para enfrentarlo. Hace falta conciencia para crear, como describe Ana Hirsh (1984): “proyectos participativos y/o seminarios de docencia teórico prácticos, en donde se promueva y profundice la reflexión y

teorización de problemas educativos, las posibilidades y los obstáculos de una formación integral, la comunicación con otros grupos de trabajo académico, los comportamientos cotidianos concretos de la docencia... consultar y reflexionar con y entre los profesores para conocer sus necesidades e intereses prioritarios.” Es necesario fortalecer la formación del profesor si deseamos que ayuden a la formación de los otros.

Las actividades de Trabajo de Campo fomentan la iniciativa y la creatividad de alumnos y profesores para implementar diversas estrategias de aprendizaje, así como para desarrollar nuevos y mejores proyectos de intervención tomando en cuenta las características, condiciones y necesidades de los diferentes grupos poblacionales. Al trabajar cada profesor con un equipo de 6 a 8 integrantes, por 5 horas a la semana y por 40 semanas, se traduce en un sistema de enseñanza casi individualizado que permitiría un conocimiento profundo de los discípulos como entre los maestros griegos. Por lo que también se debe tomar muy en cuenta el factor determinante que tiene el currículo oculto en la formación integral del alumno, éste que no figura en el plan de estudios y se define como: “conjunto de normas, actitudes, comportamientos, valores que se transmiten a través de los modelos de identificación alumno-profesor. Es imperceptible, concomitante con el aprendizaje de la materia y de lo humano” (Carpio, 1996)

La pregunta ineludible es: ¿Estamos formados para formar integralmente al alumno? ¿Cubrimos las expectativas de estos? Por esto también la tesis toca la función docente y los elementos de formación del mismo, un ejemplo simple es: cómo los avances tecnológicos y científicos nos ganan en relación con los alumnos, hay profesores que manejan el 10% de lo que saben algunos alumnos sobre computación, o búsqueda de información en la Internet. Algunos alumnos también pueden demostrar mayor ética que el profesor durante el trato al paciente. No podemos vivir en la ilusión de que aquello que se hacía hace 10 ó “X” años sigue siendo funcional, estamos ante el desafío de ser evaluados por el alumno y reconocer que debemos transformarnos, que la formación nunca concluye. Es

necesario asumir una actitud crítica frente a la formación propia, no solo de actualización académica, de “formación integral: ética, pedagógica, científica, humanística y tecnológica” (Espinoza y Pérez, 2003).

Desde la didáctica tradicional se conoce que los profesores que trabajan provocando miedo o imponiendo autoridad lo hacen por falta de confianza para enfrentarse al diálogo con el alumno, a la comunicación humana. Por el contrario, debemos aprovechar el contacto sociocultural para aprender con ellos la nueva realidad. Funcionar como se espera de un guía, verdadero asesor y no solo inspector que emite calificaciones. Asumir como adultos nuestra responsabilidad en los procesos de “modelaje” que influye en la vida y comportamiento de los educandos.

Espinoza y Pérez (2003) exponen los componentes tomados de varios autores sobre el Desarrollo Integral del Docente Universitario del cual presento el resumen de algunos elementos que son importantes durante el TCSC y que pretendo distribuir entre los implicados en el proceso para una autoevaluación con fines de mejorar nuestras actividades.

#### ➤ Componente Ético

El profesor solo puede formar al alumno en la ética y humanismo cuando cuanta con ello y lo demuestra dentro y fuera del aula. Citan la lista de principios éticos tomados de Perdomo (2000): dar la clase con amor, fe, esperanza, caridad, prudencia, justicia, fortaleza, templanza, conocimiento, inteligencia, temor a Dios, aconsejando, con orden, con verdad, para la vida, en paz, con humildad, con santidad, manifestando lo esencial, con valor, con mansedumbre, con alegría, con poder, con honestidad, con paciencia, con diligencia, sin ego, con sabiduría. Todo dentro de un equilibrio y principalmente un clima de respeto.

➤ Componente Humanístico

Formar a otros seres humanos con base en el respeto hacia la dignidad humana a fin de crear condiciones de vida favorables a nivel personal y social. Cumplir con las expectativas y las promesas con sentimientos de sensibilidad y solidaridad para formar el carácter como un proceso interior de formación constante de espiritualidad.

➤ Componente Pedagógico

Formarse paralelamente en el área pedagógica y la didáctica que instrumenta y operativiza la pedagogía pues se refiere a la metodología de la enseñanza.

Cada perspectiva pedagógica tiene sus pautas y procedimientos de evaluación para regular el proceso, por eso el profesor debe diseñar procesos evaluativos diferentes según su perspectiva y los fines del aprendizaje.

➤ Componente Científico

Buscar conocimiento en función de su rol docente, deben estar en la práctica médica que les exige el compromiso de actualizarse según la problemática de salud. Los que tienen práctica en instituciones asistenciales construyen sus propios conocimientos, no se conforman con apropiarse del existente y transmitirlo a medias, al poner ejemplos concretos o plantear sus procesos de investigación ayudan a que los estudiantes aspiren más allá de la comprensión del conocimiento. Además por conocer las normas ubican mejor al alumno en el manejo de información básica para el área laboral. Villarroel (1998 citado por Espinoza, 2003) define “un buen docente como aquel que ha logrado construir su conocimiento en relación a la disciplina que enseña, que investiga, no con fines de producción científica (aunque es lo deseable), pero sí con la intención de comprenderla, analizarla y aplicarla, para entonces sí, poder enseñar”.

➤ Componente Tecnológico

Es necesario formarse en las nuevas tecnologías y la comunicación, que hoy constituyen los nuevos lenguajes de la modernidad, están potenciando actividades

cognitivas insospechadas. No cerrarse a la cibercultura, sino ayudar al alumno en la selección de lo práctico-teórico con creatividad. Autores citados por Espinoza han demostrado que los profesores que usan recursos tecnológicos como la Internet han modificado la práctica docente menos centrada en el profesor y con mayor autonomía para el estudiante. Estar preparados para el cambio a la cultura de la información sin perder el valor de lo humano.

El maestro Álvaro Marchesimi (2007) también se refiere a las competencias para el profesor en general, incluyendo los valores necesarios para el ejercicio de la profesión y considera importante tocar estos puntos:

Primero: Ser capaz de gestionar en el aula para que los alumnos aprendan lo que se espera que aprendan. Iniciando por ser capaz de despertar el deseo de aprender en los alumnos.

Segundo: Ser capaz de organizar el aula para que todos sus alumnos aprendan. Ser sensible a las diferencias, adquirir el método de atención en grupos diferenciados, estar atento a ayudar.

Tercero: Capaz de favorecer el desarrollo social y emocional de los alumnos y en consecuencia generar entornos de convivencia equilibrados y tranquilos. Esto supone estrategias de participación, diálogo, representación de los alumnos, enlazarlos al proyecto educativo. Cuando el alumno asume una responsabilidad escolar se siente más vinculado, más comprometido y más integrado.

Cuarto: Trabajar en común y en equipo. Dentro del trabajo participativo, en colaboración para desarrollar en equipo un proyecto, una estrategia, en solidaridad para llevarlo a cabo

Quinta: Trabajar con las familias, cooperar con ellas, saber entender los problemas o sus dificultades.

Sexta: En ámbito emocional y moral mantenerse en equilibrio y algo que lo puede ayudar es:

- Mantener la ilusión. Desarrollando algún proyecto, algo innovador, algo que les permita actualizar lo que hacen.
- Preocuparse por aprender más, actualizarse más y de forma permanente.

- Mantener amigos, que también son compañeros. Crear entorno de apoyo mutuo.
- Mantener el afecto a sus alumnos, aprecio preocupación y orgullo.
- Seguir reflexionando sobre el sentido de la educación: ¿Por qué y para qué hay que educar?; ¿Por qué y para qué estamos en esto?

En cuanto al compromiso moral: la educación, es una acción ética y moral con las nuevas generaciones y con el desarrollo de un país, construir además de conocimientos los afectos, valores y virtudes morales y éticas. Las importantes:

a) La Justicia, en nuestra acción y la acción con nuestros alumnos, compañeros, familias. En la evaluación, en las relaciones al tratarlos por igual.

b) La responsabilidad como profesionales a pesar de que nuestros compañeros no lo sean, cuidar a nuestros alumnos porque son ellos quienes van a reconocer a aquella persona que les ayudó, les acompañó, les asesoró, les resolvió y les exigió en beneficio de su desarrollo.

Para Garrido (2002) : “El profesor universitario auténtico no es solamente el que sabe o incluso investiga (que es una forma de saber más), sino el que realmente consigue que el alumno aprenda, el que se apasione por determinado saber o por determinada profesión... Esto exige un alto grado de personalidad y de ejemplaridad. Es la actitud ante el estudio, la generosidad en el empleo de su tiempo, el diálogo abierto, la dedicación a corregir ejercicios, la coherencia una vez más; todo esto es lo que hace que su labor docente sea eficaz”.

Por otra parte, Melgarejo (2006), quién analizó el sistema educativo finlandés para verificar su hipótesis: “la formación del profesorado de educación primaria y secundaria es la variable crítica para explicar la extraordinaria calidad en competencia lectora de los alumnos finlandeses”. Comparó el caso finlandés con los de otros países nórdicos y con el caso español. Analizó diferentes variables en los subsistemas: familiar, sociocultural y escolar. Encontró que el papel del maestro es fundamental:

- En Finlandia los mejores docentes deben situarse en los primeros años de la enseñanza, al inicio del aprendizaje, donde el alumno aprende los fundamentos de todos los aprendizajes posteriores y garantiza igualdad de oportunidades educativas.
- Son seleccionados después de haber demostrado capacidad educativa, *alta sensibilidad social*, promedio superior de 9, capacidad de comunicación, empatía, estudio psicológico.
- Aprobar los créditos del curso de formación docente (para primaria 6,400 horas o para secundaria 1,400 horas teórico prácticas) y finalmente presenta una tesina que demuestra su capacidad de investigación.

Los resultados de la prueba PISA confirman el nivel de competencia donde el 18% de los estudiantes finlandeses de 15 años de edad, están en el nivel de rendimiento más alto para la lectura, España tiene 4% de alumnos en ese nivel quinto mientras que en México sólo el 0.9% de los estudiantes lo obtuvieron.

Un punto importante que evaluó la prueba de la OCDE es la capacidad crítica del alumno, “por lo que es más importante que el profesor ayude al alumno a desarrollar la capacidad de aprender, resolver y decidir cualquier cosa, que aquello que aprende, resuelve o decide en el momento” (De la Chaussée, 2004).

Todos los elementos revisados en este capítulo, pueden colaborar en la fundamentación teórica y metodológica de las actividades de TCSC para favorecer la formación integral del alumno.

## CAPÍTULO III

### El Trabajo de Campo en Salud Comunitaria para la formación integral del alumno de primer año de la carrera de médico cirujano.

#### FES Zaragoza UNAM

En este capítulo se describen los elementos de investigación que dieron origen a la construcción de la propuesta, el objetivo inicial se dirigió a fundamentar la función del TCSC para la formación integral de los alumnos, pero se fueron detectando situaciones que afectaban esta función y a su vez eran factibles de modificar con un trabajo colegiado, así conforme se discutían los resultados surgían intervenciones que modificaban alguna situación y se regresaba a describir los cambios en una espiral que llevó años de seguimiento. El problema de investigación implicaba la participación del alumno el docente y la comunidad, por lo que las variables se construyen en torno a estos tres actores y el análisis de datos se presenta integrado como consideraciones finales del capítulo.

### **3.1 Contexto**

El concepto de Trabajo de Campo y su metodología tienen su origen en las ciencias sociales como técnica de recolección de información. En FES-Z se utiliza como técnica de investigación en el proceso enseñanza-aprendizaje a la que se articulan la docencia, el servicio y la extensión universitaria. Mediante esta actividad, se pretende que el estudiante sea capaz de relacionar problemas del conocimiento científico con problemas particulares de salud de la población. Está encaminada a investigar las características socioeconómicas, demográficas y culturales de una comunidad, que puedan influir o determinar el estado de salud-enfermedad de sus integrantes para estudiar y proponer soluciones (Rodríguez 1995)

Trabajo de Campo en Salud Comunitaria (TCSC), utilizando el sistema de enseñanza modular como base pedagógica, colabora en la formación del médico de FES Zaragoza al permitir armonizar valores, significados y el uso de diversas tecnologías y estrategias de enseñanza en contacto con la comunidad. Todas las áreas académicas participan de esta formación, pero un pilar básico es el Trabajo de Campo en Salud Comunitaria que para esta tesis significa: *el espacio académico para la enseñanza de la Epidemiología y Salud Pública que fortalece la formación integral del alumno, al permitir además de integrar investigación, docencia y servicio, integrar teoría y práctica, analizar y resolver problemas de salud, ejercer estudio independiente y trabajo en equipo, interactuar en un ambiente real con la sociedad, comprometerse, prepararse, humanizarse, crear conciencia más allá de su papel profesional. Porque desarrolla habilidades y destrezas para su crecimiento personal relacionadas con la vida social, los valores y el cuidado de la población y del medio natural.*

El alumno se enfrenta durante el TCSC a comunidades que le exigen respeto, información, que le muestran sus necesidades reales, que lo califican y solo participan cuando encuentran una respuesta adecuada. Se relaciona con gente aparentemente sana: esos niños, señoras, ancianos que no se quieren enfermar, pero, se encuentran inmersos en muchos riesgos y le están “regalando” un momento de atención a ese estudiante de medicina para escuchar sus indicaciones, con resistencia a la motivación para seguirlas. Esto es lo que va trastocando sus sentidos, lo va transformando en unos cuantos meses, ya no piensa solo en curar a los que lleguen a su hospital, debe primero aprender a vender el concepto de cuidado de la salud, enseñar a mantenerla y a prevenir la enfermedad. Empieza la autocrítica, la revisión y confrontación de sus valores, el desarrollo de la responsabilidad profesional, la duda de cubrir las expectativas de la comunidad, la búsqueda de la calidad. Todo el proceso de formación médica aunado al desarrollo personal.

Las actividades de TCSC abundan así en el aspecto emotivo, participación, convivencia, empatía, experiencia de solidaridad, responsabilidad, ayuda a la comunidad y muchos otros aspectos que por ser considerados subjetivos, no han sido evaluados, pero se empiezan a vivir intensamente durante el año de servicio social. Un ejemplo es aquel año en la comunidad de Tecuala, Nayarit, cuando tuve la fortuna de organizar (con ayuda de otra compañera también egresada de la FES-Zaragoza), un curso de formación de Promotoras Voluntarias en Salud al cual acudían jóvenes de 15 a 20 años, entusiastas y todos los sábados las preparábamos para que posteriormente nos ayudaran a realizar las acciones de promoción a la salud en las comunidades periféricas o participaban de las campañas de vacunación, en las pláticas a los adolescentes, entre otras tantas actividades, estableciendo relaciones sociales maravillosas. Así reafirme el valor las bases formativas adquiridas con la enseñanza de la Epidemiología y concretamente por el Trabajo de Campo en la FES-Z. Esta y otras tantas experiencias me mantienen motivada en la enseñanza desde 1982.

### **3.2 Planteamiento del problema**

En 1984 ingresé a la Maestría de Enseñanza Superior en la entonces ENEP Aragón, con la intención de superar los puntos débiles identificados en la práctica docente y porque notaba decaído el ánimo de los alumnos en general para realizar sus actividades en epidemiología y la dificultad para relacionarse con la comunidad durante el TCSC. Los profesores realizaban las actividades en forma independiente con sus equipos y algunos dejaban muchos objetivos por cumplir. Surgieron muchas preguntas:

¿Trabajo de Campo en Salud Comunitaria conserva su función para la formación integral del alumno? ¿Qué factores afectan esta función? ¿Cómo integra el alumno las actividades de Epidemiología? ¿Qué podemos hacer para que el alumno valore sus actividades de promoción a la salud? No existía documento en la facultad que diera respuesta a estas interrogantes por lo tanto era necesario empezar por

describir el problema: ¿Cuáles son los elementos que sustentan la función de la enseñanza de la Epidemiología en FES- Zaragoza para la formación integral del alumno de primer año de la carrera de médico cirujano?

El problema de la formación integral involucra el ambiente sociocultural y los otros actores que participan en el proceso de aprendizaje, en este caso los profesores y la comunidad con la que interactúa, por lo que la investigación aborda elementos de estudio de estos participantes

El objetivo general es:

I - Describir los elementos que sustentan la función formativa de las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria como parte del área de Epidemiología. Identificando el desempeño de alumnos, algunos egresados, profesores y la participación de la comunidad.

Objetivos específicos:

1.1 Describir el desempeño de los alumnos durante las actividades de TCSC.

1.2 Describir el desempeño de los profesores en función de su papel en el proceso de enseñanza del TCSC

1.3 Describir el desempeño de la comunidad durante las actividades de TCSC en función con su participación.

1.4 Describir los problemas detectados durante el desarrollo de las actividades de TCSC y las respectivas intervenciones que se realizaron desde sus diferentes actores.

1.5 Indagar la opinión de los egresados respecto a las actividades de TCSC, describiendo desde su percepción la aplicación de las actividades en su servicio social hasta su desempeño laboral.

### 3.3 Metodología

Se diseñó un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. Observacional, porque no hay manipulación de las variables; longitudinal porque se recolectó la información en tres ocasiones y prospectivo porque abarcó el periodo de 1993 a 2005.

1. Universo de estudio.- Los alumnos del primer año de la carrera de médico cirujano de la FES Zaragoza (12 generaciones del periodo contemplado) porque a ellos se generalizan los resultados. Los egresados entre 1997 y 2005 se seleccionaron al azar de la base de datos de los grupos 1101, 1109 y 1113 (3 de los 7 grupos por generación) y sólo hacia estos se generalizan los resultados.

Con respecto a los profesores del área de Epidemiología, la población encuestada representa al 60% de los profesores del primer año, por lo que también permite generalizar los datos a este grupo docente.

Las comunidades visitadas por los alumnos entre 1993 a 2004, las representan mujeres que participan de las actividades de TCSC y pertenecen a la delegación Iztapalapa del DF., Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz en el Edo. de México, delimitadas por la cercanía a las Unidades de Atención Médica de la FES-Z.

2. Tipo de muestreo.- inicialmente aleatorio simple, seleccionando una muestra representativa mayor al 60% de cada tipo de actores en el TCSC, posteriormente combinado y no probabilístico para indagar variables específicas a juicio del investigador. El tamaño de la muestra varía dependiendo el tamaño de las generaciones pero siempre es un número representativo de las mismas para controlar sesgo de observación.

3. Los elementos a estudiar son: alumnos de ambos sexos que concluyeron el primer año de la carrera de médico cirujano de 1993 a 2004. Profesores de ambos sexos titulares y asesores del trabajo de campo que impartieron docencia de 1993 a 2004. Personas de las comunidades que asistieron a las actividades de

promoción a la salud que realizaron los alumnos en la delegación Iztapalapa y en ciudad Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz entre 1993 a 2004. Egresados de la carrera de médico cirujano entre 1990 a 2004. Todos fueron seleccionados aleatoriamente y aceptaron contestar los cuestionarios (se excluyeron los cuestionarios con llenado incompleto)

4. Definición de variables. Se seleccionaron tres grandes variables y se formaron sus categorías, como se muestra en el cuadro 1, pero también se operacionalizó cada una de ellas en las tablas de 1 a 3 que resumen la información respecto a la definición y las categorías con el fin de facilitar la comprensión de las relaciones entre ellas, elaborar los instrumentos de recolección de la información y analizar la información.

Cuadro 1. Variables de estudio y categorías

Eje de análisis	Categorías
Formación integral del alumno (actuales y egresados)	Experiencias de aprendizaje Competencias Profesionales Emociones Desarrollo personal y social
Función docente	Apoyo al alumno Trabajo en Equipo Superación Académica
Participación comunitaria	Participación Social Participación en la investigación Participación en las promociones de salud

Definición de variable:

Formación Integral del alumno para esta tesis es el proceso por el cual el alumno va desarrollando de todas sus potencialidades que le permitan disfrutar de la vida y ser socialmente útil, con plena conciencia y creatividad, con capacidad de análisis crítico al realizar sus actividades sociales y profesionales, motivado por los más altos valores científicos y humanísticos. Se exploraron las siguientes categorías: experiencias de aprendizaje, competencias profesionales, emociones percibidas, desarrollo personal y social. (Ver tabla1 de operacionalización de la variable Formación Integral)

Definición de categorías de Formación Integral:

- ❖ Por experiencias de aprendizaje se entiende una acción o participación que provoca una transformación individual al adquirir conocimiento por esa práctica, son acciones en situaciones de la realidad y que generan a su vez desarrollo de las capacidades cognitivas, habilidades y destrezas para cumplir con la tarea de resolver un problema determinado. Entendiendo habilidad como la capacidad de realizar una acción con un alto grado de competencia al integrar varios elementos de la inteligencia humana como el análisis de la conducta asertiva. Y destreza como el dominio de la habilidad en lo operativo por la práctica repetida, por la manipulación, por el adiestramiento. Las capacidades o habilidades cognitivas indispensables para el aprendizaje son: Capacidad de razonamiento, capacidad de autodidactismo, pensamiento autónomo, pensamiento crítico, solución de problemas, creatividad, metacognición, aprender a aprender, aprender a estudiar, aprender a enseñar, aprender a aplicar lo aprendido, aprender a generar conocimiento científico
- ❖ Competencia significa resolver un problema o alcanzar un resultado con criterios de calidad, generando la necesidad de formación permanente a lo largo de la vida y en un proceso de certificación continua. Es un complejo que requiere: información, conocimiento, apropiación, procesamiento y aplicación de la información. Las competencias básicas para la formación dinámica del individuo capaz de innovar, enfrentarse al cambio y responder a nuevos problemas son: Cognoscitivas (lectura, escritura, lenguaje, lógica, aritmética), humanísticas y del comportamiento (aptitudes

y valores asociados al desempeño profesional requerido) técnicas y metodológicas (conocimientos, habilidades y destrezas requeridas en el campo especializado), pedagógicas (comunicar el conocimiento), multidisciplinarias (saber integrar el conocimiento de varias disciplinas) e innovadoras (ser creativo y proponer nuevas alternativas). Para esta tesis se elaboró una lista de cotejo que permite evaluar la calidad de los productos elaborados durante todo el año escolar por los alumnos de 1993 al 2004 se muestran los resultados en la tablas de anexos y en fotos anexas.

- ❖ Emociones son experiencias afectivas que influyen en la intención de aprender, en el grado de esfuerzo que se invierte y en los sentimientos que experimenta durante la solución de problemas, están directamente relacionadas con la motivación. Emociones desagradables poderosas (ira, ansiedad, tensión, tristeza) desvían la atención y la concentración al grado de paralizar la actividad mental cognitiva. Por otra parte, la motivación positiva (el ordenamiento, los sentimientos de entusiasmo, placer o agrado y confianza) incrementan los logros. Las emociones definen así el límite de nuestra capacidad para utilizar las habilidades mentales innatas y así determinar el desempeño en la vida. Se elaboraron preguntas cerradas con respuesta dicotómica para la percepción de emociones relacionadas con la motivación para el TCSC como: agrado, desagrado, inseguridad, apatía y decepción y se enumeraron algunas causas también con respuesta dicotómica, así como un espacio abierto para comentarios.
  
- ❖ Desarrollo personal y social. El proceso educativo incide en el desarrollo de la personalidad del individuo, los diferentes contenidos y actividades que ofrece la escuela moldean el juicio moral, la autoestima, la empatía y la capacidad de comunicación. Así, las experiencias socio afectivas que fluyen en el trabajo de campo al interactuar con la comunidad, en su realidad social, en su vida cotidiana, otorgan al alumno habilidades que no solo se aplican para adquirir el conocimiento inmediato, sino que se utilizan para enfrentar la vida, conducir sus emociones con humanismo e inteligencia, desarrollar competencias y alcanzar sus aspiraciones. Las preguntas fueron dicotómicas para interrogar si TCSC les muestra situaciones de la realidad, si inciden en su formación humanitaria, en facilitar la comunicación, en confianza básica, en responsabilidad, en servicio y en su habilidad para impartir la educación en salud.

Cuadro 2 . Operacionalización de la variable Formación Integral del Alumno

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIAS	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL
FORMACION INTEGRAL	Es el desarrollo de capacidades del individuo que le permiten disfrutar de la vida, con plena conciencia y creatividad, con capacidad de análisis crítico al realizar sus actividades sociales y profesionales motivado por valores científicos y humanísticos	EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE	Son experiencias que generan efecto cognitivo conductual y afectivo, transformando al alumno y lo lleva a construir nuevo conocimiento para desempeñar su práctica médica y para la vida. Las ejecuta con actitud activa, sistemática y durante todo el proceso de planeación, ejecución y evaluación del aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicar teoría a práctica.</li> <li>-Aprender a enseñar</li> <li>-Aprender a investigar</li> <li>-Identificar problemas sociales y de salud</li> <li>-Aprender estudio independiente</li> <li>-Aprender autocuidado de la salud</li> <li>-Comprender atención integral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lleva los conocimientos de la teoría en la práctica</li> <li>-Realiza promociones a la salud adecuadamente a la comunidad</li> <li>-Elabora proyectos de investigación</li> <li>-Argumenta listado de problemas identificados en la comunidad</li> <li>-Investiga los temas de las promociones exhaustivamente.</li> <li>-Aplica a su persona lo que promociona sobre salud</li> <li>-Describe los elementos para la atención integral</li> </ul>
		COMPETENCIAS PROFESIONALES	Es ser capaz de hacer con calidad un trabajo. Usar el <i>saber hacer</i> con el <i>saber valorar</i> se mide a través del desempeño, de lo que hace. Se demuestra al presentar productos del trabajo y al realizar las acciones con habilidad y destreza, con interés, con una actitud positiva, creativa y de cooperación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cognitivas</li> <li>-Pedagógicas</li> <li>-Técnicas</li> <li>-Metodológicas</li> <li>-Multidisciplinarias.</li> <li>-Humanísticas</li> <li>-Innovación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se prepara exhaustivamente en el conocimiento teórico de la práctica</li> <li>-Demuestra habilidad y deseo para comunicar el conocimiento</li> <li>-Elabora el diagnostico de salud.</li> <li>-Aplica adecuadamente metodología de la investigación</li> <li>-Integra conocimientos y saberes de diferentes disciplinas en su trabajo</li> <li>- Demuestra respeto a la comunidad expresa valores identificados.</li> <li>-Desarrolla técnicas de intervención alternativas a cada grupo de edad.</li> </ul>
		EMOCIONES	Son experiencias afectivas que influyen en la intención de aprender, en el grado de esfuerzo que se invierte y en los sentimientos que experimenta durante la solución de problemas, están directamente relacionadas con la motivación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inseguridad</li> <li>-Apatía</li> <li>-Agrado</li> <li>-Desagrado</li> <li>-Decepción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muestra titubeo y no resuelve dudas al público.</li> <li>-No entrega los trabajos o son de mala calidad</li> <li>-Muestra emprendimiento, calidad del trabajo y trato amable a la comunidad</li> <li>- Demuestra enojo o indiferencia al trabajo</li> <li>- Emite comentarios negativos o quejas como : que no valoran su buen desempeño</li> </ul>
		DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL	Son experiencias socio-afectivas que otorgan habilidades para la vida y para el desarrollo integral humano. Le permiten el manejo de las emociones para conducirse hacia la competencia social y hacia la búsqueda de aspiraciones. Es una construcción individual de lo humano. Se miden por cambios obtenidos en el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor acercamiento a la realidad.</li> <li>-Modifica su conducta humanística</li> <li>-Aumenta confianza en sí mismo</li> <li>-Aumenta capacidad de comunicación</li> <li>-Aumenta responsabilidad</li> <li>-Aumenta actitud de servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifica condiciones económicas, culturales y sociales de salud</li> <li>-Escucha con atención y ética las demandas de la comunidad.</li> <li>-Demuestra confianza al hablar en público de sus conocimientos</li> <li>-Utiliza diversas dinámicas, métodos y técnicas de comunicación.</li> <li>-Acude puntualmente, con respeto y material didáctico a las citas con la comunidad ,</li> <li>-Intenta servir más a los grupos de mayor riesgo, expresa interés en ellos</li> </ul>

Definición de variable:

*Función docente* En su papel de mediador eficaz del proceso de aprendizaje para el alumno, debe responder al modelo de enseñanza y a la concepción de alumno que define el plan de estudios, demostrando ser creativo, crítico y vinculado en la realidad profesional, con conocimientos actualizados al momento histórico social. Para apoyar al alumno en su continua formación, construcción y reconstrucción de su realidad con desarrollo de la conciencia, debe conversar e Interactuar con los alumnos para promover el aprendizaje, para reflexionar y ayudarlos en la toma de decisiones. Se autoevalúa constantemente y busca la superación pedagógica para la mejora del proceso de enseñanza.

Por esto se abordan las siguientes categorías de investigación de Función Docente:

- ❖ Apoyo al alumno.- Asistencia tutorial constante, oportuna durante el proceso de intervención en la comunidad, recomendando bibliografía, revisando el trabajo, supervisando el desarrollo de las actividades y el proceso de autoevaluación. Apoyar al alumno en la construcción del aprendizaje estando atento, activo, abierto al diálogo para conducirlo adecuadamente y con creatividad al objetivo, no es solo transmitir conocimiento ni reproducir habilidades, es motivar, incentivar y formar. Se midió por la satisfacción de la necesidad de asesoría que percibió el alumno para desarrollar TCSC durante todo el programa académico de Epidemiología.
- ❖ Trabajo en equipo.- Formas en que el docente interactúa con los estudiantes y con los demás profesores para dividir equitativamente el trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos, en equipo y en grupo. Las relaciones sociales para reflexionar sobre los problemas bajo un marco de respeto, sistemático, abierto a las nuevas ideas con bases sólidas en la colaboración. Realiza la práctica docente como una práctica social y lo demuestra con compromiso, cooperación para evaluar resultados, para crear estrategias y acciones que mejoren el programa. Se interrogó sobre trabajos entre equipo de profesores y entre alumno-profesor.
- ❖ Superación académica.- Asistencia a cursos de educación continua sobre el área de Salud Pública para responder a la realidad de salud y de formación educativa, que se expresen en el uso de estrategias docentes y alternativas pedagógicas que respondan en generar interés por el estudio. Demostrar actitud responsable hacia el alumno, hacia su trabajo, y frente a la vida en general. Demostrar conocimiento, iniciativa y entusiasmo para crear un ambiente de credibilidad. En este contexto la

formación docente no se reduce a una capacitación a los maestros que les permita operar una nueva tecnología o nuevos métodos para mantener el poder en el grupo. Su formación también debe ser integral. Perder el temor al cambio, tener la disposición y convicción de hacerlo. Se interrogó asistencia a cursos científicos de Epidemiología y de su profesión, cursos tecnológicos y de pedagogía.

Cuadro 3 Operacionalización de la variable Función Docente

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIA	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL
FUNCION DOCENTE	Es responder al modelo de enseñanza y a la concepción del alumno. Demuestra al ser creativo, crítico, actualizado en conocimientos del momento histórico social, que es mediador eficiente para la formación del alumno y lo apoya constantemente en la construcción y reconstrucción de su realidad	APOYO AL ALUMNO	Apoyar al alumno en la construcción de un aprendizaje es estar atento, activo, abierto al diálogo para conducirlo adecuadamente y con creatividad al objetivo, no es sólo transmitir conocimientos ni reproducir habilidades, es motivar, incentivar, formar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo individual al alumno.</li> <li>-Apoyo al trabajo de equipo</li> <li>-Apoyo para el diagnóstico de salud.</li> <li>-Interés en el aprendizaje del alumno.</li> <li>-Apoyo para el aprendizaje</li> <li>-Apoyo a las promociones.</li> <li>-Interés por innovar</li> <li>-Interés por evaluar el aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconoce y dialoga con alumnos por su nombre.</li> <li>-El trato es de interés y guía por el trabajo que realizan.</li> <li>-Revisa los trabajos y anota sugerencias.</li> <li>-Pregunta dudas y trata de resolverlas en cada clase, realiza preguntas previas a la promoción para identificar la calidad del tema y del material</li> <li>-Aporta bibliografía de apoyo y la comenta.</li> <li>-Ayuda a resolver las dudas de la comunidad.</li> <li>-Muestra interés en innovar con técnicas o métodos de enseñanza distintos según el grupo al que se dirige.</li> <li>-Utiliza instrumento de evaluación diaria.</li> </ul>
		TRABAJO EN EQUIPO	Realiza la práctica docente como una práctica social que se demuestra con compromiso y cooperación para evaluar resultados, para crear estrategias y acciones que mejoren el programas, presentando productos de equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo al programa de estudios</li> <li>- Apoyo a sus compañeros docentes</li> <li>- Apoyo a la evaluación de grupo</li> <li>-Aporta propuestas a la práctica de campo</li> <li>-Apoyo en investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colabora en la organización del programa.</li> <li>-Colabora en la formación de alumnos de otros equipos, si es necesario.</li> <li>-Evalúa las actividades con los demás profesores</li> <li>-Propone objetivos, técnicas y actividades para mejorar la práctica.</li> <li>-Analiza en equipo los resultados de las investigaciones para presentarlas a los alumnos</li> </ul>
		SUPERACION ACADEMICA	Actualiza su formación como una obligación docente para responder a las nuevas realidades en salud, acepta que ningún conocimiento está acabado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formación pedagógica</li> <li>- Formación científica</li> <li>- Formación en la practica profesional</li> <li>- Formación metodológica</li> <li>-Formación tecnológica y humanística</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiste a cursos de formación docente.</li> <li>- Asiste a cursos de salud pública o relacionados</li> <li>- Realiza práctica profesional extramuros.</li> <li>-Asiste a cursos o congresos de medicina en general</li> <li>- Asiste a otros cursos como ética, computación, inglés o culturales.</li> </ul>

Definición de variable:

Participación comunitaria es el grado de movilización que tiene la comunidad ante problemas de salud y lo demuestra participando en la toma de decisiones de una manera activa, conciente, responsable, deliberada, organizada y sostenida. Entendemos como Comunidad al grupo de personas que habitan una zona geográfica, pertenecen a una formación social históricamente determinada y para la cual tienen sentido de pertenencia, comparten intereses, se interrelacionan formando organizaciones o agrupaciones para buscar los satisfactores a sus necesidades. Así, tratando de apegar esta definición clásica a las comunidades urbanas donde trabajamos, delimitamos territorialmente a un grupo de personas capaces de definir su desarrollo en los diversos ámbitos de la convivencia humana: familia, escuela, vecindario, trabajo, asociación y otros, desde los cuales ellos deciden su grado de participación. (Ver en anexo 1 los mapas de comunidades en las que han trabajado mis alumnos de 1982 a 2006).

Las categorías estudiadas para participación comunitaria son: participación social, participación en el diagnóstico de salud comunitaria y participación en las promociones de la salud.

- ❖ Participación social. La satisfacción de las necesidades humanas no se logra por la acción individual, sino que requiere de la acción de grupos sociales, instituciones, organizaciones, asociaciones etc. Las comunidades saludables se apoyan así en el trabajo organizado, conciente, intersectorial para identificar y realizar sus aspiraciones (SSA, 2001) El concepto de participación social abarca realidades tan heterogéneas como partidos políticos, empresas, hospitales, escuelas y otras agrupaciones existan. Estas agrupaciones sociales con número preciso de miembros y funciones (división social del trabajo), están configurados con vista a obtener un resultado determinado de acuerdo a fines y objetivos. Gomezjara (1983) enfatiza en la necesidad de conocer dichas organizaciones, establecer relaciones de amistad y confianza con ellas y los habitantes en general, para el buen éxito del trabajo comunitario. Solo se midió esta categoría por la identificación general de las organizaciones y el grado de participación individual de los miembros de la comunidad.
- ❖ Participación en la investigación. Se refiere a la población que accede a contestar las encuestas o cuestionarios para elaborar el Diagnóstico de Salud Comunitaria, que permite la comunicación con el alumno, emite opiniones sobre el trabajo que se

realiza y está atenta a los resultados. Se midió el número de familias y personas encuestadas

- ❖ Participación en las promociones. Población que asiste por lo menos una vez a las promociones sobre salud que realizan los alumnos en la comunidad, que muestran interés en el programa, propone temas para abordar como problemas de salud, comenta sobre el material didáctico que elaboran los alumnos, les ofrecen sus casas como sitios de reunión para las promociones, en general muestran interés al trabajo del alumno y no necesariamente otorga datos para el Diagnóstico de Salud Comunitaria. Se anotó número de asistentes a cada plática

La participación de la comunidad puede ser activa o pasiva; pasiva cuando sólo participa en los frutos del desarrollo mediante distribución de bienes y servicios producidos por la sociedad; participación activa cuando hay intervención de los integrantes en el proceso de toma de decisiones. (Gomezjara 1983)

La OMS define *participación comunitaria* : "el proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos el sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comunidad, así como la capacidad de actuar concientemente y constructivamente en el desarrollo propio y de la comunidad... proceso orientado fundamentalmente a crear conciencia en los individuos y colectividad sobre la realidad de la situación de salud en que viven y canalizar deliberadamente las acciones de los individuos , grupos e instituciones comunitarias para la expansión y fortalecimiento de los servicios de Salud". De esta forma las comunidades dejan de ser objetos de atención y se convierten en sujetos de acción, actores de su propio proceso. (Follari 1982)

Cuadro 4 Operacionalización de la variable Participación Comunitaria

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
PARTICIPACION COMUNITARIA	Número de personas de la comunidad movilizadas ante problemas de salud. Y lo demuestran participando en la toma de decisiones de una manera activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y sostenida	PARTICIPACION SOCIAL	Personas preocupadas por los problemas de su comunidad y voluntariamente intentan relacionarse con sus vecinos para tomar control de los factores que influyen en su salud. Intentan crear climas de participación	-Grupos organizados que existen en la comunidad (relacionados con salud). -Familias que tienen algún integrante participante por la salud. -Unidades de servicio médico accesibles (a menos de 30 min.).	-No. de grupos organizados para la salud  -No. de familias con integrantes participativos  -No. de unidades de servicio médico accesibles
		PARTICIPACION EN LA INVESTIGACION	Población que accede a contestar encuestas o cuestionarios, que permite la comunicación con los alumnos. Emite opiniones sobre el trabajo que pretenden realizar los alumnos	- Familias a las que se realiza presentación  - Familias que acceden a contestar la encuesta socioeconómica. - Familias que acceden para pesar y medir a sus hijos. -Mujeres que acceden a contestar la encuesta de salud materna e infantil	-Porcentaje de familias en relación al total de viviendas.  - Porcentaje de familias en relación con el total de viviendas  -Porcentaje de niños en relación con la población encuestada.  - Porcentaje de mujeres en relación con la población de encuesta inicial
		PARTICIPACION EN LAS PROMOCIONES	Población que asiste por lo menos una vez a las promociones sobre salud que realizan los alumnos	-Personas que acudieron por lo menos una vez -Personas con interés por la información, opinan y proponen más temas -Emiten comentarios de agradecimiento o palabras motivantes a los alumnos -Ofrecieron su casa	-No de personas por promoción.  -No. de personas participativas  -No. de personas agradecidas o motivadoras  -No. de casas ofrecidas.

5. Selección de fuentes, métodos técnicas e instrumentos de recolección de la información. Se acudió a las fuentes directas de información, previa revisión de las fuentes indirectas como normas institucionales que marcan las competencias de los profesionales de la salud y los documentos referidos en el marco teórico para seleccionar las experiencias de aprendizaje, competencias, emociones y desarrollo personal y social que se abordarían en el estudio. Se utilizó el método de la encuesta a muestras representativas de los alumnos de primer año de cada generación, profesores de Epidemiología y personas de la comunidad. Se explicó antes de llenar las encuestas todas las definiciones operacionales. Las técnicas de entrevista y observación se aplicaron tanto en forma individual, como grupal y por vía telefónica en algunos egresados. Los instrumentos diseñados son: lista de

cotejo para la observación, los cuestionarios para alumnos, profesores y comunidad (se pueden consultar en el anexo 2).

6. Plan de presentación y análisis. Se elaboran cuadros estadístico basados en el recuento de información por métodos computarizados y clásicos, se obtuvo el análisis descriptivo con razones proporciones y porcentajes para posteriormente elaborar gráficos diversos y algunos de tendencia por generación.

Para analizar la utilidad formativa de este actividad académica, primero se describieron las habilidades, destrezas, conocimientos y competencias que el individuo es capaz de desempeñar durante sus actividades de primer año en trabajo de campo. En segundo término se analizó la información de los cuestionarios y entrevistas respecto a las experiencias de aprendizaje, emociones, cambios en actitudes personales y valores respecto a la salud pública. Y demás variables que favorecen a su desarrollo personal.

Se elaboraron cuadros comparativos entre las generaciones y se resaltaron diferencias en relación al trabajo de campo en salud comunitaria.

Se elaboró un cuadro que resume la lista de problemas y probables soluciones algunas de las cuales ya se pusieron en marcha con intervenciones precisas e incluso cuentan con evaluaciones preliminares.

7. Consideraciones éticas. Las encuestas y el llenado de cuestionarios siempre se realizó al finalizar los cursos y se les explicó a los alumnos que de ninguna manera su participación afectaría las calificaciones ya obtenidas, propiciando un clima de libertad de expresión y anonimato, se entregaron los cuestionarios y se esperó su devolución voluntaria después de leerlos y decidir contestarlos o no. El mismo procedimiento se empleó entre maestros, comunidad, egresados, solo en estos últimos y en las entrevistas telefónicas, se requirió además confirmar la identidad del egresado.

### 3.4 Resultados

Los resultados se integran y se presentan en orden cronológico para comprender mejor sus relaciones con las intervenciones. Los cuadros resumen los principales problemas a partir de los ejes de análisis. Después de cada gráfica se encuentra un análisis de resultados y otros comentarios de importancia. En anexos se muestran otras las tablas de información y los instrumentos utilizados.

**3.4.1 Formación Integral del alumno.** Aún cuando se contaba con encuestas y entrevistas realizadas a los alumnos al término de cada ciclo escolar del primer año de la carrera, se decidió analizar y presentar solo la información de tres momentos puntuales del período de 1993 a 2004, porque se consideraron claves en los cambios o las intervenciones y se intentó que coincidieran con los periodos de entrevista a profesores y comunidad que sólo se realizaron en los años señalados.

1ª. Encuesta alumnos en 1993. En este año se realizó la encuesta al 90% de la generación que había concluido el primer año de la carrera para identificar el desempeño del alumno, explorar el área general de las emociones que experimentaba el estudiante al realizar el TCSC, y detectar problemas de implementación (se calculó la muestra con el 90% de alumnos de cada grupo con un total de 171 alumnos elegidos al azar).

Los resultados sobresalientes son:

- a) En promedio el 77.2% de los alumnos consideraron útil el TCSC como experiencia de aprendizaje y se aplican en su desempeño argumentando en orden de importancia lo siguiente: aprenden sobre medidas preventivas, identifican factores de riesgos a la salud, aplican los conocimientos teóricos al TCSC, aprenden a investigar, a estudiar más para educar a la comunidad y les facilita la toma de decisiones.
- b) En promedio el 84.5% de los alumnos refirió que trabajo de campo les ayudó para su desarrollo personal y social al favorecer las siguientes habilidades: enfrentar la realidad social, demostrar responsabilidad con la comunidad, favorecer

la formación humanística, desarrollo para hablar en público, facilita la comunicación con adultos, motiva la actitud de servicio, otorga experiencia para aplicar técnicas didácticas y para elaborar medios auxiliares.

c) En promedio el 94% percibió agrado al realizar las actividades de trabajo de campo por los siguientes motivos: algunas personas reconocen su trabajo, consideran una buena experiencia para su formación, la comunidad los tratan agradablemente, cumplen con los objetivos que se habían propuesto.

d) En promedio el 36% de los alumnos percibió emociones desagradables en las actividades de TCSC por las siguientes razones: las calificaciones son injustas de acuerdo al esfuerzo realizado, falta de asesoría de los profesores, algunas personas de la comunidad los tratan con indiferencia, hay exceso de trabajo, el gasto en materiales es excesivo, otras áreas académicas les exigen prioridad, el trato con las personas les resulta difícil, les falta más conocimiento para realizar las promociones, los profesores no los motivan, les falta motivación personal o lo ven como sólo un requisito para aprobar primer año.

Cuadro5. Problemas detectados en alumnos e intervenciones de 1993 a 2000

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Contenidos diferentes según en la experiencia del titular.	Elaborar un solo programa académico.	Los profesores titulares realizamos sesiones de trabajo y elaboramos el Programa académico de Epidemiología.
2. Desfase teoría práctica	El programa académico debe integrar los tres componentes: Teoría, TCSC y Seminario.	Las actividades de TCSC coincidieron con teoría y seminario, facilitando la integración del alumno
3. Exceso de trabajo y gasto excesivo	Disminuir el número de promociones.	Disminuyeron las quejas pero persiste la necesidad de un apoyo económico para actividades TCSC.
4. Falta de asesoría	Entregar copia de quejas y comentarios de los alumnos a los profesores de campo.	Algunos profesores han tomado mayor conciencia y atención a la comunicación con el alumno.

...	continuación Cuadro 5	
Problema detectado	Intervención	Resultado
5. Se carece de un Instrumento de evaluación que unifique criterios.	Se presentó como propuesta el instrumento de evaluación individual.	Los profesores aceptaron los criterios de evaluación, pero al no aplicar el instrumento los alumnos se siguen quejando de calificaciones injustas.
6. Falta de motivación por parte de los profesores	Organizar ensayos de todas las actividades de TCSC en el aula para apoyar como grupo a los alumnos antes de ir a la comunidad	Entre los mismos alumnos se motivan e identifican diferentes formas de trabajo con fin de mejorar su actividad
7. Los temas son de poco interés para la comunidad	Se buscaron comunidades con mayor necesidad de recursos en salud en la intención de mejorar el impacto. Y Canteras del Peñón La joya 1996, es una experiencia especial.	El trabajo en comunidades con bajos recursos mejora la participación de las amas de casa, pero se relaciona, desafortunadamente, con situaciones de inseguridad para el alumno ante el aumento de adictos en la calle y vandalismo.

2ª. Encuesta alumnos 2000.- Se aplicó la encuesta al 100% de 4 grupos de alumnos (de 7 grupos de medicina) al término del primer año escolar, por falta de tiempo para encuestar a toda la generación (grupos 1101, 1107, 1109 y 1113 con un total de 112 alumnos), Se aplicó el cuestionario número 4 de los anexos, que como se ve contiene las mismas categorías de estudio que el número 1 solo se propusieron opciones dicotómicas para estudiar las emociones, con base en los resultados de 1993.

Los resultados mostraron:

a) Un aumento al 89% el promedio de alumnos que consideró útil el TCSC como experiencia de aprendizaje. Las habilidades que aumentaron su porcentaje fueron: Identificar factores de riesgo, aplicar técnicas de investigación, elaborar el Diagnóstico de Salud Comunitaria, estudiar más para educar a la comunidad.

b) En promedio la percepción de la utilidad de TCSC para el desarrollo personal y social se mantuvo en 85%, aumentó en la habilidad de aplicar técnicas didácticas y elaborar medios auxiliares, también para hablar en público y para la formación humanística. Fue bajo el porcentaje de alumnos que consideraron acercarse a la realidad porque aumentaron las quejas de la participación de la comunidad y se mostró la demanda de aprender a aplicar dinámicas de grupo que motivaran la participación de la comunidad.

c) El promedio de alumnos que refirieron agrado por las actividades de trabajo de campo bajo al 86%, siendo la variable más afectada el reconocimiento a su trabajo por parte de la comunidad, y los conflictos para el trabajo en equipo.

d) El promedio de alumnos que percibió emociones desagradables disminuyó al 28.7% persistiendo las quejas hacia la falta de asesoría, la baja respuesta de la comunidad, trabajo excesivo, falta de motivación y aumentó principalmente la queja del gasto económico invertido y la falta de material didáctico como básculas y servicio de fotocopiado

Cuadro 6. Problemas detectados en alumnos e intervenciones período 2000 a 2004

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Dificultad para elaborar el Diagnóstico de Salud Comunitaria	Elaborar un manual para el alumno que facilitara la elaboración del DSC	Funcionó incluso para los profesores. Y aún cuando otros titulares crearon su propio manual.
2. Dificultad para integrar el Diagnóstico de Salud Comunitaria	Capturar la información de las encuestas para su análisis en programas computarizados de salud como EPI-INFO. Pero sólo algunos profesores aprendieron a manejar el programa por falta de interés.	Se integró el Diagnóstico de salud con énfasis en la investigación sobre los factores de riesgo materno infantil en la Unidad Habitacional Maria Morelos y Pavón (324 familias. 132 mujeres con 132 niños menores de 5 años) Se invirtió mucho tiempo en la captura y la información no se utilizó en segundo año.

... continuación Cuadro 6

Problema detectado	Intervención	Resultado
3. Inseguridad para desarrollar los temas por falta de asesoría.	Aumentar el trabajo en equipo y fomentar la comunicación con los profesores.	Se implemento la estrategia de establecer tiempos para el trabajo de equipo en el aula con presencia obligada del profesor de campo.
4. Falta de recursos	Se buscó el apoyo institucional para organizar ferias de la salud que motivaran la participación de la comunidad	En 1997 se trabajo con el IMSS para una feria de la salud y se otorgaron antiparasitarios, sueros de hidratación oral, cepillos dentales, aplicación gratuita de fluor, incluso un veterinario de la FES donó vacuna antirrábica. Y otros recursos que fue difícil volver a conseguir.
5. Dificultad para relacionarse con la comunidad	Se pidió mayor intervención de los profesores de humanidades para el manejo de grupos	Se incluyó en el seminario el tema de dinámica de grupos y más estrategias de comunicación grupal.

3ª. Encuesta alumnos 2004. Se aplicó la encuesta a los mismos 4 de 7 grupos de primer año (1101, 1107, 1109 y 1113) Un total de 128 alumnos.

Los resultados son:

a) Aumentó 93% del promedio de alumnos que consideran útil el TCSC como experiencia de aprendizaje, elevando a 100% de los alumnos que expresaron aprender a aplicar medidas preventivas. A 99.2% identifican factores de riesgo. 99% reconocen técnicas de investigación para elaborar el DSC. Las habilidades como estudiar más o reforzar el aprendizaje sufrieron poco cambio.

b) La percepción de la utilidad del TCSC para el desarrollo personal y social aumentó al 96%, al ser más los alumnos que consideraron utilizar más las dinámicas de grupo con su comunidad y utilizar mejor las técnicas didácticas y los medios auxiliares, lo que les facilita hablar en público.

c) El promedio de alumnos que percibieron emociones de agrado se recuperó al 95% al percibir mayor reconocimiento a sus actividades y mayor apoyo de sus profesores.

d) El promedio de emociones desagradables disminuyó al 22%, continuando como queja principal la falta de asistencia de las señoras de la comunidad (solo asisten si se les ofrece alguna recompensa) las quejas por falta de material didáctico, gasto excesivo, trabajo excesivo, y en muy pocos la falta de asesoría.

A continuación se exponen algunas de las intervenciones que sustentan el proyecto pedagógico que se presenta en el capítulo 5

Cuadro 7 .Problemas detectados en alumnos e intervenciones período 2005 a 2007

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Poca participación de la comunidad	Cambio de escenarios como es la comunidad escolar. Con DSC .	Los padres de familia aprueban el trabajo aun cuando no se organizan para participar
2. Falta motivación	Organizar ensayos de todas las actividades en el aula para apoyar como grupo a los alumnos antes de ir a la comunidad	Entre los mismos alumnos se motivan para mejorar su trabajo, escuchan opiniones de otros profesores
3. Exceso de trabajo y gasto económico	Trabajo de grupo para distribuir funciones y gastos en las promociones	El trabajo de grupo disminuye el número de promociones que deben preparar pero están atentos al trabajo de todos. Disminuyendo las quejas.

En el anexo 3 se muestran los gráficos que comparan las experiencias de aprendizaje, sentimientos y desarrollo personal entre los alumnos de 1993 a 2004, se elaboraron algunas notas al pie del gráfico tocando otros elementos de análisis.

### 3.4.2. Función Docente. Resultados de las encuestas realizadas a los profesores de TCSC en 1993 y 2004

El cuestionario a profesores se aplicó en 1993 y por segunda vez en el 2004, porque casi no cambió la plantilla de profesores de TCSC y como se ve en los resultados anteriores y siguientes: Al aumentar los años de docencia y la experiencia, se mejora el trabajo.

1ª. Entrevista a profesores 1993. Se entrevistaron a 20 profesores, proporcionándoles además una encuesta de la cual solo 15 decidieron llenarla y regresarla con los siguientes resultados:

a) Perfil general de los participantes.

Sexo: 4 femeninos (26%) y 11 masculinos (74%).

Edad promedio: 35 años.

Egresados de la FES-Zaragoza: 85.7% y de otra institución: 14.3%.

Tienen otro empleo: 73%.

Promedio de antigüedad como docente: 3 años.

b) Cursos de formación docente: sólo el 33% cuentan con ellos.

c) Respuestas a las preguntas sobre las funciones del profesor.

El 73% declararon conocer el Programa de Epidemiología del primer año.

El 60% refirieron conocer el Plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano.

Acerca de su función docente en las actividades de TCSC el 96.5% identificaron perfectamente las funciones que deben realizar al dar respuesta positiva para algunas como: planear las actividades, revisar los proyectos e informes de los alumnos, evaluar el desempeño de los mismos, organizar el trabajo de equipo, resolver las dudas de la comunidad, otorgar atención médica en caso necesario.

El 25% respondieron negativamente a las preguntas de: asesorar con orientación sobre bibliografía al alumno, ayudarlos durante la exposición de sus promociones o ayudarlos a invitar a la comunidad para que asista a las pláticas.

d) Respecto a los problemas detectados por los maestros acerca de los alumnos:

El 73% refieren que los alumnos carecen de hábitos de estudio.

66% detectan inadecuada comunicación entre los mismos alumnos.

66% refieren falta de motivación tanto para los alumnos como ellos de profesores.

26% refieren que los temas carecen de interés para la comunidad.

13% reconoció comunicación inadecuada entre los mismos profesores.

Cuadro 8. Problemas detectados en profesores e intervenciones período  
1993 a 2000

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Desconocen el programa de Epidemiología	Invitación a participar en la elaboración del programa académico.	Los profesores en general realizamos sesiones de trabajo para elaborar el Programa académico de Epidemiología. Y la jefatura de carrera entregó una copia a cada profesor.
2. Falta de formación docente	Invitación a participar en el programa de superación académica especialmente el Diplomado en Formación Pedagógica implementado en 1996 en FES-Z. y la maestría con sus diplomados en Ciencias de la Salud Pública también en FES-Z desde 2001.	La mayor parte de los profesores del área hemos participado en cursos, talleres y Diplomados que ha ofrecido la FES para elevar el nivel de su planta docente. Ejemplo: Estadística y Epidemiología básica, Diagnóstico de Salud Comunitaria, Talleres de evaluación de trabajo de campo y el diplomado en Promoción a la Salud.
3. Se carece de un Instrumento de evaluación	Se presentó como propuesta el instrumento de evaluación individual	Los profesores aceptaron los criterios de evaluación, pero pocos lo aplican porque hay falta de disciplina.
4. Falta de comunicación entre los profesores	Crear espacios académicos antes de iniciar las actividades	Algunos profesores hemos logrado unificar esfuerzos y alcanzar acuerdos

2ª. Entrevista profesores 2004. Se entregaron cuestionarios a 30 profesores, solo 28 decidieron llenarla y regresarla con los siguientes resultados:

a) Perfil general de los participantes.

Sexo: 11 femeninos (29.3%) y 17 masculinos (60.7%).

Edad promedio: 46 años.

Egresados de la FES-Zaragoza: 15 = al 53.5 %.

Egresados de otra institución: 13 = al 46.5 %.

Tienen otro empleo: 22 profesores (78.5%) pero está relacionado a la atención medica en servicios de salud y por lo tanto están ubicados en las necesidades de formación médica. Solo 3 profesores tienen tiempo completo en la FES-Z y otros 3 tienen ocupaciones diferentes.

Promedio de antigüedad como docente: 15 años.

Son Definitivos en el área por concurso de oposición: 23 profesores (82.1%).

b) Actualización docente.

El 100% de los profesores tienen cursos del programa de superación del personal académico, porque lo pide la institución como requisito para recibir estímulos económicos a través del programa para profesores de asignatura. Pero no todos tienen los cursos que requiere el área de Epidemiología por ejemplo:

- Cursos de formación docente: 72% ha tomado los cursos de formación del SAD 8 profesores aún no han tomado los cursos (14%), se desconoce el motivo.
- Cursos de Epidemiología organizados por la jefatura de Salud Pública con carácter "obligatorio": han asistido el 96%. (No se han organizado para los profesores de nuevo ingreso).
- El 100% refiere haber acudido a otros cursos relacionados con su área de interés.

c) Respuestas sobre la función del profesor.

- Actualmente el 100% conocen el programa de Epidemiología para el primer año, pero lo aplican en diferente porcentaje: solo el 42% (12 profesores) intentan

aplicarlo al 100%. Esto tal vez se debe a que tienen que cubrir los temas del programa porque sobre ello se elabora el examen modular de los alumnos y si no se cubrió el tema el alumno puede solicitar la invalidación de los reactivos, lo que pone en evidencia al profesor ante las autoridades.

Aún así 10 profesores lo aplican un 80% a 90% (21%).

Y 6 reconocen que solo aplican el programa al 70% porque solo esa parte la consideran necesaria, lo demás les resulta poco importante.

- 20 profesores conocen y utilizan *el Manual del Diagnóstico de Salud Comunitaria* (71%). El otro 29% (8 profesores) no lo utilizan porque 3 titulares crearon posteriormente otras versiones consideradas propias, pero en realidad con pocas diferencias al original.
- En la evaluación al *Manual del Diagnóstico de Salud Comunitaria* 16 profesores (57%) consideran útil el manual en un 100%. 11 profesores (39 %) lo consideran útil entre el 80% y solo 1 profesor (que por cierto creo uno propio) lo consideran útil en un 50%.
- El 100% refiere cumplir con sus funciones docentes: de apoyo al alumno durante las actividades de TCSC, supervisión, organización y evaluación del mismo, lo que nos habla de una buena disposición. (Sin embargo algunos todavía adoptan posiciones cómodas: como realizar el menor esfuerzo posible dentro de la comunidad y llegar solo a coordinar la actividad relacionándose muy poco con los integrantes de la comunidad, otros llegan tarde y se van temprano perdidos entre las calles, se resguardan de la supervisión. Son menos los que siguen sin aplicar instrumentos de evaluación concretos y sus alumnos se seguirán quejando de calificaciones injustas o para que no se quejen les regalan calificación).
- A la pregunta concreta sobre desarrollar actividades centradas en la comunidad escuela, el 60% respondió positivamente, 30% aceptaría cambiar solo que se autorice en el nuevo plan y 10% no se decide porque no quiere cambios al programa o “no quiere problemas”. Es necesario comentar que los pocos profesores que no aceptan, son los mismos que no quisieron contestar la encuesta y tampoco desarrollan argumentos en contra de la propuesta.

Cuadro 9 - Problemas detectados en profesores e intervenciones período  
2000 a 2005

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Insuficiente compromiso y responsabilidad con los alumnos y la comunidad.	Integrar el trabajo como grupo guiados por el titular, para que todos los equipos trabajen a la par aún sin el profesor.	Los profesores titulares coordinan las actividades y no hay retraso en las funciones como grupo.
2. Si se trabaja como grupo falta un instrumento de evaluación de grupo	Se presentó propuesta de evaluación de grupo, estableciendo fechas de entrega de productos de trabajo al titular. Para evaluación por portafolios.	La evaluación de grupo permite mejor autoevaluación tanto en el alumno como en el profesor de campo.
3. El profesor percibe la poca participación de la comunidad	Cambio de escenarios a escuelas	Se ha realizado trabajo en escuelas como prueba piloto y funciona, por lo que varios profesores están de acuerdo con esta metodología.
4. Los temas que se abordan en el primer año, ya no corresponden a las necesidades de la comunidad	Trabajar en escuelas es ir a grupos blanco e iniciar tempranamente la prevención en los grupos de alto riesgo. Con los elementos suficientes del alumno de primer año.	En la escuela primaria se pueden aplicar todos los conocimientos del primer año de la carrera y otorgar confianza al alumno sobre el valor de su información bajo el enfoque de riesgo.

Ver el anexo 4 que muestran los gráficos sobre la función docente 1993 y 2004 y otros comentarios. En los que se puede observar en general mayor compromiso con el TCSC y con la institución, así como el esfuerzo para una mejor preparación académica continua. Con impulso de las autoridades, los profesores en general están en disposición de seguir trabajando por la formación integral del alumno.

### 3.4.3 Participación de la Comunidad. Resultados de las encuestas realizadas a la comunidad 1993 a 2004.

1ª. Encuesta realizadas a comunidad 1993. Se logró encuestar a 184 mujeres que acudían a las promociones, pertenecientes a Ciudad Nezahualcoyotl y los Reyes La Paz, con un promedio de edad de 33 años, promedio de asistentes 9 por sesión. (Cabe mencionar que el 100% de las seleccionadas aceptó contestar la encuesta y el 92% negó molestia con los alumnos por tantas preguntas, lo que muestra buena disponibilidad, incluso 47% anotan otras palabras de agradecimiento a los alumnos)

a) Respuesta al interés sobre los temas que trataban las promociones.

El 60% manifestó abiertamente que le interesaban todas las actividades que los alumnos realizaban en sus calles, el otro 40% eligió solo algunos temas de interés pero se abstuvo de emitir comentarios negativos, ninguna marcó la opción acerca de que no le interesaba los temas que se trataban en las promociones.

b) Respuesta a la utilidad de las pláticas para ella y sus vecinas: el 70% respondió afirmativamente y 30% de abstuvieron, no negaron la utilidad.

c) En cuanto a las razones por las que no podían acudir a las pláticas.

El 53% argumentó tener múltiples ocupaciones en el hogar.

39.6% referían tener muchas reuniones escolares.

35% no podían acudir a ese horario.

22% se refirieron trabajadoras.

16% no acudieron por problemas de salud.

16% simplemente anotó no tener tiempo para acudir. Nadie mencionó trabajo inútil.

d) En la evaluación que realizan a los alumnos sobre aspectos académicos de las exposiciones.

El 85% afirman que fue fácil entender a los alumnos.

88% afirman que los alumnos aclaran dudas que surgen en la plática.

77% consideran que el alumno estudia poco el tema.

72% no perciben motivación por parte de los alumnos para seguir las indicaciones.

51 % les pondrían un diez de calificación a su trabajo y las demás entre 8 y 9, ninguna menor calificación.

Cuadro 10. Problemas detectados en comunidad e intervenciones período 1993 a 2000

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. 77% consideran que el alumno estudia poco el tema	Dar a conocer al alumno que no está cumpliendo con las expectativas de la comunidad. Reforzar el tema de técnicas didácticas y medios auxiliares.	El alumno se esfuerza más por buscar información y preparar mejor sus exposiciones. Ensayo en el aula para corregir errores a tiempo.
2. Entre el 30 a 40% presenta abstenciones en opinión de temas y su utilidad.	Se redujo el número de promociones, con base en los temas marcados de interés. La población abierta demanda temas que el alumno aún no domina durante el primer año de la carrera.	Los alumnos comprenden que no son los únicos culpables de la falta de asistencia a las promociones y se tomo la frase: "más vale calidad que cantidad". E invitar población de acuerdo al tema que se aborde.
4. 20% de las señoras emitió alguna queja acerca de los profesores.	Notificar a los profesores que el 20% de las señoras notó que no cumplían su labor con los alumnos.	Algunos profesores tomaron conciencia y responsabilidad. Otros pensaron que no era su caso.
5. El 53% de las mujeres sugieren cambio de horario porque por la mañana tienen otras ocupaciones	No es posible cambio de horario, pero demuestra interés en las actividades de los alumnos	Es más fácil cambio de escenario que cambio de horario de trabajo. El 39.6% comentó no acudir por ir a juntas escolares, así que aquellas que realmente tienen interés acudirán

2ª y 3ª. . Encuestas realizadas a comunidad 2000 y 2004. Se reunieron los resultados de estas porque son muy similares y ambas se realizaron en colonias de Santa Martha, Delegación Iztapalapa. Se reunieron solo 110 encuestas al disminuir el número de asistentes a las promociones a 6 por sesión. Y se elevó el promedio de edad a 40 años, al acudir más mujeres de edad mayor a los 55 años

a) Respuesta al interés sobre los temas que trataban las promociones.

Se marcaron como temas de interés el 96% de los propuestos pero, también demandaban temas sobre enfermedades crónico degenerativas el 4% sobre cáncer, 3% diabetes e hipertensión. Por otra parte son más abiertas a tratar los temas como educación sexual al niño y al adolescente en un 98%.

b) Respuesta a la utilidad de las pláticas: el 80% respondió la opción de muy útil, 20% regular utilidad

c) Sobre la evaluación del desempeño de los alumnos en las actividades de TCSC el 94% consideró bueno pero el 3.2% regular. Ninguna marcó la opción de malo.

d) El apoyo que percibió de los doctores que acompañan a los alumnos de anotó en un 89% bueno y 10.6% regular y 0.4% malo.

e) El motivos por el que no acudieron a las pláticas, aumentó del 22% que se referían trabajadoras ahora son el 40% , así como aparecen 6% que ya conocían el tema y 5% francamente mencionan que no les interesaba ese tema como inmunizaciones o embarazo porque ya no tenían niños pequeños ni estaban en edad reproductiva.

f) En otros comentarios, también llama la atención que el 4% no encontraron en la plática lo que buscaban, en particular muchas deseaban la atención médica gratuita o alguna ayuda material. (En un caso particular un líder de la Unidad José Ma. Morelos y Pavón, quiso condicionar la asistencia de sus seguidores sólo si la

Universidad les otorgaba un consultorio con atención médica gratuita dentro de su Unidad Habitacional).

Cuadro 11. Problemas detectados en comunidad e intervenciones período 2000 a 2005

Problema detectado	Intervención	Resultado
1. Cambian los temas de interés de la comunidad	Intentar exponer temas que no están en el programa como diabetes, hipertensión o cáncer.	Falta experiencia y tiempo a los alumnos para temas extra y los profesores los apoyan poco. Quedando mal con las expectativas de la comunidad.
2. Aumentó el número de mujeres trabajadoras	No es posible cambiar los horarios ni adaptarse a estas necesidades de la comunidad.	Ha disminuido el número de asistentes a las pláticas, aunado a que no hay en el domicilio quien responda las cédulas de encuesta para integrar el DSC.
3. La comunidad demanda estímulos económicos o atención médica	La Universidad no puede responder a las demandas políticas de la población. Cuenta con las UMAI a las cuales puede acudir población abierta, por lo que se les invita para que asistan.	La población que no recibió atención médica y fue canalizada a la UMAI dejó de asistir a las pláticas, algunas calificaron como malo el desempeño de los profesores o inútil el trabajo de los alumnos.

Ver el anexo 5 en el que se presentan algunas gráficas que muestran la participación de la comunidad en trabajo de campo, disminuyendo la asistencia y el interés con respecto para años anteriores, las condiciones demográficas, económicas y de salud han cambiado, proponen otros temas. Por lo que es necesario combinar escenarios, según el tema a desarrollar por alumnos de primer año y dirigirlo a grupos de riesgo.

### 3.5 Consideraciones Finales

De acuerdo a los objetivos planteados para la investigación, confirmamos que las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria siguen teniendo una fuerte influencia en la variable formación integral del alumno y así se reconoce en los resultados de las encuestas realizadas a los mismos alumnos, por ejemplo, cuando expresan experiencias de aprendizaje positivas como: llevar los conocimientos de teoría a la práctica, aprender a promover la salud, identificar problemas sociales y de salud, aprender a estudiar incluso en forma independiente, aprender el autocuidado de la salud y comprender la importancia de la atención integral. En cuanto a competencias, desarrollan actividades cognitivas, pedagógicas, técnicas, metodológicas de investigación, multidisciplinarias, humanísticas y de creatividad e innovación. Consideran que TCSC los acerca a la realidad, les ayuda a su desarrollo personal al aumentar la confianza en sí mismo, aumentar su capacidad de comunicación, de responsabilidad y actitud de servicio, además de la reflexión que los hace más humanistas. Aprenden a relacionar la situación nacional de salud con la salud de sus comunidades y a elevar el valor de la promoción a la salud en su práctica médica. Siempre que su trabajo haya servido para algún miembro de la comunidad, lo evalúan como provechoso. El área de las emociones es la que se encuentra con algunas contradicciones, porque aún cuando la mayoría se siente satisfecho, seguro y les agrada el trabajo, cuando la comunidad no participa, manifiestan desagrado o se conducen a la apatía por la decepción.

La variable que más quejas presenta es la de función docente, pero desde la visión de los alumnos, ya que los profesores refieren cumplir con los objetivos así como estar en formación continua, sin embargo se deben implementar medidas que aseguren esta función y se evalúe constantemente. Otra queja es la falta de claridad de algunos profesores de campo, para transmitir los contenidos del programa, para guiar el trabajo y para utilizar adecuadamente los criterios de

evaluación. Lo que solicitan es un cambio de actitud, evaluaciones justas y más apoyo de sus profesores de campo.

La variable participación de la comunidad ha sufrido cambios de 1993 al 2004, es la que más afecta al desempeño de los alumnos al ver frustradas sus actividades ante falta de audiencia, y esta se debe principalmente a la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo con menor disponibilidad de tiempo para su salud. Aún cuando las actividades pretenden ser selectivas a grupos de riesgo, nos encontramos con resistencia a la participación por miedo al robo o al engaño que sufre nuestra sociedad. Por otra parte, los medios de comunicación han aumentado la orientación a las mujeres sobre temas de salud que presentan los alumnos, por lo que prefieren ver televisión que acudir a una plática de “jóvenes con poca experiencia”.

En general, las quejas no son en el área cognitiva, se trasladan al área de las emociones, de la motivación para cumplir con un trabajo que requiere mucho esfuerzo y dedicación (en ningún momento hemos considerado las actividades de TCSC como algo fácil),

Tampoco se quejan de realizar todas las etapas de investigación para el DSC, solo refieren arduo el proceso de los datos y el análisis de la información por equipo y por grupo, que les lleva muchas horas de trabajo extra a los tiempos establecidos en el aula. Y si a esto agregamos la carga de las demás materias y falta de hábitos de estudio, los lleva a considerar exceso de trabajo. Y si no logramos distribuir adecuadamente esta carga de trabajo, lo que estamos haciendo es generar altos niveles de tensión en el alumno que lo llevan a romper la intención de seguir con el trabajo comunitario.

Los alumnos logran integrar el conjunto de actividades teórico prácticas y expresan un valor altamente positivo respecto a TCSC bajo la reflexión de gran utilidad en su formación médica y la aproximación a funciones que lo acercan al perfil profesional

que se espera de ellos al egreso. Algunos comentan que “se transforman del primer día de ingreso al término del curso”. Reconocen que les ayuda en el control de sus emociones para el trabajo en grupo y equipo, para la comunicación en general perdiendo el miedo para hablar en público.

Simplemente TCSC les resulta laborioso, se requiere mucho trabajo en equipo, así como establecer relaciones sociales en varias direcciones. Por eso el proyecto pedagógico que se propone es de ayuda como un gran grupo, por una parte de pares o compañeros y por el otro del grupo de profesores a quienes se les invita seguir una actuación docente ética, humana, pedagógica, científica y tecnológica, lo que repercutirá en la motivación, autoestima, aprendizaje y formación del alumno. La experiencia de trabajo en escuelas también eleva la autoestima de nuestros alumnos y sería un elemento clave para el manejo de las emociones.

Por otra parte, no dejan de reconocer la utilidad de TCSC para incidir en la salud propia e incluso en la de su familia al intentar aplicar las mismas medidas que promueven, lo que los hace crecer hacia una mejor calidad de vida.

Con los resultados de los egresados decidí formar otro capítulo porque los resultados van más allá de la investigación planeada y cuenta con elementos que considero muy importantes.

## CAPÍTULO IV

### Opinión de egresados sobre el Trabajo de Campo en Salud Comunitaria

Este capítulo presenta los resultados de los alumnos que cursaron Epidemiología entre 1985 y 2004, actualmente son egresados y también son mis exalumnos. Se decidió destinar un capítulo aparte sobre estos resultados de la investigación porque se encontró información cuantitativa y cualitativa de gran interés, que no se agotará en esta investigación. Para ubicar el motivo de entrevistar egresados, recordemos que la jefatura de carrera realizó en 1982 una evaluación comparativa del plan de estudios modular contra el plan por asignaturas y comprobó varias ventajas del plan modular como: la congruencia externa por responder mejor a las necesidades del país, al modelo de atención a la salud y a las políticas del sector salud. Y mencionó que los alumnos de plan modular se adaptaron mejor a las exigencias del servicio social, sin embargo no se describe que hicieron: ¿Cómo lo lograron? ¿Si acaso les ayudó TCSC? Era así muy fuerte el interés por conocer su opinión del TCSC en una expresión libre y con fundamentos a partir de su experiencia actual. Pero sin olvidar el objetivo general de la investigación:

1. Describir los elementos que sustentan la función formativa de todas las actividades de Epidemiología (principalmente TCSC) Identificando el desempeño de alumnos, algunos los egresados, profesores y comunidad.

Y como objetivo específico:

1.3 Indagar la opinión de los egresados respecto a las actividades de TCSC, describiendo desde su percepción fortalezas y debilidades a partir de su servicio social hasta su desempeño laboral.

#### **4.1. Contexto**

Los egresados de quienes tuve el honor de ser profesora son un gran orgullo personal y hubiera querido entrevistarlos a todos, pero no fue posible, inicié por

desempolvar las listas de alumnos de 1985 en adelante. El proceso de integrar la base de datos con todas las listas llevó largas horas de trabajo, después localizarlos, realizar entrevistas tanto personales como telefónicas, pero el esfuerzo resultó altamente satisfactorio, como siempre, recordar es vivir nuevamente la experiencia. Sólo de 1985 a 2004 tenía una lista que rebasa los 1500 alumnos.

Cada año entran a la FES Zaragoza a estudiar la carrera de médico cirujano un promedio de 300 alumnos por año. Y tengo la fortuna de haber colaborado directamente en la formación de más de una tercera parte de las generaciones en los últimos 24 años.

Tan solo mis grupos han visitado más de 40 comunidades diferentes alrededor de la Facultad, nos hemos entrevistado con un promedio de 1000 familias por año y cada equipo de 7 a 8 alumnos realiza por lo menos 8 actividades de promoción a la salud en su año escolar; Lo que representa 800 eventos a los que asistieron en promedio 7 personas por evento y han recibido algún mensaje de salud. Todo esto se resume en un número muy importante de personas de la comunidad que han participado con los alumnos para su formación integral, El impacto de las intervenciones, desafortunadamente se limita a la evaluación entre alumnos y comunidad, a los agradecimientos y reconocimientos, sin contar la FES-Z con un archivo histórico concreto, En lo personal llevo registro de calles visitadas y conservo informes elaborados por los alumnos sobre sus actividades. En el anexo 1 se encuentra los mapas de las comunidades visitadas por mis exalumnos, en Cd. Nezahualcoyotl, Los Reyes la Paz y la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal.

#### **4.2 Perfil de los exalumnos**

Primero se presentan algunos resultados de la base de datos de los 1500 alumnos, porque se relacionan con algunos objetivos del plan de estudios,

posteriormente los resultados de los ciento cincuenta egresados entrevistados. Se tomó esta muestra de exalumnos porque representan un 10% del listado. La selección fue por sorteo simple tomando 3-4 de cada lista de grupo, cuando no era posible localizar al seleccionado inicial se tomaba otro del mismo grupo hasta completar la muestra. Muchos habían cambiado de domicilio, pero sus padres que se encontraban ahí o entre sus compañeros conseguían los nuevos teléfonos hasta lograr la entrevista.

a) Perfil general.

- De 1500 alumnos predominan las mujeres con un 56.8% y 43.2% hombres.
- 72.8 % de los alumnos pertenecen a 3 de las comunidades del área de trabajo de campo: 43.7 % a Ciudad Nezahualcoyotl, 2.5 % a Los Reyes la Paz, y 26.6% a Iztapalapa. Y la mayoría continúa residiendo en su lugar de origen. (Debe considerarse un acierto de los fundamentos para fundar la FES-Z: acercar la educación universitaria al oriente de la ciudad).
- La mediana de edad al ingreso del primer año de la carrera es 17años, solo el 8% de los alumnos rebasan los 20 años.
- El 62.9 % estudiaron el bachillerato en los Colegios de Ciencias y Humanidades, principalmente plantel oriente, 20.9% en la Escuela Nacional Preparatoria y predominan del plantel número 2, un 6% provienen de escuelas privadas y el 10% de colegios de zonas aledañas pero en el Estado de México y otros.
- De 1500 en la lista solo 965 terminaron la carrera, lo que significa un 24% de deserción escolar considerado muy alto, siendo las principales causas referidas: necesidad de trabajar, matrimonio, cambio de carrera y pocos señalaron dificultad para adquirir los conocimientos de la carrera en general.
- Sí se encontró asociación entre el promedio de calificación al término del primer módulo con la deserción, por ejemplo:  
159 alumnos obtuvieron 10 de calificación y solo desertaron 6 o sea el 37%  
Mientras que de 51 alumnos que reprobaron Epidemiología, los 51 desertaron lo que representa el 100%. Pero en las entrevistas de algunos desertores, nunca

culparon o relacionaron la materia como causa de su deserción, incluso algunos refirieron que les agradaba el TCSC.

b) Ocupación actual.

Se identificó el sitio de trabajo de 535 egresados, algunos tienen dos trabajos, combinando la atención médica con la docencia, o el nivel público con el privado.

- 77% está trabajando en el primer nivel de atención.
- 15% en segundo nivel de atención.
- 4 % en tercer nivel de atención.
- 4% en docencia.

c) Sobre la realización de especialidad:

- El 35.9% lograron una especialidad (281 alumnos).
- 64.3% continúan como médicos generales (501 alumnos).

d) Las especialidades detectadas:

- 35 Pediatría
- 30 Medicina Familiar
- 27 Anestesia
- 14 Ginecología
- 13 Ortopedia
- 13 Cirugía General
- 13 Radiología
- 11 Medicina Interna
- Y otras 11 especialidades diferentes con menor número de participantes

La situación de trabajo y la posibilidad de ingresar a una especialidad, confirman que el plan de estudios cumple sus objetivos al egresar alumnos competentes, y no olvidan las actividades de TCSC ni su función de promover la salud.

## e) Instituciones en las que trabajan

Cuadro 1. Egresados que trabajan en Tercer Nivel de Atención

Nivel de atención	Institución	No de alumnos
TERCER NIVEL :	CMN La Raza	9
	HG de México	4
	CMN Siglo XXI	3
	20 de noviembre	3
	HG Juárez	3
	Hospital Ángeles de Pedregal	1
	HG López Mateos	1
	Militar	1
	Instituto Nacional Cancerología	1
<b>Total</b>		<b>26</b>

Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2000 y algunos tienen dos trabajos

Cuadro 2. Egresados que trabajan en Segundo Nivel de Atención

Nivel de atención	Institución	No de alumnos
SEGUNDO NIVEL:	HG IMSS	52
	ISEMYN	5
	Hospitales. DDF	18
	Hospitales. Privados	11
	Infantil de México	2
	Hospital La Perla	3
	La Villa	2
	Rubén Leñero	1
	Fray Bernardino	1
	Hospital de la Mujer	1
	Clínica Londres	1
	Hospital en España	1
	Hospital Gral. en Veracruz	2
<b>total</b>		<b>100</b>

Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2000 y algunos tienen dos trabajos

Cuadro 3. Egresados que trabajan en Primer Nivel de Atención

Nivel de atención	Institución	No de alumnos
PRIMER NIVEL	Privado	407
	IMSS	36
	ISSSTE	26
	SSA	24
	DDF	9
	otro	11
	DGE	1
total		514

Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2000 y algunos tienen dos trabajos

Cuadro 4. Egresados que se dedican a la Docencia

Nivel de actuación	Institución	No de alumnos
DOCENCIA	UNAM	17
	UNITEC	1
	UPICSA	1
	POLITECNICO	2
	CONALEP	1
	SEP	1
total		23

Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2000 y algunos tienen dos trabajos

En este aspecto de las instituciones en las que se desarrollan, observamos que son la mayoría del sector salud, lo que confirma la posibilidad de adaptarse a los programas del sector salud. En cuanto a los que desarrollan la medicina privada, cabe comentar que tienen sanatorios o consultorios en la zona oriente, sirviendo a las comunidades de origen o a zonas marginadas colindantes con municipios del Estado de México, Puebla y Tlaxcala.

### **4.3 Experiencia de actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria.**

“Las experiencias con motivaciones positivas aumentan la memoria y los significados como función cerebral básica” (Gallegos, 2001). Por lo tanto, aquellos alumnos que expresaron rápidamente recuerdos gratos de las actividades de TCSC, probablemente tuvieron mayor motivación que aquellos que no tuvieron la misma facilidad.

- Bajo este concepto la primera pregunta después del saludo fue acerca del recuerdo de su trabajo de campo en el primer año. Y resultó sumamente satisfactorio escuchar que el 99% inmediatamente me identificó y refirió como muy buena experiencia el TCSC, formativa y un acierto del plan de estudios.
- Todos los localizados aceptaron la entrevista, incluso el Neurocirujano oncólogo que localice vía celular en el Instituto Nacional de Cancerología y el cual amablemente sugirió se incrementara la cantidad y calidad de investigación ya que él a eso se dedicaba y le hubiera sido más útil profundizar en estadística que en técnicas de promoción (compréndase su postura).
- 74 % de los entrevistados realizaron su servicio social en el interior de la República Mexicana y presentaron para su titulación el Diagnóstico de Salud de su área de trabajo, junto con el informe del programa de actividades realizadas para resolver los problemas prioritarios de la comunidad. Es por eso que la primera relación directa fue la utilidad de Epidemiología y de las actividades de TCSC para elaborar dicho DSC.
- El 26% de los que se quedaron para el servicio social en el Distrito Federal fue porque se prepararon para el ingreso a la especialidad o por problemas familiares, pero también realizaron informes y los conocimientos de estadística, Epidemiología y TCSC les ayudaron a ordenarlos con facilidad.

- A la pregunta si aplicaron los elementos que se revisan en teoría de primer año para la elaboración de su DSC o si aún los aplican
  1. El 55% sólo lo utilizaron para el servicio social (83 alumnos).
  2. El 27% lo siguen utilizando para algunos trabajos de investigación (41 alumnos). Consideran útiles las bases de epidemiología.
  3. 15.5% lo utilizan y estudiaron aún más porque están en docencia (23 alumnos).
  
- A la pregunta de ¿Cuál de las actividades de trabajo de campo aplicó durante su servicio social? , el 100% contestaron que casi todo, el 100% desarrolló actividades de promoción a la salud en grupos por lo que más les había ayudado es la parte de comunicación y la confianza de hablar en público para las promociones, utilizaban diferentes técnicas didácticas y medios auxiliares
  
- Todos consideraron que las actividades de trabajo de campo les ayudó a realizar con mucho agrado su servicio social.
  
- El 80% refieren que TCSC sí influyó fuertemente en su formación y desarrollo personal, el 20% consideran regular la influencia en su formación, porque lo atribuyen más a bases familiares o conservan su visión sociocultural al identificar experiencias sociales más fuertes que los han formado.
  
- A la pregunta sobre su competencia profesional como egresado de La FES Zaragoza., el 100% dijo que sí se considera competente en su área, e incluso al compararse con otras instituciones, se consideran con más competencias en todas las áreas médicas y socioculturales que les permite un buen desempeño laboral. Se consideran con amplio criterio y reflexivos. Y esto se confirma analizando sus puestos de trabajo, muchos son directivos en centro de salud o tienen puestos de docencia en hospitales o coordinaciones en instituciones públicas y privadas a nivel salud y docencia. Incursionan en la investigación, son directores en sociedades médicas etc.

- En cuanto a la contribución que perciben del TCSC para el manejo de las emociones durante su formación: 46% consideran que influyó totalmente generando confianza para comunicarse, 32 % refieren regular influencia, porque en general TCSC les resultó agradable y 22% contestó que no influyó porque realmente ya dominaban sus emociones por influencia familiar.

- A la pregunta si trabajo de campo contribuyó de alguna manera para tener mayor confianza social, desarrollo personal o humanismo: 48% dijeron que sí totalmente que cambiaron del inicio del curso al final del año sintiéndose más satisfechos de ellos mismos y contentos con las relaciones con la comunidad. El otro 52% refirió contribución en grado moderado, pero porque separan:

1. El desarrollo personal en donde la mayoría se consideraban sanos y seguros desde el primer día de clase por bases familiares.

2. En cuanto a humanismo, se consideraban “humanistas no valorados” reclamando que algunas personas de la comunidad no reconocen su dedicación, su esfuerzo y eso les duele. Otros refieren que su equipo no los apoyaba o que sus profesores les exigían sin recibir reconocimiento en las calificaciones.

En este punto se les preguntó cómo se sintieron cuando trabajaban con niños en sociodramas o teatro guiñol y el 100% refiere que la emoción de los niños les hacía sentirse más satisfechos.

- Por último en cuanto a calificar el valor de sus actividades de primer año en salud comunitaria desde su visión actual: el 76% la califican muy buena (mb) y no requiere cambios, 23.8% como buena (b) porque sugiere cambiar algunos contenidos, escenarios, distribución de tiempo, entre otros y solo el 1 alumno prefirió no emitir juicio lo que se consideró malo. El cuadro de fortalezas y debilidades desde esta perspectiva se encuentra adelante.

- El 100% está de acuerdo en la función formativa de las actividades de Epidemiología en general, consideran que es un área indispensable para la formación médica, que los ubica en la realidad, incluso el seminario es un buen

espacio que les ayuda a reflexionar, pero algunos quieren cambiar temas y dinámicas. Una conclusión general es que TCSC debe seguir, solo con algunas sugerencias que se presentan adelante.

Los resultados que intentan traducir a números la experiencia, se quedan cortos cuando pasamos al plano de la individualidad, por lo que a continuación presento algunos comentarios.

Varios egresados siguen recordando como invaluablemente formativas sus primeras experiencias con la comunidad, tienen muchas anécdotas positivas y consideran que realizaron un buen servicio a las personas que asistieron, aunque algunos reconocen que no estudiaban al 100% y que podrían haber sido mejores.

Otros comentan que el grado de confianza que desarrollaron para abordar el trato con grupos, se refleja en algunas de sus actividades cotidianas: los que incursionan en la investigación y en tercer nivel no tuvieron miedo de enfrentarse a la elaboración de proyectos, al trabajo en equipo, al proceso de reflexión o a la expresión y defensa de sus ideas.

La gran mayoría siente agrado al entregar sus informes de servicio social y ser aceptados casi sin correcciones, comentan que les piden protocolos mucho más sencillos de lo que aprendieron, como es el caso de BASS, quien trabajó en el centro de Salud T-II del Ajusco y además del DSC se dio el tiempo de realizar una investigación sobre los resultados del papanicolau de la unidad médica, promocionó el estudio, tomó las muestras a 100 pacientes, interpretó los resultados, otorgó educación a la salud a las pacientes y publicó sus resultados recibiendo un reconocimiento.

Otro caso VDV urgencióloga encargada de la docencia de los residentes en el servicio de urgencias del HGZ 25, elaboró un manual de urgencias por intoxicaciones, basada en que sus trabajos anteriores habían tenido buen

reconocimiento y se le facilitaba expresar ideas. Como miembro de la Sociedad Mexicana de Urgencias tiene reconocimiento internacional.

Varios de los que tienen especialidad y trabajan en segundo o tercer nivel consideran que TCSC los ayudó a ser más sencillos y humanos en el trato con el paciente “más que los médicos de otras instituciones”. Todos siguen ejerciendo la promoción a la salud. Una anesthesióloga dice que puede manejar mejor la tensión emocional del paciente por la facilidad de la comunicación. Otro que trabajó en Oaxaca logró buenas relaciones “y eso que se consideran los mismos oaxaqueños muy desconfiados”.

Casi todos consideran que realizan un servicio social de calidad porque se “adaptan mejor a los programas institucionales actuales que hacen énfasis en la promoción a la salud y la prevención de la enfermedad”.

“Los valores y la ética en sus actividades son mucho mejor que en otros médicos de otras instituciones”. Nos comenta la directiva del Programa Nacional de Salud Comunitaria e integral en la Fundación para la Mujer y la Familia A.C.. “algunos alumnos de otras universidades no les gusta el trabajo comunitario porque no saben llegar a la comunidad”.

La mayoría maneja el enfoque de riesgo, por ejemplo: un médico escolar del CONALEP lo utiliza en sus detecciones y programas de intervención, lo que le ha permitido en estudios de bulimia y anorexia detectar a alumnas en riesgo, las envió para apoyo psicológico, llevó su control y educación y lleva aún su seguimiento. Igual se interesa por investigar alumnos con riesgo para adicciones, acercándose a los jóvenes con cordialidad, respeto y apoyo educativo. Algo similar refirieron otros 2 exalumnos que trabaja en servicios médicos de la la SEP y UNAM e investigan epilepsia, depresión y suicidio.

Son varios los que aplican servicio-docencia e investigación y refieren que lo aprendieron de Epidemiología y sus actividades en TCSC.

#### **4.4 Opinión de los egresados sobre el área de Epidemiología en general (sugerencias).**

Acerca de Teoría:

1. Crear mayor conciencia en el alumno sobre la importancia de investigar porque es una herramienta básica en la vida profesional.
2. Profundizar aún más en la metodología de la investigación y prueba de hipótesis.
3. Disminuir el horario de trabajo de campo (tres horas podrían ser suficientes cuando se lleva una adecuada planeación) y compensarlo con más de teoría en Epidemiología y en Salud Pública.
4. Consideran útil el manual de DSC incluso para el servicio social (“hasta exige más que el mismo informe del servicio”).
5. Los conocimientos que adquieren en teoría les otorga una visión epidemiológica más amplia que les permite elaborar con facilidad estudios bajo el enfoque de riesgo, estudios de brote, aplicar cercos epidemiológicos e implementar medidas de control, por lo que se deben poner más ejemplos.

Acerca de TCSC

6. Crear mayor conciencia en la promoción a la salud, porque es la tendencia de los nuevos programas de salud y las nuevas generaciones deben prepararse más.
7. Que los maestros favorezcan el “amor a campo” con el ejemplo.
8. Manejar los mismos temas, porque la gente sigue teniendo problemas de nutrición, higiene y riesgos de enfermedades prevenibles.
9. En el servicio social varios trabajaron también en escuelas y les parece buena idea que los alumnos combinen escuela y comunidad.

10. Insistir con algunos maestros de campo para que sus actitudes con responsabilidad y no pierdan el tiempo que para la formación del alumno resulta valioso, aprovechar hasta el último instante en la escuela para no llevarse trabajo a casa que luego es lo pesado.
11. Otras sugerencias para mejorar la asesoría de los profesores.
12. Seguir enseñando técnicas y medios auxiliares en educación porque siempre realizan más promociones que los médicos de otras universidades.
13. Seguir aprendiendo a trabajar en equipo, porque les permitió también formar equipos de trabajo en sus instituciones y equipos multidisciplinarios para investigar problemas.
14. El trato con adultos de la comunidad les dio confianza y facilitó la relación con autoridades de salud.
15. Los pediatras felicitan la visión integral que se les fomenta: atender familia individuo y comunidad en etapa de riesgo y daño en su aspecto bio- psico-social, ya que es la base para el tratamiento del paciente pediátrico.

Acerca de Seminario:

16. Evitar que algunos maestros se pierdan en temas políticos, de acuerdo a los nuevos problemas de salud hay que actualizar el programa constantemente.
17. Contar con computadoras para trabajar la información en salud, y algunas veces utilizar el horario de seminario para recolectar información de fuentes indirectas.

A continuación se presenta un cuadro que resume algunas propuestas que se toman en cuenta para el proyecto del capítulo 5, cabe aclarar que se utilizan los términos que muchos de ellos emplearon desde una postura administrativa e institucional. También en el anexo 6 se encuentran gráficos de resultados con más comentarios.

Cuadro 5. Fortalezas y debilidades del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria primer año de la Carrera de Médico Cirujano en la FES-Zaragoza

Fortalezas	Superar debilidades
Otorga las bases y el interés por la investigación	Incluir aún más metodología de la investigación
Los prepara para el servicio social y para trabajar en cualquier lugar o institución.	Mejorar asesoría y apoyo para el manejo de sus emociones durante las promociones
Otorga bases para la docencia	Organizar el tiempo destinado a TCSC para aprovecharlo al máximo.
La visión hacia el trabajo comunitario es de agrado y responsabilidad. Y lo valoran más que en otras universidades	Favorecer en aula el desarrollo de trabajo en equipo para no “perder” tiempo
Desarrolla competencias profesionales y para la vida laboral.	Aumentar horas para la teoría sobre Epidemiología. Para que el alumno valore más cada tema.
Genera confianza en la relación social	Los profesores de TCSC deben enseñar más con el ejemplo.
El manual de DSC es útil. También para el servicio social	Coordinar el trabajo en equipo porque así trabajaran mejor en la institución.
El trabajo en escuelas es buena opción	Otorgar equipo de computo el la UMAI para aprovechar el tiempo de proceso de la información
Se adaptan al trabajo institucional por tener elementos para responder a programas.	
Identifican problemas de salud e intentan enfrentarlos con responsabilidad	

La visión filosófica y pedagógica del modelo de enseñanza modular de la FES Z, los principios y componentes curriculares del plan de estudios de la carrera de médico cirujano y los fundamentos y estrategias del TCSC se evalúan en la práctica de sus egresados: Las competencias desarrolladas les permiten desenvolverse en varias áreas de trabajo como: el campo de la investigación, elaboración de proyectos de salud, ejercer la docencia y puestos directivos o servicio médico en general de alta calidad. Hasta se da el caso de 3 alumnos epidemiólogos que recuerdan cómo las actividades de TCSC fueron determinantes de su preferencia profesional.

Por otra parte, la mayoría de los egresados de FES-Z realizan su servicio social en el interior de la República Mexicana y presentan para su titulación el Diagnóstico de Salud de su área de trabajo, junto con el informe del programa de actividades realizadas para resolver los problemas prioritarios de la comunidad. El impacto global de sus programas de servicio social con promoción de la salud no ha sido evaluado. La mayoría considera que han alcanzado pequeños logros en salud que en su conjunto es de alto impacto para la salud de los mexicanos.

Los resultados de esta muestra de egresados entrevistados es un estímulo para esforzarnos y comprometernos más estrechamente con la formación integral de los futuros profesionistas con calidad humana.

## CAPÍTULO V

## PROPUESTA

Un Proyecto pedagógico, para las actividades de Trabajo de Campo en Salud Comunitaria. Primer año de la carrera de médico cirujano.

FES – Zaragoza UNAM.

El Trabajo de Campo en Salud Comunitaria (TCSC) es una actividad rica en elementos para el aprendizaje de los jóvenes, es aprender además de los determinantes de la salud, elementos de la cultura y algo de sabiduría para la vida. El alumno asimila en forma gradual y efectiva ese conocimiento tal como se demostró en los dos últimos capítulos: los que terminan el primer año de la carrera logran iniciarse en el aprendizaje de la investigación, la docencia y el servicio, las actividades les resultan de utilidad en su desarrollo personal, humanístico e inicio del desarrollo de competencias profesionales. En tanto que los egresados confirman la utilidad de este aprendizaje a través de su aplicación en la experiencia profesional y al elevar el valor de la prevención y la promoción a la salud en sus actividades. Así, los objetivos del plan estudios se cumplen y la metodología de la enseñanza modular es efectiva para los fines, no queremos cambiar la estructura curricular ni los programas y debemos seguir realizando TCSC porque cumple con la función formativa integral para lo que fue creado. Pero las investigaciones también han permitido identificar sus puntos débiles a nivel operativo y este proyecto, considerado a nivel de “aula”, pretende incidir en ellos, sistematizando las actividades sin afectar la creatividad de los participantes, sólo optimizando recursos en general.

### **5.1 Contexto y antecedentes.**

En la FES-Z existe libertad de guiar las actividades de TCSC porque deben adecuarse a las necesidades de la comunidad, lo que a su vez ha permitido incursionar por diferentes procedimientos pedagógicos, aplicar nuevas estrategias

de enseñanza, diferentes medios y técnicas didácticas; todo en el intento por alcanzar el objetivo del plan de estudios: *formar profesionales concientes de la realidad, con los más altos valores científicos y humanísticos, socialmente útiles y con pleno desarrollo de sus potencialidades.*

Pero no queda duda que las necesidades de la comunidad cambian, son menos las personas dispuestas a abrir sus casas por miedo a la inseguridad, son muchas las madres de familia que trabajan y no están o no pueden acudir a las pláticas, son más los niños que sólo tienen como educador en salud al televisor. Otras veces los asistentes a las promociones son adultos mayores y no podemos cubrir con alumnos de primer año las expectativas de esta población que demanda más atención a la enfermedad que promoción a la salud o piden tratar temas médicos como enfermedades crónicas degenerativas para los cuales el alumno todavía no tiene las bases fisiopatológicas para explicarlas. Últimamente incluso se percibe que al invitar a la comunidad, se les menciona el tema y responden que “ya está informada por los medios de comunicación sobre el tema propuesto y no les interesa el mensaje”.

Por otra parte, el desplazamiento de los alumnos es disperso entre las calles y también son víctimas de la inseguridad, les roban sus equipos de cómputo y cuantas pertenencias lleven. En ocasiones los profesores tienen cursos u otro motivo que los ausenta y no podemos dejar al equipo para que acuda sin apoyo a cumplir la responsabilidad con la comunidad.

En el 2001, durante un diplomado en la FES-Z, La Dirección General de Promoción a la Salud nos informó de los programas: Escuelas Saludables y Comunidades Saludables que figuraban con la apertura en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Este conocimiento se integró al programa académico de Epidemiología, junto con la información sobre las reuniones internacionales de Promoción a la Salud (PS), como la celebrada en México 2000, se retomó la lectura de la carta de Ottawa, las limitaciones de la estrategia de Atención Primaria

para la Salud y la PS como elemento principal en la llamada “Nueva Salud Pública”.

Así, ante los problemas con la comunidad en las calles y con fundamento en el Programa Nacional de Escuelas Saludables, en el ciclo escolar 2002 un equipo de profesores nos presentamos con un grupo de alumnos para seguir nuestra función formativa y de servicio al realizar Promoción a la Salud en la Escuela Primaria Profesor Efraín Bonilla Manzano en Santa Martha Acatitla, delegación Iztapalapa. No era necesario cambiar el programa solo se adaptó a la “comunidad escuela”, involucrando a todos sus actores: alumnos, padres de familia, maestros y comunidad. Cada equipo se hizo responsable de un grado escolar, (para los niños de sexto formamos un nuevo equipo). Se organizó un programa para informar a las profesoras de primaria sobre las bases de la estrategia de PS, se aplicaron como siempre varias técnicas didácticas, cada equipo demostró su creatividad adaptando los medios auxiliares a la edad de los alumnos.

Fue una muy buena experiencia, al realizar alguna actividad en escuela primaria, la percepción con respecto al alumno cambia: para los niños “los doctores” son ídolos, modelos, que inspiran confianza, son “los grandes que saben más”. Y esto motiva más a los alumnos de medicina para promover la salud, se comunicaban con los niños sobre otros temas además de transmitir mensajes de salud, incluso durante el recreo escolar convivían, se divertían y disfrutaban sus actividades, se daba así, el aprendizaje sociocultural con beneficio para ambas partes.

Se trabajo también con padres de familia para aplicar las encuestas socioeconómicas y en reuniones sobre temas de nutrición, educación sexual, prevención de adicciones. El tiempo resulto insuficiente para el intenso ritmo de trabajo y por eso generó algunas quejas como: exceso de trabajo, exceso de temas, gasto, presiones para planeación y ejecución principalmente. Pero el problema principal fue el desfase para los alumnos cuando pasaron al segundo año y no pudieron continuar con el trabajo iniciado, más aún, en una mala

intención, el profesor titular de segundo evaluó como inadecuado el trabajo para la materia y se les regresó a elaborar el Diagnóstico de Salud en las calles. Afectando la autoestima de los alumnos al degradar su trabajo. Otra condición que afectó, fue la etapa de certificación de la FES-Zaragoza en el 2003 y se tuvo que regresar al trabajo en calles, porque: “el Plan de Estudios no dice que TCSC se realiza en escuelas”.

En un intento por evaluar la actividad se realizaron encuestas entre los alumnos que participaron de la experiencia para conocer su opinión, pero bajo el castigo de “hacer todo el Diagnóstico de Salud que debieron realizar en el primer año ahora sólo en el primer módulo del segundo año”, era de esperarse su decepción, sin embargo en una escala del 1 al 10, la mayoría autocalificó con promedio de 9 su trabajo, el esfuerzo para promocionar la salud con 7, La relación con los niños 9, el apoyo de sus profesores de campo 6. El 85% expresó que regresaría a la experiencia ya que la consideraron importante y les interesaría seguir promoviendo la salud entre los niños en los que observaban más beneficios que en los adultos.

En las entrevistas con las profesoras de la Escuela Primaria nos pedían que regresáramos, que había sido de mucha utilidad para padres y alumnos, incluso solicitaban temas en relación a prevención de adicciones y de la violencia intrafamiliar. (Se pueden consultar las tablas de resultados sobre dichas encuestas en el anexo 7).

## **5.2 Objetivo del proyecto**

1. Realizar el TCSC en la comunidad de escuela primaria y en área de influencia a la misma, demostrando sus beneficios para los alumnos.
2. Mantener la función del TCSC para la formación integral del alumno.
3. Realizar la promoción a la salud desde los primeros años de la etapa escolar obteniendo mayor impacto en el autocuidado a la salud de las futuras generaciones, involucrando a maestros y padres de familia.

### **5.3 Descripción del Proyecto Pedagógico.**

Corresponde al área de Ciencias de la Salud pública, área académica Epidemiología, componente práctico: trabajo de campo, 5 horas a la semana, carácter obligatorio, 51 créditos; nivel académico primero (ubicación: primer año de la carrera de médico cirujano), en sus cuatro módulos: La Salud del Hombre y su Ambiente, Crecimiento y Desarrollo Intrauterino, Parto, Puerperio y Período Perinatal, Crecimiento y Desarrollo Extrauterino; duración 40 semanas. Relación horizontal con las áreas de ciencias clínicas, salud mental, bioquímica, microbiología, histoembriología y humanidades. Relación vertical con el segundo año de la carrera de médico cirujano.

El módulo La Salud del Hombre y su Ambiente, tiene como eje integrador la atención a los problemas de salud que derivan de las relaciones biopsicosociales del ser humano con su entorno. Y las actividades de servicio comprenden la identificación en individuos y comunidad de riesgos derivados de la insalubridad ambiental, así como de las deficiencias y desbalances alimentarios.

Los módulos Crecimiento y Desarrollo Intrauterino, Parto, Puerperio y Período Perinatal y Crecimiento y Desarrollo extrauterino tienen como eje integrador la atención a los problemas de salud inherentes a los diferentes grupos etáreos en ambos sexos y las actividades de servicio se dirigen al control de riesgos prioritarios de los grupos poblacionales más susceptibles: el materno infantil. Tales actividades se integran a las del módulo precedente.

El proyecto corresponde al tipo de “aula”, considerado la última etapa de planificación curricular, para cumplir con el proyecto del plantel, utilizando la misma metodología de la enseñanza y de evaluación del aprendizaje propuestos por la institución y manejados en el capítulo de antecedentes.

El proyecto se desarrolla en Escuelas Primarias aledañas a las Unidades Médicas de Atención Integral (UMAI) y en algunas calles de influencia a la primaria. Primero se elabora el Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) con los mismos elementos de la metodología de investigación científica como marca el manual elaborado para dicho fin. Considerando universo de estudio la colonia a la cual pertenece la escuela primaria. Como muestra la comunidad escolar y 5 calles definidas y delimitadas por su ubicación como área de influencia a la primaria. Las unidades de observación de quienes se recolectan datos son los escolares y sus familias de primero a sexto grado y que habiten en el área de influencia, (previa autorización por escrito de los mismos padres de familia durante una reunión de presentación e información sobre el proyecto). Las variables socioeconómicas de la primera parte del DSC se investigan con base en preguntas que el escolar pueda resolver con veracidad. El resto de las variables se interrogan a los padres de familia visitando su domicilio o en juntas escolares y a la comunidad del área de influencia que acepte participar. Los datos se procesan siguiendo el plan de análisis y presentación de la información del manual. Los resultados del DSC se presentan a los padres de familia en una segunda reunión invitando a la comunidad que también participó e informando sobre los medios para entregar los resultados de las detecciones que se vayan realizando a los escolares hasta el 1º de julio (semana en que termina el ciclo escolar) A los niños también se les mantiene informados de los resultados empleando lenguaje a su nivel y en las actividades que promueven el valor de la salud. En agosto se realizan algunas promociones en la comunidad, para continuar en septiembre en la escuela.

Las primeras actividades inician con los niños de sexto grado porque en julio abandonan la escuela y deben recibir acciones de promoción para el autocuidado de su salud, así como detecciones prioritarias. Aquellos escolares que requieren ser evaluados con examen médico se llevan a la UMAI para estudios básicos o aprovechando el convenio de Escuelas Saludables y Centros de Salud se pueden canalizar los niños con problemas nutricionales, visuales, posturales o riesgos de adicciones, recibiendo consulta gratuita y seguimiento en el Centro de Salud

correspondiente. Esto último aumenta las opciones para que los padres de familia nos permitan acercarnos a sus hijos (Debemos recordar que el 50% de la población mexicana no tiene acceso a seguridad social). Conforme avanza el programa, se va trabajando con los otros grados escolares.

El objetivo de formación integral para el estudiante de medicina se sigue cumpliendo con base en los principios del Plan de Estudios y del Programa de Epidemiología que fueron expuestos, en las mismas funciones y tiempos, sólo se organizan los métodos didácticos para acercarse al conocimiento del proceso salud-enfermedad en este contexto, se implementan estrategias de aprendizaje que sean útiles para desarrollar en el individuo destrezas y habilidades para aprender, así como, para vivir en todo el sentido de la palabra. Las metas son factibles al organizar en trabajo con una distribución equitativa de funciones, esfuerzo y gasto. Se elabora un cronograma de actividades, lo que permite respetar y distribuir el ritmo de trabajo, recolectar la evaluación, los instrumentos y evidencias necesarias sobre el desarrollo de las competencias adquiridas con el TCSC.

### **5.3.1 Ventajas del proyecto pedagógico en escuelas:**

Las ventajas del proyecto son la justificación para llevarlo a cabo, son varias las variables que se pueden estudiar para analizar las ventajas del trabajo en escuela, pero se han construido 7 ejes de análisis relacionándose con los principales beneficios obtenidos y se muestran en el cuadro siguiente.

Cuadro 1 Variables que describen los beneficios del TCSC en escuelas

EJE DE ANÁLISIS	BENEFICIO (CATEGORÍA)
1 SEGURIDAD DE LOS ALUMNOS	1.1 Acudir juntos a un solo sitio de trabajo 1.2 Disminuir tiempos de traslado (van y regresan juntos) 1.3 Optimizar horarios de teoría, práctica y seminario
2 TRABAJO DE GRUPO	2.1 Disminuir la carga de trabajo 2.2 Aumentar el plazo para elaborar los medios auxiliares y mantener su calidad 2.3 Contar con más tiempo para cumplir la planeación, ejecución, revisión y evaluación del proyecto de investigación DSC 2.4 Asesorar el trabajo del equipo aún en ausencia de algún profesor. 2.5 Apoyo grupal durante las promociones, favorece el trabajo como gran equipo. 2.6 Uso de recursos educacionales múltiples, no repetitivos. 2.7 Aprende a manejar conflictos con comunicación y respeto ante todo el grupo
3 TRABAJO INDIVIDUAL ACTIVO	3.1 Responsabilizar al alumno, asignándole 3-5 niños para su diagnóstico integral: nutricional, socioeconómico e identificación de riesgo bio-psico-social. 3.2 Favorecer el desarrollo activo y autónomo. 3.3 Satisfacción personal al permitir expresar cualidades personales, autoaprendizaje, creatividad, estilos, destrezas y toma de decisiones. Ver valorado su esfuerzo al percibir atención directa del niño. 3.4 Participa oportunamente con comentarios individuales en todas las promociones
4 CUMPLIR SERVICIO Y DOCENCIA	4.1 Garantizar la audiencia para la promoción. 4.2 Extender promoción a la familia. Los niños colaboran invitando a sus padres. 4.3 Contar con espacios, tecnología como las pantallas interactivas y el cañón de la escuela 4.4 Continuar con temas de la Salud, adecuados al programa de primer año de la carrera 4.5 Otorgar Promoción a la Salud Reproductiva y Educación Sexual, tanto para alumnos como a padres de familia. 4.6 Promoción basada en necesidad prioritaria de salud.

... Continuación cuadro 1	
5 INVESTIGACION	5.1 Investigar factores socioeconómicos, ambientales que afectan la salud en la zona de influencia a la escuela. 5.2 Detectar factores de riesgo socioeconómico, ambiental, y cultural, en la salud de los escolares. 5.3 Encuestar a las madres que tengan niños menores de 6 años, detectando factores de riesgo materno e infantil. 5.4 Realizar diagnóstico nutricional al escolar.
6 EVALUACION	6.1 Disminuir el riesgo de errores en la promoción al contar con tiempo para presentar un ensayo en aula de la UMAI. 6.2 Contar con instrumentos para evaluación individual, por equipo y de grupo. 6.3 Cualquier profesor puede participar en la evaluación del alumno y del proceso educativo
7. MOTIVACION	7.1 Nunca está sólo 7.2 Distribuye gastos con el equipo y protege su economía 7.3 Puede solicitar asesoría a cualquier profesor 7.4 Cumplir con los objetivos otorga motivación positiva 7.5 La experiencia está ligada a su perfil profesional 7.6 Participar en la evaluación de los demás compañeros y enriquecer criterios para la autoevaluación y la reflexión en busca de la calidad. 7.7 Defender calificación justa a su desempeño. 7.8 Presentar los productos como evidencia de competencia y para reafirmar su formación integral.

### 5.3.2 Alcances del proyecto

Este proyecto pedagógico servirá de base para el desarrollo práctico de TCSC en todos los grupos de primer año de la carrera, permitiendo el reconocimiento de todos los elementos para integrar el DSC y para realizar la promoción a la salud, con un trabajo organizado en grupo de manera fiable, razonable y perfectible. También permite estandarizar la evaluación de las actividades de TCSC. La intención general es como menciona Escamilla (2004), buscar algo mejor de lo que se tiene, partir de la realidad y formar individuos críticos y éticos.

### 5.3.3. Implementación del proyecto

Para su implementación, el primer lugar se requiere el consenso de los involucrados, luego acordar la metodología de trabajo, la difusión de sus elementos, la evaluación de resultados iniciales y modificaciones pertinentes, pero se puede iniciar con las siguientes recomendaciones:

- ✓ Identificar desde la coordinación de la carrera, las escuelas primarias a trabajar, establecer acuerdos institucionales entre SEP, UNAM y SSA para obtener mayor impacto, llevar un control, coordinar acciones.
- ✓ Los profesores deben informar con claridad al alumno lo que va a realizar y la importancia de su creatividad para realizar la investigación-docencia y servicio. Asumiendo responsabilidad para guiar a su equipo y al grupo.
- ✓ Utilizar el manual del DSC, como instrumento flexible y justificando sus modificaciones a la comunidad escuela.
- ✓ Las estrategias de aprendizaje básicas del proyecto pedagógico para son:  
Desarrollo de argumentos y Resolución de problemas

*El Desarrollo de Argumentos*, definido como el conjunto de ideas que sustentan un punto de vista o una posición ante un hecho o situación. El diagnóstico de salud es un juicio sobre los factores de riesgo que determinan el proceso salud y enfermedad en una comunidad y el alumno debe argumentar la importancia de cada uno. Esta misma estrategia será utilizada en la promoción a la salud, porque se intenta crear conciencia en la comunidad para que cuide su salud, no solo informarle. Sus argumentos deberán ser convincentes en el propósito (lo que se desea se acepte como cierto) sustentados en la lógica al explicar la idea central del argumento (lo que defiende o justifica la idea) y por ultimo sólidos o fuertes, emitiendo conclusiones: aceptables, admisibles, valiosas, coherentes, veraces, sensatas, claras e implicaciones de ciertas conductas, o su desenlace con la finalidad de “hacer pensar” (Gallego 2001).

*La Resolución de problemas*, a partir de la investigación, se detectan problemas, se indagan posibles soluciones científicas, el grupo o comunidad los discute, se

llega al diagnóstico, se proponen alternativas de solución, y se organizan las comisiones para afrontar el problema. Aclarar que siempre se realizan las actividades como líderes interpersonales, por la participación activa y conciente de la comunidad.

- ✓ Revisar de la teoría sociocultural de Vigotsky el concepto de Zonas de Desarrollo Próximo, como sustento teórico que guíe las actividades.
- ✓ Definir grupos de trabajo, definir rotación de funciones en el equipo y en el grupo (para compartir responsabilidades, no para dividir).
- ✓ Determinar objetivos inmediatos, metodología de trabajo, organización interna y productos a entregar en tiempos señalados, en general describir lo que se espera y se vigilará de su desempeño.
- ✓ Marcar el carácter reflexivo en todas las actividades con responsabilidad
- ✓ Manejar los instrumentos de evaluación y autoevaluación por rubricas y por portafolios en el caso del equipo. El profesor titular lleva la evaluación por portafolios del grupo en general.

#### **5.3.4. Actividades**

A continuación se presenta la programación de actividades y contenidos de esta propuesta organizada en las 40 semanas del ciclo escolar. Pretende ser un esquema flexible para el profesor, se respetan contenidos marcados en el programa de epidemiología, pero se ordenan las actividades, métodos didácticos y se ajustan tiempos para aprovechar los horarios. Los profesores de campo siguen siendo los responsables de TCSC (los nombres y fechas son solo supuestos en este momento, deberá tomarse consenso al respecto). El mes de enero se emplea para formar equipos y trabajar la introducción sobre los temas: la Ciencia, el método Científico y la Investigación; El estudio de la Salud y sus determinantes; la Salud Pública, la promoción a la Salud, Medicina Preventiva y niveles de prevención con diferencia a los niveles de atención, entre otros conceptos básicos para iniciar el DSC.

## Cuadros 2 Programación de actividades para 40 semanas

Fecha	Grupo 1109. Año 2007 Nombre del profesor responsable y horarios	Entregar avance del proyecto por equipos (12:00 a 14:00 HR.)	Actividad en escuela o en comunidad (9:00 a 12:00 HR.)
2007-02-06 sem 1 a 5	Revisar estructura general del Diagnóstico de Salud Comunitaria y elaborar el planteamiento del problema. Responsable: Dr. Salvador Ruíz ( 9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 Redactar el problema (todo el grupo)	Carátula y capítulos de DSC (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-02-13 sem 6	Elaborar del DSC: Marco Teórico y marco conceptual. Responsable: Dra. Bárbara Sánchez (9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 Redactar marco teórico y conceptual	Planteamiento del problema (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-02-20 sem 7	Elaborar del DSC: Antecedentes a partir de revisar indicadores de salud a nivel nacional, estatal y delegacional. -Dra. Rocío Paniagua- (9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 Redactar antecedentes	Marco teórico (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-02 - 27 sem 8	Elaborar del DSC: Justificación y Objetivos. - Dra. Yolanda Orozco- ( 9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 Redactar justificación y objetivos	Antecedentes (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-03-06 sem 9	Elaborar del DSC: metodología hasta definición y operacionalización de variables. -Dr. Trinidad Lara- (9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 redactar metodología	Justificación y objetivos (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-03-13 sem 10	Elaborar del DSC: Metodología lo correspondiente a fuentes, métodos y técnicas de recolección de información. (fuentes directas e indirectas, encuesta, censo, registro, observación, entrevista) -Dr. Salvador- ( 9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 redactar metodología	Metodología hasta variables (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-03-20 sem 11	Elaborar del DSC: Metodología lo correspondiente a instrumentos de recolección de la información. -Dra. Bárbara- (fichas de trabajo, cédula de encuesta, guía de observación, croquis, guías de entrevistas ) ( 9:30 a 11:30) De 11:30 a 12:00 elaborar instrumentos	Metodología hasta descripción de fuentes, métodos y técnicas (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-03-27 sem 12	A partir de los Antecedentes justificar en las entrevistas nuestra presencia en la comunidad y en la escuela. Simulacro para verificar que el equipo comprende: ¿Por qué actividades de promoción a la salud? ¿A qué vamos a la comunidad? ¿Están convencidos para convencer? . -Dra. Rocío- (9:30 a 11:00 HR). Simulacros para la entrevista de presentación a padres de familia de la escuela primaria, a los maestros, a la comunidad en general -Dra. Yolanda- ( 11:00 a 12:00 )	Entregar proyecto hasta guía de observación y, guías de entrevista en calle y en escuela a padres, maestros, alumnos (12:00 a 14:00 HR.)	
2007-04-03	No hay clases (semana santa)		
2007-04-10 sem 13	Acudir a la escuela y a la comunidad a realizar la observación (9:30 a 10:30) y regresar a comentar en el aula resultados por equipo. Elaboración del croquis y simbología (11:00 a 11:30 ) Ensayar en equipos: Guía de entrevista para presentación a padres de familia de la escuela y presentación a personas en calles de la comunidad. (11:30 a 13:00 )	Entregar todos los instrumentos del proyecto. (13:00 a 14:00 HR.)	

Fecha	Actividad para el programa	Avance del proyecto (12:00 a 14:00 HR.)	Actividad escuela o comunidad (9:00 a 12:00 HR.)
2007-04-17 Sem 14	Revisar instructivo para el llenado de la cédula de encuesta. -Dr. Trinidad- (9:30 a 10:30) Plan de presentación de la información (tablas socioeconómicas 1 a 10) -Dr. Salvador- (11:00 a 2:00) Los demás profesores acuden a la escuela primaria para entregar al Director de la escuela el programa de actividades y citar a los padres de familia	Entregar plan de presentación y organización (12:00 a 14:00)	
2007-04-24 sem 15	Introducción sobre educación para la salud: Técnicas y medios auxiliares -Dra. Rocío- (9:30 a 10:30) Teatro guiñol - Dra. Bárbara- presentación en aula con el tema "Importancia de la salud para la calidad de vida". (10:30 a 12:00)	Entrega completa del proyecto (12:00 a 14:00)	
2007-05-01	No hay clases esta semana 16 debe reponerse		
2007-05-08 sem 17	Presentación a los padres de familia y maestros de la escuela (8.00 a 8:30). Entrega de propuesta de trabajo. Dra. Rocío coordina a todo el grupo Sociodrama en aula -Dra. Yolanda- presentar técnica con el tema "cómo construir ambientes saludables en familia, escuela y comunidad" (12:30 a 13:30)	Realizar observación y croquis (9:00 a 11:30)	Equipo de Dra. Bárbara acude a la escuela a presentar el teatro guiñol sobre la salud. A 1º y 2º grado
2007-05-15 sem 18	Diferencias entre conferencia magistral, charla, plática de salud, foro, mesa redonda y seminario. -Dr Trinidad- y además prepara Plática sobre el tema "habilidades y destrezas para la vida a desarrollar en los niños a través de proponer actividades específicas" usando el franelógrafo (9:30 a 11:00) Elabora Tríptico de presentación a la comunidad equipo -Dr. Salvador- y expone diferencias con díptico, volante, folleto, cartel y periódico mural, éste último con el tema "¿Por qué promover el valor de la salud a los niños? ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Quién? - (11:00 a 12:30)	Entregar resultados de observación, croquis y presentación en escuela (12:30 a 14:00)	
2007-05-22 sem 19	Todos los profesores .Revisar la presentación a la comunidad, elegir al azar integrantes para simulacro. Equipo de Dra. Rocío presenta Rotafolio con la introducción de su primera plática a la comunidad. El tema "la salud y sus determinantes bio-psico-sociales" dirigido a adultos de la comunidad. Y explica en general la técnica de demostración. (12:00 a 13:00)		Equipo de Dra. Yolanda presenta sociodrama "Cómo construir ambientes saludables en familia, escuela y comunidad" a 3º y 4º grados
2007-05-27 sem 20	Presentación en la comunidad (9:00 a 14:00 HR)		
2007-06-05 sem 21	Terminar presentación en comunidad Iniciar encuestas socioeconómicas en comunidad	Entregar resultados de presentación en la comunidad	Eq de Trinidad presenta franelógrafo "Habilidades y destrezas para la vida" 5º y 6º grados
2007-06-12 Sem 22	Terminar encuestas socioeconómicas	Procesar datos	
2007-06-19	Semana intermodular	No hay clases	

Fecha	Actividad para el programa	Avance del proyecto (12:00 a 14:00 HR.)	Actividad en escuela o en comunidad (9:00 a 12:00 HR.)
2007-06-26 Sem 23	Todos los equipos pegarán en su calle un pequeño periódico mural con tema "¿Por qué enseñar y promover el valor de la salud a los niños? Y servirá como medio de difusión de las actividades en comunidad Análisis de los resultados de la encuesta por equipos.	Entregar tablas socioeconómicas por equipo	Equipo Dr. Salvador periódico mural en la escuela. Tema "¿Por qué enseñar y promover el valor de la salud a los niños?"
2007-07-03 Sem 24	Análisis grupal de resultados de observación, presentación, entrevistas y encuestas (tablas socioeconómicas con análisis). Realizadas en la escuela y en la comunidad para integrar parte del diagnóstico de salud: condiciones de vida y salud. Justificando así un programa de promoción a la salud en escuela y comunidad Dra. Bárbara	Entregar tablas socioeconómicas del grupo	
2007-07-09	Vacaciones		
2007-07-31 sem 25	Revisión del listado de problemas ambientales, socioeconómicos y algunos aspectos de salud. Marcar alternativas en simulacro de presentación con rotafolio, de "Resultados del diagnóstico de salud y sus determinantes bio-psico-sociales" dirigido a adultos de la comunidad.(todos los equipos) Elaborar la justificación del programa de salud materno e infantil (fase resolutive del DSC): En aspecto ambiente, nutrición, salud reproductiva y salud infantil.	Entregar informe hasta fase diagnóstica	
2007-08-07 sem 26	Exposición de cada equipo, en el aula, de la primera plática para su comunidad. El tema "Resultados del diagnóstico de salud y sus determinantes bio-psico-sociales" dirigido a adultos de la comunidad.	Entrega de justificación de programa de salud	Solicitar casa para presentar la primera promoción en la comunidad
2007-08-14 sem 27	Presentar la plática en comunidad. Preparar encuesta de la situación nutricional en la población materna e infantil de la escuela y de la comunidad.	Integrar el Diagnóstico de Salud Comunitaria (12:00 a 14:00)	1ª plática en comunidad
2007-08-21 sem 28	Realizar la encuesta nutricional, tomar peso y talla a niños menores de 6 años y a sus madres en la comunidad Invitar a la comunidad a la plática de soya	Procesar datos por equipo, elaborar tablas y gráficas sobre situación nutricional en la calle e integrarlos al DSC	Pesar y medir niños y madres de la comunidad
2007-08-28 sem 29	Realizar encuesta nutricional, tomar peso y talla a niños de la escuela de 1º a 6º grados. Invitar a padres de familia a plática de soya  En el aula preparar promoción de Nutrición y demostración sobre la preparación de la soya...Yolanda	Procesar datos por equipo elaborar tablas y gráficas de situación nutricional en la escuela e integrarlos al DSC	Pesar y medir a los niños de la escuela de 1º a 6º grados
2007-09-04 sem 30	-Analizar por equipos los resultados de peso y talla de la escuela y de la comunidad. -Seleccionar a los niños con problemas nutricionales para enviar a la UMAI y llevar seguimiento. -Preparar la encuesta de riesgo materno-infantil a las madres de primer año de primaria y otras de la comunidad que tengan niños menores de 6 años.	Análisis de resultados de peso y talla en la escuela y en la comunidad.	.

Fecha	Actividad para el programa	Avance del proyecto (12:00 a 14:00 HR.)	Actividad escuela o comunidad (9:00 a 12:00 HR.)
2007-09-11 Sem 31	Entregar resultados de peso y talla en la escuela. Realizar encuesta de riesgo materno-infantil en la escuela		Equipo de Yolanda. "Nutrición y demostración de la soya" a padres de familia en la escuela
2007-09-18 Sem 32	Todos los equipos realizar la demostración de la soya en la comunidad -Entregar resultados de peso y talla en la comunidad -Realizar encuesta de riesgo materno-infantil en la comunidad	Integrar los resultados al diagnóstico de salud	
2007-09-25 sem 33	Entregar tablas y gráficas de riesgos a la salud materno e infantil Análisis de los factores de riesgo materno-infantil por equipos Eq. de Trinidad. Sociodrama "desarrollo integral ( la sexualidad) del niño y del adolescente" 5º y 6º	Integrar los resultados M-I al diagnóstico de salud y al programa	
2007-10-02 Sem 34	Análisis Grupal de factores de riesgo M-I Ensayo en aula de promoción sobre "Desarrollo de la sexualidad en el niño y el adolescente. Necesidades y satisfactores" Salvador	Entregar tablas grupales de todo el DSC	Equipo de Trinidad. Sociodrama "Desarrollo integral (la sexualidad) del niño y adolescente" 5º 6º
2007-10-09 sem 35	Entrega del DSC integrando aspectos ambientales, socioeconómicos, nutricionales y salud materno infantil. por equipo. Listado general de problemas por equipos		
2007-10-16 Sem 36	Presentar en aula promoción "riesgo reproductivo" , "embarazo de alto riesgo e Importancia del control prenatal" Periódico mural Bárbara		Eq Salvador. Plática a padres sobre "Desarrollo integral de la sexualidad"
2007-10-23 sem 37	Entrega del diagnóstico de Salud todo el grupo. Y por equipos entregar el programa hasta cronograma	Entrega programa	Equipo de Bárbara. Periódico mural sobre factores de riesgo materno-infantil y embarazo de alto riesgo
2007-10-30 sem 38	Análisis de las actividades del programa en relación con lo problemas detectados por el DSC, con el riesgo materno-infantil y la importancia del control del niño sano. Ensayo en el aula del sociodrama de Rocío	Conclusiones del DSC por equipo	
2007-11-06 sem 39	Entregar resultados de cada una de las actividades del programa y conclusiones por equipos del DSC.		Equipo de Rocío. Sociodrama para Prevención de accidentes, violencia, enfermedades y toxicomanías 3º y 4º
2007-11-13 sem 40	Análisis de los resultados de las actividades del programa en la escuela y la comunidad por grupo Entrega del informe final (diagnóstico y programa) del grupo. Evaluación de las actividades .....fin de cursos	Entrega de informe por equipos	

## 5.4 Evaluación

El profesor analítico antes de evaluar el aprendizaje del alumno, debe reflexionar acerca de sus intervenciones como guía o mediador en relación al proceso educativo: motivación, participación y comunicación

Analizar, por lo tanto, si propició un clima de cooperación con relaciones humanas, en donde el líder fue aquel que satisfizo las necesidades del grupo al que pertenece, no necesariamente el profesor; las motivaciones fueron el función del aprendizaje y no por una calificación; el trabajo se coordinó buscando desarrollar la participación de todos en la toma de decisiones, así como la comunicación en todos los niveles y direcciones con un contenido diverso que benefició al alumno y a la comunidad. La actuación del profesor será reconocida por la comunidad a la que se prestan los servicios, porque a ella se demostrará el dominio de las competencias, valores y actitudes acordes al contexto sociocultural.

El profesor deberá primero evaluar su construcción de Zonas de Desarrollo Próximo, así como los andamios o ayudas educativas que proporcionó a sus alumnos para impulsarlos al desarrollo de sus potencialidades; si lo hizo en forma reiterada, progresiva, favoreciendo el desarrollo de competencias, ajustando su ayuda pedagógica con estímulo o demostración, hasta llevarlo a la autonomía y control de su aprendizaje como lo sugieren los vygotskyanos.

Sólo después de la autoevaluación podemos aplicar los criterios e instrumentos para evaluar al alumno y el proyecto educativo.

El proyecto incluye tres de las modalidades de evaluación: diagnóstica, formativa y sumativa, consideradas necesarias y complementarias para una evolución global y objetiva del desarrollo de competencias que está ocurriendo en el proceso de enseñanza aprendizaje. También ayuda para mantener motivados a los alumnos en el estudio constante al estar valorando su desempeño.

- Evaluación diagnóstica puntual. Consiste en identificar los conocimientos previos de los alumnos, para demostrar que poseen las aptitudes cognitivas mínimas necesarias para realizar su labor educativa a la población. Se realiza al inicio de cada actividad (teoría y seminario las ejecutan los profesores titulares), TCSC corre a cargo del profesor de campo quién decide la técnica: por observación, entrevista, exposición de ideas o pruebas formales escritas, siguiendo criterios de desempeño, resolución de problemas e informes personales. El resultado se anota en el instrumento para evaluación individual (ver anexo 8). Esta evaluación ayuda al alumno a tomar conciencia de lo que realmente sabe, reconocer sus razonamientos o dificultades sobre el tema, recibir orientación y ayuda del profesor y de sus compañeros para su aprendizaje.
  
- Evaluación formativa. Se realiza concomitantemente con el proceso de enseñanza aprendizaje, como parte reguladora, supervisa para remediar los obstáculos o fallas del programa, tiene fines formativos porque permite identificar el cambio necesario en el momento preciso, intenta comprender las representaciones que se hace el alumno de la tarea encomendada y las estrategias o procedimientos que utiliza para llegar al resultado. Se valoran los aciertos y logros, pero los “errores” se consideran una dificultad para la apropiación del conocimiento que puede ser tratado en el momento con comunicación o *regulación interactiva* profesor-alumno inmediata y no como un motivo para castigarlo. El profesor al momento elige la estrategia para reorganizar la información del alumno por ejemplo recapitulando, repitiendo, proponiendo ejemplos o elaborando alternativas de solución a problemas detectados.

Este proyecto contempla la presentación o ensayo previo en el aula de la actividad a realizar, lo que permite implementar evaluación formativa y corregir a tiempo o prepararse mejor para su desempeño con la comunidad. El grupo realiza el análisis de cada actividad relacionando la meta con el posible impacto, describiendo lo que deberán considerarse como buena respuesta del público o impacto positivo. Por ejemplo, si se realiza un sociodrama, se discuten en el aula

las preguntas que se esperan durante el foro y cómo abordar o dirigir un debate al respecto. Se utiliza así la coevaluación con el profesor, la autoevaluación y la evaluación mutua entre compañeros (si algo no ha sido aprendido se utilizará la *evaluación retroactiva*, es decir, se realiza un trabajo forzado repitiendo contenidos pasados hasta lograr rehacer el trabajo con los contenidos adecuados)

Durante la presentación se siguen evaluando habilidades de comunicación como es la adecuación del lenguaje al público, manejo de la técnica didáctica, del medio auxiliar, dominio del tema, motivación para la participación de la comunidad y otros puntos señalados en los instrumentos. Durante el proceso se le señalan aspectos a evaluar en situaciones futuras y esta *evaluación preactiva* le permite prepararse para superar futuros obstáculos.

La autoevaluación está considerada en el instrumento individual como un punto muy importante para que los alumnos aprendan a regular su propia actividad educativa, para ello se hace énfasis en los objetivos y propósitos, los pasos a supervisar por el profesor del plan-acción-resultado y los productos de su actividad con los que demuestran el nivel de su competencia. Adelante presento un cuadro de la relación producto con la competencia que se desarrolla al elaborarlo.

Las técnicas de evaluación formativa empleadas son por lo tanto:

a) *Presentación de trabajos estructurados*. Presentación en el aula y en la comunidad de las promociones con diferentes técnicas didácticas y diferentes medios auxiliares. Exposición formal del DCS integrado. Exposición del programa de intervención con resultados.

b) *Presentación de Rúbricas*. Son los avances del proyecto de investigación (en el manual del DSC se describe el nivel que exige el trabajo), elabora cuadros de resumen, gráficas, análisis de información. Partes con las que va demostrando aplicar el manual, las guías, métodos, fuentes o instrumentos de investigación.

Pueden ser también los guiones de las promociones o los avances de elaboración de los medios auxiliares, los reportes de la actividad etc.

c) *Evaluación por portafolios*. Es la colección de productos terminados, que en su conjunto demuestran el nivel de aprendizaje alcanzado por el equipo o el grupo. En este caso se hace entrega al titular del informe completo y aprobado por el profesor de campo. Grandes apartados: el diagnóstico socioeconómico, el diagnóstico nutricional, el croquis marcado con los riesgos por familia hasta el DSC integrado. El programa completo y sus resultados pueden ir acompañado de evidencias fotográficas o películas, esto se registra en el instrumento de evaluación del grupo que lleva el titular, se puede consultar el instrumento en anexo 9.

- **Evaluación sumativa.** Es la evaluación final considerada como la entrega del informe del diagnóstico de salud y del programa correspondiente A partir de los cuales se mide el desempeño, apegado a los criterios de competencia establecidos por el grupo de profesores y será únicamente sobre aquellas actividades practicadas regularmente en el TCSC (habilidades requeridas para desempeñar acciones para la docencia, investigación y servicio).

La cantidad de evidencia requerida será intermedia, porque se espera valorar el desempeño de alumnos de primer año de la carrera y en un amplio rango de diversas actividades del TCSC, muchas de las cuales son complejas, por ejemplo las habilidades para la investigación (al DSC se debe evaluar la elaboración del proyecto, su ejecución, diagnóstico, informe etc.). La recolección de las evidencias individuales y de equipo la realizará el profesor de trabajo de campo que cuenta con un instrumento escrito para observar criterios explícitos, definidos durante una actividad, ya sea de investigación, de servicio o docente frente a la comunidad (ver instrumentos de evaluación individual anexo 8).

El profesor titular llevará un instrumento de evaluación del grupo para registrar por portafolios las evidencias del grupo.

Cuadro 3 Evaluación de productos del proyecto y su relación con competencias

Evidencia	Elementos o habilidades a desarrollar	Tipo de Competencia
Entrega el proyecto del Diagnóstico de Salud Comunitaria.	Elaboró el proyecto, desarrollando cada etapa de la metodología de la investigación.	Conceptual (fundamentos del proyecto) Metodológicas
Trabaja en equipos para presentar en el aula los proyectos de investigación y de intervención elaborados	Trabaja en equipo: planeando, colaborando, mantiene ética personal, respeto y tolerancia. Juicio crítico y comprometido	Planeación Personales como el trabajo en equipo
Aplica técnicas de recolección de la información Entrega reporte de observación, croquis y encuestas.	Muestra solidaridad, maneja las técnicas de recolección de información y los instrumentos. Obtiene los datos en forma pertinente.	Técnicas para Ejecución Personales como socialización
Entrega tablas y gráficas con análisis de la información. Entrega listado de problemas. Entrega programa de intervención.	Procesa, analiza y discute la información con profesores. Identifica problemas Elabora un programa de intervención	Metodológicas Multidisciplinarias
Expone los resultados al grupo de trabajo y a su comunidad en forma clara, efectiva, reflexiva	Demuestra capacidad escrita al redactar el informe y verbal al exponer ante el grupo y ante a la comunidad los resultados	Personales como comunicativas y juicio. Técnicas y didácticas
Entrega evaluación del Diagnóstico de Salud y evaluación del programa de intervención.	Identifica resultados en relación con los objetivos y con los resultados de los antecedentes , evalúa los resultados de las actividades del programa de intervención	Evaluación
Cambia la actitud de la población, demostrando que usa conocimiento de autocuidado a la salud	Obtiene el diálogo con los niños o la comunidad y utiliza argumentos válidos para el público al que se dirija.	Comunicativas
Aplica diferente metodología de la enseñanza adaptados a cada grupo poblacional y evalúa el aprendizaje	Planea la actividad, utiliza técnicas didácticas y diversos medios auxiliares. Aplica estrategias de aprendizaje, demuestra comunicación y manejo del discurso, sabe escuchar dudas y las aclara	Pedagógicas

... continuación cuadro 3		
Trata con respeto y dignidad a todos sus compañeros, comunidad y profesores Es solidario y sensible , sabe escuchar	Comprender la visión y misión de la Carrera de Médico Cirujano Desarrollar su formación humanística en el actuar cotidiano, en la convivencia con la calidad humana y en el Currículum oculto.	Filosóficas y humanísticas

El desarrollo de estas competencias son para el trabajo y para toda la vida al aprender más el método que el conocimiento en sí, es un aprendizaje basado en problemas y en proyectos, utilizando en todo momento el razonamiento y el argumento. Se pone en práctica aprender a aprender y aprender a enseñar en lo cotidiano. Una programación detallada de actividades permite la evaluación formativa y sumativa con instrumentos para el equipo y el grupo así como evidencias para demostrar que se sigue formando alumnos competentes y comprometidos con la sociedad.

Para los resultados efectivos del proyecto la función del profesor es determinante, como mediador eficiente puede enseñar a pensar sabiamente a los estudiantes.

Si esperamos que el profesor sea un líder eficiente como señala Daniel Goldman (2004) además de cociente intelectual, voluntad y visión, debe tener una formación de primer nivel, una mente incisiva, un arsenal de buenas ideas, capacidad analítica y el atributo clave que es la inteligencia emocional.

Los cinco componentes de la inteligencia emocional que debe tener un líder son:

1. La autoconciencia, que se manifiesta en la confianza en uno mismo
2. El autocontrol, que permite al líder convivir cómodamente con la ambigüedad
3. La motivación , manifestada en un optimismo incluso ante el fracaso
4. La empatía. Importante de cara a la atención de los clientes
5. La capacidad de relación social, considerada la culminación de las otras dimensiones de la inteligencia emocional.

También debe ser útil para el proyecto reflexionar las Diez claves para educación de calidad para todos en el siglo XXI propuestas por Braslavsky, C. (2006).

1. Aprender lo que se necesita en el momento oportuno y en felicidad.
2. La convicción, la estima y la autoestima de los involucrados.
3. La fortaleza ética y profesional de los profesores debe verse reflejada en su práctica con valores, justicia e innovación. Modelos de vida, “luchadores”.
4. Los directores e inspectores deben demostrar capacidad para conducir la función cognitiva.
5. Trabajar en equipo para que el alumno aprenda.
6. Formar alianzas entre las escuelas y los otros agentes educativos familia y sociedad.
7. Actualizar la currícula en todos sus niveles: que se va a enseñar, y como (leyendo, practicando problematizando, aplicando, construyendo).
8. Utilizar la gran cantidad, calidad y disponibilidad de materiales educativos del entorno además de los libros.
9. Aplicar pluralidad y calidad de didácticas.
10. En los países con mejores resultados en PISA, existen didácticas apropiadas para enseñar contenidos específicos y para promover la formación general. La didáctica finlandesa es activa e innovadora. La didáctica bávara suele ser más tradicional y menos activa. Pero ambas sirven porque los maestros y profesores creen en ellas y porque son consistentes con las sociedades y con las prácticas familiares de esos países, con mínimos materiales, incentivos socioeconómicos y culturales.

El tiempo juzga nuestros actos docentes, estamos formando el futuro y como dice Herbart: “El método educativo sólo puede justipreciarse por el adulto que contribuyó a formar”. Y esperamos formar gente racional, buena y feliz.

## CONCLUSIONES

La función sustantiva de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad; organizar y realizar investigaciones principalmente acerca de las condiciones nacionales y extender con la mayor amplitud posible los beneficios de la cultura. La mayoría de los grandes maestros y filósofos universitarios hacen coincidir la misión de la Universidad con la difusión de la cultura y eso es sabiduría según el inglés Alfred North Whitehead: “la finalidad de la educación es infundir sabiduría, la cual consiste en saber usar bien nuestros conocimientos y habilidades... es tener cultura y la cultura es la actividad del pensamiento que nos permite estar abiertos a la belleza y a los sentimientos humanitarios” (citado por Hernández, 2004)

La Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza en la carrera de médico cirujano cuenta con uno de los componentes curriculares de mayor relevancia para responder a estos principios universitarios: el Trabajo de Campo en Salud Comunitaria (TCSC), esta actividad académica tiene como característica fundamental el acercar a los alumnos a su realidad cultural desde el primer año que llegan a las aulas universitarias. Este acercamiento le permite integrar la teoría y la práctica de la Salud Pública, le enseña a ser útil a la sociedad aplicando servicio, docencia e investigación, a usar bien sus conocimientos, a desarrollar habilidades y destrezas para una vida profesional con sentimiento humanitario. La práctica de TCSC incide así en su formación integral con una perspectiva interdisciplinaria y de trabajo en equipo, permitiendo el desarrollo de competencias técnicas, científicas, metodológicas y éticas para que el estudiante logre relacionarse con las poblaciones de su entorno con creatividad, en función de sus valores y los de la comunidad.

TCSC es un eje formador integral para alcanzar el perfil profesional establecido en el plan de estudios, mantiene congruencia interna, externa y una visión holística.

Es más que una estrategia de aprendizaje, ejerce transformación del estudiante, crea conciencia social y emociones positivas para su formación médica, desarrolla sus potencialidades en varios ámbitos incluyendo el desarrollo personal como: facilitar la comunicación, docencia, arte para elaborar su material didáctico, imaginación y creatividad o hasta el desarrollo de su inteligencia emocional para saber afrontar los retos del aprendizaje, las situaciones difíciles durante su trabajo con la comunidad, con los niños de primaria, con el equipo de profesores o con sus compañeros, tal como lo describen los alumnos en sus entrevistas.

Este trabajo, también se acercó a evaluar el Plan de Estudios y la función formativa de TCSC es a través de sus egresados, los cuales desde su Servicio Social han demostrado que saben responder a las necesidades de salud de las comunidades que atienden, realizan sin dificultad acercamientos a la comunidad y ejercen la Promoción a la Salud como elemento fundamental de su práctica laboral. Son buenos tomadores de decisiones para la resolución de problemas que trascienden el aspecto biológico de la salud atendiendo al individuo en forma integral. Al desempeñar el trabajo en equipo, elaborar investigación, actividades de docencia y programas de intervención comunitaria, se sensibilizan, lo que les permite actuar desde una actividad intelectual más compleja y congruente con la realidad nacional.

Algunos egresados elaboran por primera vez el DSC las Comunidades a su cargo o de las unidades médicas y para ello movilizaron a la comunidad, tuvieron capacidad de convencimiento, de liderazgo y pleno sentido humano. Los que se desarrollan en el campo de la investigación, realizan proyectos de salud o funciones de coordinación en enseñanza de diversas áreas, incluso con puestos directivos institucionales, desde donde coordinan acciones de promoción a la salud y ejercen acciones epidemiológicas.

Aún los que son especialistas, mantienen la atención con trato humano y una visión integradora. Apoyan la enseñanza de su área con gusto y seguridad, utilizando diversas técnicas didácticas que han mejorado con la experiencia.

El proyecto pedagógico que se presenta organizará las mismas funciones formativas pero en la comunidad escuela, como población cautiva y que brinda grandes ventajas de seguridad para el alumno como se mencionaron en el capítulo correspondiente. El contacto con la realidad seguirá presente porque el trato se extiende a padres de familia, maestros y comunidad. Pero además, incidir con Promoción a la Salud en el niño durante su etapa escolar, tal vez rinda más fruto en las generaciones futuras; se pueden detectar riesgos a la salud y orientarlos en etapas iniciales; promover la reflexión entre los menores y ellos mismos educarán a sus padres, hermanos o amigos, abriendo los espacios al diálogo sobre temas de salud.

Fue necesario elaborar y presentar este proyecto, ya que algunos profesores pretenden modificar las actividades de TCSC desde el escritorio y con una visión normativa, que pierde en el camino la función de formar humanismo. Los valores no se adquieren por norma, se deben sentir y compartir en comunidad. Pero hay quienes se atreven a afirmar que la comunidad no existe, que somos entes individuales, únicos, con diferentes exposiciones a riesgos, por lo tanto el alumno debe aprender la diversidad. Cuando con estas ideas lo que fomenta es perder al alumno en la soledad y el abandono que está dejando sentir el nuevo clima social.

La FES Zaragoza debe estar orgullosa de la decisión de incluir en su programa de estudio los elementos de la enseñanza de la Epidemiología y la Salud Pública por sus múltiples beneficios en la formación médica, pero sobre todo las experiencias de TCSC que son únicas e irrepetibles, por la colaboración de las diversas comunidades visitadas, aún las escuelas. Los esfuerzos de los alumnos tienen reconocimiento y trascienden en la memoria de habitantes y de los niños en las

escuelas primarias que visitan. Este reconocimiento a sus logros, los humaniza más y los acerca a los valores sociales como un gran libro de civismo.

Por último, debo señalar que esta tesis se planeó como una investigación observacional en 1986 y se intentó respetar su metodología original, pero es imposible detectar problemas y no intervenir en ellos, sobre todo si afectan el proceso de enseñanza aprendizaje o la formación integral del alumno. Y como profesora titular de 3 grupos consideré mi obligación buscar alternativas a los problemas detectados en 1993, sin publicar los resultados iniciales seguí investigando y trabajando. Conforme se analizaban los resultados y se iban detectando problemas en la investigación, se comentaban a la vez las propuestas con mi equipo de profesores y ellos decidieron apoyarme en la ejecución de las intervenciones que después tuvieron que ser a su vez investigadas y evaluadas, afortunadamente con buenos resultados, con más propuestas y más aspectos por investigar que nunca se agotan.

Debo así, un reconocimiento a los profesores de Epidemiología, de Trabajo de Campo y a los maestros del área de Humanidades que han apoyado las ideas y las acciones de intervención en las actividades de TCSC. Su colaboración para probar en diversos escenarios y diferentes técnicas de enseñanza ha rendido frutos en el desarrollo integral de los alumnos que han pasado por nuestras aulas. Gracias a las autoridades por la confianza en las actividades que realizamos, a todas las comunidades visitadas y al personal de las escuelas primarias por permitirnos amablemente entrar a sus espacios, a su cultura, pero sobre todo por colaborar en la formación humanística de nuestros alumnos.

Finalmente, recordar que alumnos y profesores estamos orgullosos de nuestra institución: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

## BIBLIOGRAFÍA

Alvarado, R. M. E. (1989). Propuesta didáctica para la formación docente en una disciplina. *Rev. Perfiles Educativos*, (43), pp. 62-67. México: CISE. UNAM.

Álvarez, M. J. M. (2004). *El proceso histórico de los planes de estudio en la ENEP-FES Zaragoza*. México: ENEP- Zaragoza.

Ander, E. E. (1980). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: Ateneo.

Ander, E. E. (1982). *Desarrollo de la Comunidad*. Buenos Aires: Ateneo.

Artaga, B. C. (2001). *Desarrollo Comunitario*. Escuela Nacional de trabajo Social: UNAM.

ANUIES. (1983). *Planes de Estudio de la Carrera de Médico Cirujano*. México: ANUIES.

Bañuelos, M. A. M. (1993, abril-junio). Motivación escolar. Estudio de variables afectivas. *Rev. Perfiles Educativos*, (60) pp 58-61. México: CISE. UNAM.

Barrón, T. C. (2000). *La Educación basada en competencias en el marco de los procesos de globalización*. En *Pensamiento Universitario*. (91) México: Centro de Estudios sobre la Universidad. UNAM.

Berruecos, V. (1998). *El sistema modular en la UAM-Xochimilco*. México: UAM-X.

Beller, T. W. (1996). Hacia la construcción de los fundamentos filosóficos del sistema modular: *El sistema modular en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana*. México: UAM-X.

Braslavsky, C. (2006). *Diez Factores para una educación de calidad para todos en el siglo XXI*. En *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio*. Argentina: UNESCO [http://www.rinace.net/arts/vol4num2e/art5\\_htm.htm](http://www.rinace.net/arts/vol4num2e/art5_htm.htm).

Carpio, M. H. (1996). *Elementos Constitutivos del Currículo*. FES-Zaragoza UNAM.

Casas, F. G. (2001). *El aprendizaje y las emociones*. Universidad de Costa Rica: UNNM de Educación.

Castrejón, J. (1988 oct-dic). Universidad y conflicto. *Rev. de la Educación Superior*. XVII, 4 (68). México: ANUIES.

Centro de Estudios y Formación Integral de la Mujer. (2007). Fuente de Cibeles 47. Lomas de Tecamachalco. C.P. 53950. Naucalpan, Edo. de México. E\_mail: info@cefim.org.mx.

Contreras, E. Ogalde, I. (1980). *Principios de Tecnología Educativa*. México: EDICOL.

Château, J. et al. (1982). *Los grandes pedagogos: John Dewey*. México: Fondo de Cultura Económica.

Chávez, I., Castro E. (1965). *Discursos pronunciados en la toma de posesión del Dr. ... como Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, segundo período, 13 de febrero de 1965*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones.

D.D.F./COLMEX (1997). *Atlas de la Ciudad de México*, México: DDF/COLMEX.

De la Chaussée, A. M. E. (2004). *¿Reprobados en matemáticas, ciencias y lectura?* Puebla: Universidad Iberoamericana.

Díaz, B. F. y Hernandez, R. G. (1997). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: Mc Grow Hill.

Díaz, J. B., y Ferro, F. L. (1998). *El currículum de práctica clínica y de campo en la FES Zaragoza*. En Colección Dialógica (pp. 41-44). México: FES Zaragoza, UNAM.

Durand, A. J. A. (1993). *Comunidad y Trabajo de Campo*. En Seminario de Sociomedicina. México: FES Zaragoza, UNAM.

Elliott, J. (2002, sep). *Perspectivas*. Vol. XXXII. (3). UNESCO.

Escamilla, S. J. (2004, 11 abril). Elaboración de Proyectos Escolares. *Rev. Planeación y Evaluación Educativa*. (30). México: FES Aragón. UNAM.

Espinoza, N., Pérez M.C. (2003 sep- dic). La formación Integral de Docente Universitario. *FERMENTUM*.13 (38) pp. 483-506. Venezuela.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (1989). *Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano*. México: UNAM.

Ferreira, F. y Paganini J. (1996). *Medicina de la comunidad, medicina preventiva, social y administrativa*. México: Interamericana.

Ferro, F. L. (2003). *Manual para el Diagnóstico de Salud Comunitaria*, México: FES Zaragoza. UNAM.

FES Zaragoza (1996). *Manual de Organización de la FES Z*. México: FES Zaragoza. UNAM.

Follari, R., Hernández, J., Sánchez, P. (1984) *Trabajo en comunidad: análisis y perspectivas*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.

Gadamer, H. G. (1996). *El estado oculto de la salud*. México: Gedisa.

Gadamer, H. G. (1996). *Verdad y Método*. En Colección I Hermeneia (p 42) Madrid: Salamanca.

Gallego, C. J. (2001). *Enseñar a pensar en la escuela*. Madrid, España: Pirámide.

García, V. M. (2001). *Un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos*. En Fundación ICEPSS (p.65). México: SSA.

Golman, D. (2004, julio) *Inteligencia Emocional*. Rev. Harvard Deusto Business pp. 50-59.

Gomezjara, F. A. R. (1977) *Técnicas de Desarrollo comunitario*. México: Nueva Sociología.

Gomezjara, F. A. R., Morles, M. (1983). *Salud comunitaria: teoría y técnicas*. México: Nueva Sociología.

González, C. E. (1990) *El Diagnóstico de Salud en México*. México: Trillas.

González, C. P. (1965). *La democracia en México*. México: Era.

González, C. P. (1979). *La nueva sociología y la crisis de América Latina*. En Ciencias Sociales en América Latina. México: UNAM.

González, C. P. (1983). *Pablo González Casanova*. En Colección. La Universidad y sus rectores, México: Coordinación de Humanidades, UNAM.

Guajardo, O. A. C. (1994). *Trabajo Grupal*. México: UAM-X.

Hernández, R. G. (2002). *Los Paradigmas con implicaciones Educativas*. México: Trillas.

Hernández, C. F. (2004, 31 de enero). Los fines de la Educación: Educar para la sabiduría según Alfred North Whitehead. *Rev. Digital Universitaria*. 5 (1). <http://www.revista.unam.mx/vol.4/num7/art20/art20.htm> Consulta: 01 de febrero de 2004

Herrera, M. A. X. (2002) *El cambio en la década de los noventa: estudio comparado de diez universidades públicas de México*. En La transformación de la Universidad Mexicana. (pp. 9-48). México: Porrúa.

Hirsch, A. A. (1990) *Investigación Superior. Universidad y formación de profesores*. México: Trillas.

Hirsch, A. A. (1996) *Educación y burocracia. La organización universitaria en México*. México: Gernika.

INEGI (1990) *Distrito Federal. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda*, México: INEGI.

INEGI (2000), *Distrito Federal. Resultados Definitivos. XII Censo General de Población y Vivienda*. México: INEGI,

INEGI (1992 y 2002). *Iztapalapa, cuaderno de información básica delegacional*, México. INEGI.

Jiménez, G. R. (2002). *Modelos alternativos de educación superior en México. El caso de la ENEP Acatlán (UNAM)*. En La Universidad a debate. México: Ediciones Magíster.

Martínez, R. F. (2006). Resultados del Programa de evaluación Internacional de Estudiantes (PISA) organizado por la OCDE en el 2003. *Inst. Nacional para la Evaluación de la Educación*. México.

Márquez, M. (1999). Índice de Desarrollo Humano. *Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*. UNESCO. <http://www.undp.org.mx>.

Melgarejo, D. J. (2006). La selección y formación del profesorado: clave para comprender el excelente nivel de competencia lectora de los alumnos finlandeses. *Revista de Educación*. España. pp 237-262.

Mercado, H. A. (1996, octubre). La noción de evaluación, una lectura pedagógica. *Rev. Planeación y Evaluación Educativa*, 5 (12) pp. 38- 42. México: ENEP Aragón.

Marchesmi, Á. (2007). *Valores y Competencias del Educador*. II Encuentro de la Red de Expertos Iberoamericanos en Reformas Educativas y Calidad de la Enseñanza. Bogotá.

Montes, J. A. J., Barrón, M. T. T. (2003). *La teoría sociocultural de Vygotski: una perspectiva educativa integradora*. En Otras miradas en la educación. México: Ediciones Amapsi. p. 65.

Obaya, V. A. (1995). *Aspectos históricos de las unidades Multidisciplinarias y su papel en la UNAM*. En Las Multidisciplinarias. México: FES Cuautitlán. UNAM.

Odremán, N. (1995-2000). *Reforma, cambio e innovación en el sistema educativo venezolano*. Tesis Doctorales en Cesca (Centro de Supercomputación de Cataluña) [http://www.tdx.cesca.es/TESIS\\_UAB/AVAILABLE/TDX-0914101-141932/jecd4de7.pdf](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0914101-141932/jecd4de7.pdf).

OPS. (1991) *Sociedad y salud*. Washington, D.C.: OPS.

Osorno, C. J. L. Rivas, M. J., et al. *Características esenciales del modelo de enseñanza modular*. En El modelo educativo de la FES Zaragoza. México: FES Z.

Panzsa, M. (1981). Enseñanza Modular. *Rev. Perfiles Educativos (11)*. México: CISE. UNAM. pp. 30 a 49.

Palacios, J. (1981) *La cuestión escolar: Paulo Freire*. Barcelona: Laia.

Poder Ejecutivo Federal (1995). *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*.

Rodríguez, O. I. y Durand, A.J.A. (1993) *Delegación Iztapalapa, Monografía*. México: FES Zaragoza. UNAM.

Rodríguez, O. I. (2004) *Aplicación del currículum Zaragoza para el trabajo de campo y la promoción de la salud en la Colonia Canteras del Peñón La Joya, Iztapalapa (1995-2000)*. México: FES Zaragoza. UNAM.

SADD. (Sistema Abierto para el Desarrollo Docente) (1998) *Introducción al estudio de la Universidad y de la FES Zaragoza*, En Antología No. 1. México: FES Z.

Sánchez, R. J. F. (Director, 2003) *Informe de Actividades*. México: FES Zaragoza. UNAM.

Sepúlveda, J. (1994) *La salud de la salud en México*. En FUNSALUD Cuaderno No. 8 México: FUNSALUD.

SSA (1994 y 2000). *Diagnóstico de Salud Jurisdiccional -Iztapalapa-*. En Servicios de Salud Pública en el DF. México: SSA.

SSA (2001) *Ley General de Salud*. México: Ediciones Fiscales ISEF.

SSA (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: SSA.

SSA (2001) *Programa Intersectorial de Educación Saludable*. En Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.

SSA (2001) *Programa de Acción: Comunidades Saludables*. En Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.

SSA/INEGI. *Estadísticas Vitales 1980-2000*. México: SSA.

Tecnológico de Monterrey (2007) Campus Ciudad de México. Calle del Puente No. 222 Col Ejidos de Huipulco.D.F. <http://www.itesm.mx>.

Torres, V. M. (1998). *La enseñanza de la medicina en la FES Zaragoza*. En Colección Dialógica. pp 45-47. México: FES Zaragoza. UNAM.

Tudela, V. (1986). En busca de la creatividad perdida. *Rev. Didáctica*. (9) México: UIA. pp. 21 a 25.

Universidad de Monterrey (2007). Av. Ignacio Morones Prieto 4500 Pte., 66238 San Pedro Garza García, N.L. México: <http://www.unitec.mx>.

Universidad del Valle de México (2007) Sn Juan de Dios No 6. Col Exhacienda de San Juan. C.P.14370 D.F. <http://www.uvm.mx>.

Universidad Iberoamericana A.C. (2007) Dirección de servicios para formación integral. Santa Fe. México. <http://www.uia.mx>.

Universidad La Salle del Pedregal (2007) México: Av. Transmisiones 51. Col Exhacienda de Tlalpan D.F. <http://www.lasalle.mx>.

Universidad para la Cooperación Internacional (2007). Barrio Escalante, San José, Costa Rica. E-mail: [info@uci.ac.cr](mailto:info@uci.ac.cr).

Varela, P. (2003). *Las Universidades y las Religiones en América Latina y el Caribe*. Ponencia IESALC. Panamá: UNESCO.

Vargas, de L. M. R. (1980). *Evaluación del currículo*. En Colecc. Deslinde. (20). México: UNAM.

Vygotski, L. (1995) *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona: Paidós.

Weiss, S. B. (1989 Director). *Presentación del plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano*. México: FES-Zaragoza. UNAM.

Werner, D., Bower, Bill. (1987). *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto, California: C.E.E.A.C. y Fundación Hesperian.





Colonia

Benito

Juárez

**Zona periférica a la UMAI  
Edo. De México. 1982 a 2006**



**Colonias en Cd. Nezahualcoyotl:**

- Maravillas**
- Estado de México**
- Del Sol**
- Tamaulipas**
- Virgencitas**
- Agua azul**

# Zona periférica a UMAI Zaragoza

1982 al 2006



Panorámica de las zonas en  
que he trabajado de  
1982 a 2006



#### ZONAS PERIFÉRICAS

- UMAI Zaragoza: Superior izquierda
- UMAI Edo. de México: Superior derecha
- UMAI Los Reyes: Inferior izquierda
- UMAI Aurora: Media derecha

<b>1993 Cuestionario 1 para todos los alumnos 1er año.</b>
--

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

Este cuestionario busca conocer tu opinión sobre la participación de Trabajo de Campo y Epidemiología en tu formación profesional.

Anota el grupo al que pertenecías en 1º y 2º años de la carrera.

Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Marca con una cruz (X) aquellas opciones que consideras ciertas, es muy importante que contestes también las últimas preguntas abiertas.

**I.- LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO RESULTAN DE UTILIDAD PARA QUE TU PUEDas:**

a) Identificar los factores de riesgo a la salud en los residentes de las comunidades	(SI) .... (NO)
b) Aplicar acciones de medicina preventiva en su oportunidad.....	(SI) .... (NO)
c) Realizar el Diagnóstico de Salud de la comunidad que visitas.....	(SI) .... (NO)
d) Conocer la metodología de la investigación comunitaria.....	(SI) .... (NO)
e) Formular programas de salud de acuerdo al Dx. de Salud.....	(SI) .... (NO)
f) Organizar y capacitar a los promotores en salud de la zona.....	(SI) .... (NO)
g) Realizar Educación para la Salud con base en necesidades.....	(SI) .... (NO)
h) Observar al individuo integralmente (bio-psico-social).....	(SI) .... (NO)
i) Motivar a los individuos para el autocuidado de su salud.....	(SI) .... (NO)

**II.- TRABAJO DE CAMPO PARTICIPO EN TU DESARROLLO PERSONAL DE LA SIGUIENTE MANERA.**

a) Acercando a la realidad social.....	(SI) .... (NO)
b) Aumentando la responsabilidad para con la comunidad.....	(SI) .... (NO)
c) Facilitando la comunicación y la relación con adultos.....	(SI) .... (NO)
d) Aprendiendo técnicas didácticas y a elaborar medios auxiliares.....	(SI) .... (NO)
e) Otra manera: ¿Cuál? _____	(SI) .... (NO)

**III.- DE LAS SIGUIENTES EMOCIONES ¿CUÁLES EXPERIMENTASTE EN TRABAJO DE CAMPO Y POR QUÉ?.**

a) Agrado	(SI) .... (NO)	¿Por qué? _____
b) Desagrado	(SI) .... (NO)	¿Por qué? _____
c) Inseguridad	(SI) .... (NO)	¿Por qué? _____
d) Apatía	(SI) .... (NO)	¿Por qué? _____
e) Conflicto	(SI) .... (NO)	¿Por qué? _____

**1993 .Cuestionario 2 para señoras  
de la comunidad**

ESTIMADA SEÑORA O SEÑORITA, SU RESPUESTA A ESTE CUESTIONARIO NOS AYUDARA A MEJORAR LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAMOS. MUCHAS GRACIAS.

I.- MARQUE CON UNA CRUZ LAS PLÁTICAS A LAS QUE ASISTIO Y ADEMAS SEÑALE CUALES SON DE SU INTERES.

TEMA DE LA PLATICA:	ASISTIO	LE INTERESAN
1.- Salud y vivienda, animales, basura e higiene .....	( ).....	(SI)... (NO)
2.- Contaminación de alimentos y parasitosis intestinal.....	( ).....	(SI)... (NO)
3.- Potabilización del agua e higiene de los alimentos.....	( ).....	(SI)... (NO)
4.- Nutrición y desnutrición.....	( ).....	(SI)... (NO)
5.- Preparación de alimentos como la Soya.....	( ).....	(SI)... (NO)
6.- Teatro Guiñol sobre : Publicidad y Nutrición.....	( ).....	(SI)... (NO)
7.- Función de los aparatos reproductores del hombre y de la mujer, fecundación y determinación de sexo del bebé.....	( ).....	(SI)... (NO)
8.-Desarrollo del bebé durante el embarazo.....	( ).....	(SI)... (NO)
9.- Cuidados y complicaciones durante el embarazo.....	( ).....	(SI)... (NO)
10.-Desarrollo de la sexualidad en el niño.....	( ).....	(SI)... (NO)
11.-Educación sexual en los adolescentes.....	( ).....	(SI)... (NO)
12.-El parto y cuidados inmediatos del recién nacido.....	( ).....	(SI)... (NO)
13.-Puerperio y lactancia materna.....	( ).....	(SI)... (NO)
14.-Planificación familiar y métodos anticonceptivos.....	( ).....	(SI)... (NO)
15.-Cómo vigilar y cuidar del niño sano.....	( ).....	(SI)... (NO)
16.- Alimentación infantil.....	( ).....	(SI)... (NO)
17.- Desarrollo psicológico y motor del niño.....	( ).....	(SI)... (NO)
18.-Diarreas: cólera y otras.....	( ).....	(SI)... (NO)
19. Sarampión, varicela, rubéola, escarlatina.....	( ).....	(SI)... (NO)
20 Poliomieltitis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Tuberculosis y rabia . Esquema de Inmunizaciones.....	( ).....	(SI)... (NO)

II . CREE QUE ESTAS PLATICAS SON UTILES PARA UD Y SUS VECINAS (SI) (NO) (ALGUNAS)

III.-MARQUE CON UNA CRUZ LAS RAZONES QUE INFLUYERON PARA QUE LE FUERA IMPOSIBLE ASISTIR A TODAS LAS PLATICAS QUE SE DIERON.

a) Tiene muchas labores en el hogar.....	(SI) .... (NO)
b) Tiene otras ocupaciones más importantes.....	(SI) .... (NO)
c) Tiene problemas de comunicación con sus vecinas.....	(SI) .... (NO)
d) El horario de las pláticas es inadecuado.....	(SI) .... (NO)
e) Desconocía el lugar y la hora de la plática.....	(SI) .... (NO)
f) Le quitaba mucho tiempo asistir.....	(SI) .... (NO)
g) Se sentía muy comprometida para asistir.....	(SI) .... (NO)
h) Los médicos le inspiraban poca confianza.....	(SI) .... (NO)
i) Tenía reuniones en las escuelas de sus hijos.....	(SI) .... (NO)
j) Los temas que se trataban, Usted ya los conocía.....	(SI) .... (NO)
k) Otra razón , por favor anótela.....	(SI) .... (NO)

IV. MARQUE LAS OBSREVACIONES QUE TUVO DE LOS ALUMNOS EN LAS PLATICAS A LAS QUE ASISTIO. ESTO NO INFLUYE EN LA CALIFICACION DE LOS ALUMNOS, SINO EN BIEN DE SU FORMACION COMO FUTUROS MEDICOS

a) Les faltan dibujos o fotos para explicar el tema.....	(SI) .... (NO)
b) Fue difícil entenderles lo que explicaban.....	(SI) .... (NO)
c) Parece que estudian poco los temas.....	(SI) .... (NO)
d) Supieron resolver las dudas de Ud y sus vecinas.....	(SI) .... (NO)
e) Los maestros les ayuda a aclarar las dudas.....	(SI) .... (NO)
f) Los alumnos trataron de ganarse la confianza de Ud y sus vecinas.....	(SI) .... (NO)
g) Le molesta a Ud que le hagan preguntas.....	(SI) .... (NO)
h) Siente que la motivaron a seguir lo que le recomendaban.....	(SI) .... (NO)
i) Del 1 al 10 ¿Qué calificación les pondría?.....	(SI) .... (NO)
j) ¿Qué le gustaría decirles a los alumnos? .....	(SI) .... (NO)



2000 y 2003 .Cuestionario 4 para  
alumnos de primer año

ESTE CUESTIONARIO INTENTA CONOCER ALGUNAS DE LAS EXPERIENCIAS Y EMOCIONES QUE HAYAS EXPERIMENTADO AL REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE CORRESPONDEN AL AREA DE EPIDEMIOLOGIA : TRABAJO DE CAMPO. CRUZA CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE CONSIDERES CORRECTA.

<b>1.- EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE</b>			
a) Confrontaste Teoría – Práctica.....			(SI) (NO)
b) Reforzaste aprendizaje al explicar a la comunidad el conocimiento adquirido.....			(SI) (NO)
c) Identificaste problemas de Salud en la comunidad.....			(SI) (NO)
d) Comprendiste el concepto de riesgo al identificar sus factores en la comunidad.....			(SI) (NO)
e) Trabajo de Campo te motivó a estudiar más los temas.....			(SI) (NO)
f) Ampliaste tu panorama en el concepto de autocuidado para la salud.....			(SI) (NO)
g) Aumentó tu comprensión sobre medidas de prevención aplicadas a la comunidad.....			(SI) (NO)
h) Aprendiste y aplicaste técnicas de investigación socioepidemiológicas.....			(SI) (NO)
i) Conociste objetivos e importancia de los programas básicos de salud.....			(SI) (NO)
j) Comprendiste el concepto de atención integral a la salud (bio-psico-social, individuo-familia-comunidad, en fase de riesgo y fase de daño).....			(SI) (NO)
k) Comprendiste el concepto y la elaboración del Diagnóstico de Salud Comunitario.....			(SI) (NO)
<b>2.- EXPERIENCIAS PARA DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</b>			
a) Te acercaste a la realidad social respecto a la salud.....			(SI) (NO)
b) Influyó en tu formación humanitaria como futuro médico.....			(SI) (NO)
c) Progresó tu comunicación con adultos ajenos a la familia.....			(SI) (NO)
d) Aumentó tu confianza para hablar en público.....			(SI) (NO)
e) Experimentaste responsabilidad para cumplir promesas a la comunidad.....			(SI) (NO)
f) Intentaste ser útil para aquellos que necesitaban ayuda en salud, en la comunidad.....			(SI) (NO)
g) Desarrollaste diversas técnicas de educación para la salud.....			(SI) (NO)
h) Utilizaste diversos medios auxiliares en educación para la salud.....			(SI) (NO)
i) Desarrollaste dinámicas de grupo para aumentar la participación de la comunidad.....			(SI) (NO)
<b>EMOCIONES EXPERIMENTADAS EN TRABAJO DE CAMPO Y POSIBLES CAUSAS:</b>			
<b>1.- INSEGURIDAD.....</b>	(SI) (NO)	<b>4.- AGRADO.....</b>	(SI) (NO)
a) Falta de conocimiento.....	(SI) (NO)	a) Adquirí buenas experiencias.....	(SI) (NO)
b) Falta de asesoría.....	(SI) (NO)	b) Hubo trato sencillo y agradable.....	(SI) (NO)
c) Problema personal.....	(SI) (NO)	c) Algunas personas reconocen el trabajo.....	(SI) (NO)
<b>2.- APATÍA.....</b>	(SI) (NO)	d) Logré algunos objetivos de servicio.....	(SI) (NO)
a) Falta motivación personal.....	(SI) (NO)	<b>5.- DESAGRADO.....</b>	(SI) (NO)
b) Exceso de trabajo.....	(SI) (NO)	a) Solo se hizo por requisito académico.....	(SI) (NO)
c) Hay otras prioridades académicas.....	(SI) (NO)	b) El trato con las personas fue difícil.....	(SI) (NO)
d) Influyó negativamente el profesor.....	(SI) (NO)	c) Trabajé demasiado y fue inútil.....	(SI) (NO)
e) Influyó negativamente la comunidad.....	(SI) (NO)	d) El gasto en material fue excesivo.....	(SI) (NO)
<b>3.- DECEPCION.....</b>	(SI) (NO)	<b>6.- OTROS COMENTARIOS:</b>	
a) La promoción a la salud es inútil.....	(SI) (NO)		
b) Faltó material de apoyo didáctico.....	(SI) (NO)		
c) La comunidad carece de interés.....	(SI) (NO)		
d) Faltó trabajo de equipo.....	(SI) (NO)		
e) El profesor apoya deficientemente.....	(SI) (NO)		
f) Trabajo de Campo es inútil.....	(SI) (NO)		
g) Las calificaciones son injustas.....	(SI) (NO)		
h) Mi expectativa era muy diferente.....	(SI) (NO)		

<b>2000 y 2003 Cuestionario 5 Señoras de la Comunidad</b>
---

Su opinión es muy importante para nosotros, porque se quiere mejorar el trabajo. Por favor marque con una cruz las pláticas a las que asistió y aquellas que fueron o serían de su interés.

TEMA	Asistió	INTERES
1. Salud y vivienda, animales , basura e higiene		( SI ) ( NO )
2. Contaminación de alimentos y parasitosis intestinal		( SI ) ( NO )
3. Potabilización del agua e higiene de los alimentos		( SI ) ( NO )
4. Nutrición y desnutrición		( SI ) ( NO )
5. Preparación de alimentos con soya		( SI ) ( NO )
6. Teatro Guiñol , publicidad y nutrición		( SI ) ( NO )
7. Desarrollo y cuidados del embarazo		( SI ) ( NO )
8. Parto, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido		( SI ) ( NO )
9. Desarrollo de la sexualidad en el niño		( SI ) ( NO )
10. Educación sexual al adolescente		( SI ) ( NO )
11. Planificación familiar y métodos anticonceptivos		( SI ) ( NO )
12. Control del niño sano (crecimiento y desarrollo del niño)		( SI ) ( NO )
13. Enfermedades más frecuentes de la infancia y su prevención		( SI ) ( NO )
14. Diarreas y enfermedades respiratorias		( SI ) ( NO )

Pregunta	Puede responder varias opciones
¿ Estas actividades son de utilidad para usted?	Poco Regular Mucho
¿El desempeño de los alumnos en las actividades lo considera	Bueno Regular malo
¿El apoyo que percibió de los doctores que acompañan a los alumnos fue?	Bueno Malo Regular
¿Motivo por el que no puede asistir a todas las pláticas?	Trabajo No trabajo pero no tengo tiempo No me interesaba el tema Ya conocía el tema El horario es inadecuado No cumplen con lo que esperaba

Muchas gracias

<b>2000. Cuestionario 6 para profesores de trabajo de campo</b>
---

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Años como profesor de trabajo de campo \_\_\_\_\_  
 Marque con una cruz los cursos a los que asistió:

Cursos del SADD. Impartidos para la Formación Pedagógica en FES-Zaragoza desde 1996.

Introducción a la Universidad	
Diseño y desarrollo curricular	
Redacción y estilo	
Análisis interdisciplinario de los planes de estudio	
Didáctica y formación pedagógica en la enseñanza modular	
Taller de estrategias de enseñanza y técnicas didácticas	
Otros	

Cursos del área de Epidemiología

Taller de evaluación de la actividad de la formación de la práctica en servicio de epidemiología (nov. 1998)	
Curso de Diagnóstico de Salud de la comunidad (enero 1999)	
Foro de Trabajo de Campo (nov. 2000)	
Otros	

Cursos de DEGAPA

Utilización de técnicas y medios auxiliares en educación para la salud (agosto 1997)	
Otros	

Conoce el programa de estudio de primer año para el área. Elaborado en 1998 por el Dr. Osorno Covarrubias y otros profesores titulares ( SI ) ( NO )

En qué porcentaje aplica el programa en su práctica docente: 30% 70% 100%

Tiene dificultades para orientar a sus alumnos en la elaboración del diagnóstico de salud ( SI ) ( NO )

Conoce el manual para la elaboración del diagnóstico de salud comunitaria ( SI ) ( NO )

Considera útil el manual referido para apoyo al alumno ( SI ) ( NO )

Porcentaje en que considera útil el manual en su actividad docente: 0 % , 30%, 70%, 90%

Comentario Libre respecto a trabajo de campo en salud comunitaria

---

**2002. Cuestionario 7 alumnos que trabajaron en escuela primaria**
**ASUNTO IMPORTANTE. REQUIERE RESPUESTA INMEDIATA**

Eres un elemento importante que participó en la primera experiencia de promover la salud en una escuela primaria, intentando elaborar el diagnóstico de salud de esa comunidad escolar. Te pido reflexiones sobre tu trabajo y con sinceridad expresas tu experiencia y el grado de conocimiento que lograste integrar con ella.

Cualquier comentario es bueno y bien recibido, las siguientes preguntas tal vez te ayuden a evaluar tu desempeño.

Utiliza en la medición de tu trabajo una escala del **1 al 10**

1. ¿En qué grado la escuela primaria fue un sitio adecuado para que **aprendieras** a promover la salud? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuánto **esfuerzo** aplicaste para promover la salud entre los niños? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto **valoras el resultado** de **tu** trabajo realizado en la escuela primaria? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto crees que el niño **captó** de la totalidad de tus mensajes? \_\_\_\_\_
5. ¿En que grado conociste los **problemas** de los niños? \_\_\_\_\_
6. ¿En que grado intentaste **interactuar** con los padres de familia? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuánto **esfuerzo** aplicó tu profesor de campo para ayudarte a alcanzar los objetivos? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuánto te gustaría **regresar** a la primaria, ahora que ya tienes más experiencia? \_\_\_\_\_
9. ¿Tu mamá o algún familiar cercano, consideró importante **tu trabajo** con los niños? \_\_\_\_\_
10. ¿En qué grado te **interesa** seguir promoviendo la salud en otros ámbitos? \_\_\_\_\_
11. ¿Grado de dificultad para realizar el **diagnóstico de salud** de tu área de trabajo? \_\_\_\_\_
12. ¿**Utilidad** de estas actividades en tu desarrollo personal y social? \_\_\_\_\_
13. ¿**Utilidad** de estas actividades en tu carrera profesional? \_\_\_\_\_
14. ¿En que grado los resultados cumplen tus expectativas? \_\_\_\_\_

COMENTARIO LIBRE:

**2002- Cuestionario 8 para maestros de la escuela primaria**

**EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR ALUMNOS DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO DE LA FES-ZARAGOZA, EN LA ESCUELA PRIMARIA EFRAIN BONILLA MANZANO DE ABRIL A NOVIEMBRE DEL 2002**

Estimado(a) maestro(a) le agradecemos mucho su cordial atención a las actividades realizadas en esta escuela por alumnos de medicina y le pedimos por favor nos ayude a evaluar las mismas.

Anote un valor de 1-4 según juzgue usted la importancia de la actividad realizada en beneficio para sus alumnos.

- 1- Teatro guiñol sobre "La Salud" \_\_\_\_\_
- 2- Campaña de higiene y escuela limpia \_\_\_\_\_
- 3- Plática sobre prevención de accidentes en escuela, hogar y vía pública \_\_\_\_\_
- 4- Plática a padres de familia sobre la salud integral del niño \_\_\_\_\_
- 5- Diagnóstico nutricional con estudio de peso, talla y perímetro braquial \_\_\_\_\_
- 6- Plática a las madres de familia sobre nutrición y soya \_\_\_\_\_
- 7- Teatro guiñol sobre "Nutrición" \_\_\_\_\_
- 8- Plática a los niños sobre educación sexual \_\_\_\_\_
- 9- Plática a padres sobre salud materna, planificación familiar, y paternidad responsable \_\_\_\_\_
- 10- Plática al niño sobre violencia, maltrato y adicciones \_\_\_\_\_
- 11- Plática al niño sobre prevención de diarreas y enfermedades respiratorias \_\_\_\_\_
- 12- Informe de sus actividades \_\_\_\_\_

Anote un valor de 1-4 si notó alguna de las siguientes situaciones en la relación de los alumnos de medicina con los niños.

1. Los niños esperaban con interés la plática de los alumnos \_\_\_\_\_
2. La relación de los niños con los alumnos es cordial y de confianza \_\_\_\_\_
3. Notaba motivación en los alumnos cuando los niños les atendían \_\_\_\_\_
4. Considera que los alumnos se humanizan al tratar a los niños \_\_\_\_\_
5. Le quitaba tiempo a su programa académico las actividades de los alumnos \_\_\_\_\_
6. La profundidad en que se aborda el tema es adecuado para el niño \_\_\_\_\_
7. Los alumnos se preocuparon por resolver las dudas de los niños \_\_\_\_\_
8. Los alumnos se preocupaban por emplear técnicas de enseñanza adecuadas \_\_\_\_\_
9. Recibió quejas u opiniones negativas por parte de los padres de familia \_\_\_\_\_
10. Estas actividades permiten al alumno de medicina formarse integralmente \_\_\_\_\_

Comentario Libre:

---

<p><b>1989 -2001 Cuestionario 9 Para egresados</b></p>
--

El siguiente cuestionario es confidencial, con el interés de conocer tu opinión respecto a las actividades de Epidemiología y Salud Pública que realizaste durante el primer año de la carrera de médico cirujano. Agradezco tu cooperación

DATOS GENERALES: Edad\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_ Dom. Delegación\_\_\_\_\_

Año en que ingresó a la FES-Zaragoza\_\_\_\_\_terminó (SI) (NO,¿Por qué?)

Ocupación que desempeña\_\_\_\_\_especialidad\_\_\_\_\_

Institución en la que trabaja \_\_\_\_\_ (Pública) (Privada) ( Mixto)

¿Qué otra actividad realiza?\_\_\_\_\_ ( Investigación-Docencia)

¿Dónde realizó el servicio social?¿Qué hizo? \_\_\_\_\_

¿Aplicó los temas teóricos del primer año de la carrera para elaborar el Diagnóstico de Salud Comunitaria? (SI) (NO)

¿Cuáles de las actividades de Trabajo de Campo aplicó y cuál fue la utilidad de éstas para su servicio social?\_\_\_\_\_

¿ Considera que Trabajo de Campo aumentó el agrado de acciones comunitarias durante su servicio social? (SI) (NO)

¿Considera que TCSC influyó para su Formación Integral? (SI) (NO) ¿Cómo y por qué? \_\_\_\_\_

¿Considera que TCSC influyó poco, mucho o regular en su Competencia Profesional? y ¿Cómo considera su formación médica en la FES-Z con respecto a colegas de otras instituciones? (mejor) (igual) (menor).

¿En qué sería diferente?\_\_\_\_\_

¿El área de Epidemiología contribuyó poco, mucho o regular en el manejo de sus emociones como: seguridad o satisfacción del trabajo, otra? NO,¿Por qué?

¿El área de Epidemiología contribuyó poco, mucho o regular en su desarrollo personal: humanístico, comunicativo, sociocultural, otro ? NO, ¿Por qué?

¿Cree que debe seguirse impartiendo TCSC tal como lo vivió o qué modificaciones sugiere? (S) (NO) \_\_\_\_\_

Algún otro comentario sobre su vivencia en trabajo de campo y la relación con su ocupación actual \_\_\_\_\_

Califica TCSC desde su actual posición con (NA) (S) (B) (MB)

<b>2003. Cuestionario 10 para profesores de trabajo de campo</b>
--

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Años como profesor de trabajo de campo \_\_\_\_\_  
 Participó para obtener la definitividad como profesor asignatura de T.C. \_\_\_\_\_  
 Marque con una cruz los cursos a los que asistió:

Cursos del SADD. Impartidos para la Formación Pedagógica en FES-Zaragoza desde 1996.

Introducción a la Universidad	
Diseño y desarrollo curricular	
Redacción y estilo	
Análisis interdisciplinario de los planes de estudio	
Didáctica y formación pedagógica en la enseñanza modular	
Taller de estrategias de enseñanza y técnicas didácticas	
Otros	

Cursos del área de Epidemiología

Taller de evaluación de la actividad de la formación de la práctica en servicio de epidemiología (nov. 1998)	
Curso de Diagnóstico de Salud de la comunidad (enero 1999)	
Foro de Trabajo de Campo (nov. 2000)	
Introducción a la estadística médica (junio 2001)	
Otros	

Cursos de DEGAPA

Utilización de técnicas y medios auxiliares en educación para la salud (agosto 1997)	
Evaluación del aprendizaje (abril 2002)	
Computación	
Otros	

Cursos en otras instituciones sobre aspectos de salud pública

Promoción de la salud o Diplomados de UAT	
Otros	

Conoce el programa de estudio de primer año para el área. Elaborado en 2002 por el Dr. Osorno Covarrubias y otros profesores titulares ( SI ) ( NO )

En qué porcentaje aplica el programa en su práctica docente: 30% 70% 100%

Conoce el manual para la elaboración del diagnóstico de salud comunitaria ( SI ) ( NO )

Considera útil el manual referido para apoyo al alumno ( SI ) ( NO )

Porcentaje en que considera útil el manual en su actividad docente: 0% , 30%, 70%, 90%

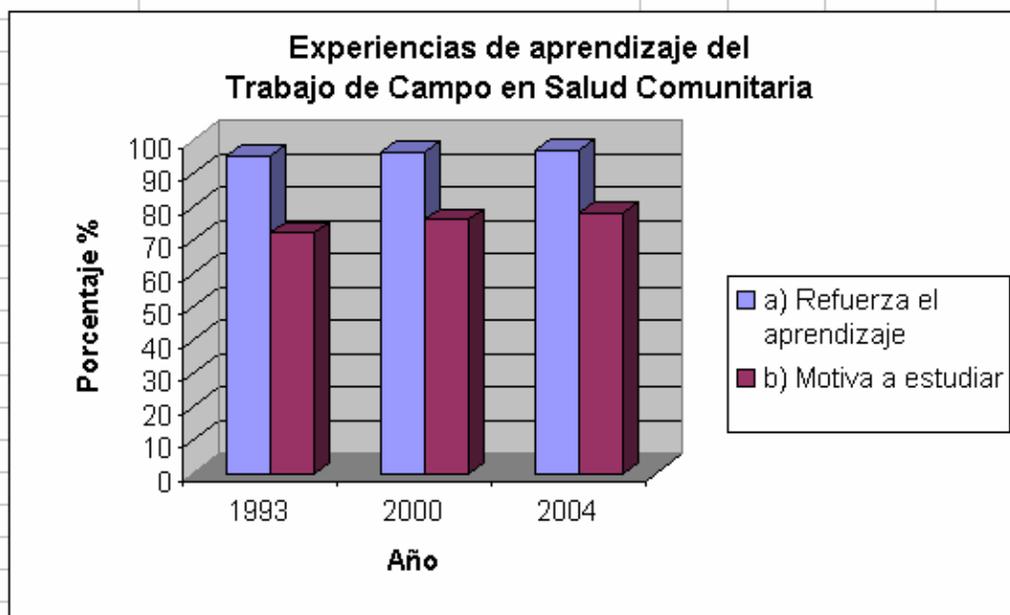
Le gustaría cambiar el trabajo de comunidades abierta a escuelas ( SI ) ( NO )

Comentario Libre respecto a trabajo de campo en salud comunitaria

---

GRÁFICO 1.- EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE DEL TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE EXPERIENCIA	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Refuerza el aprendizaje	95	96	97
b) Motiva a estudiar	72	76	78

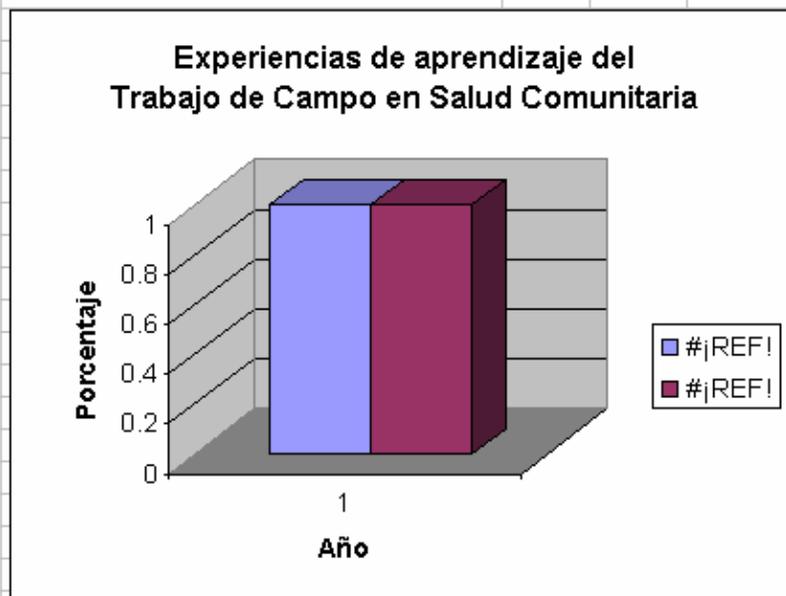


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Los alumnos aplican los conocimientos teóricos a la práctica. Reconociendo que al realizar la investigación, el programa o la promoción, se está reforzando el conocimiento teórico y se ven obligados a estudiar más sobre el tema para llevarlo a la práctica. Pocos estudian más allá de lo que se les solicita, por eso no lo ven como una motivación. No se encuentra cambio significativo en el sentir de 1993 a 2004.

GRÁFICO 2.- EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE DEL TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE EXPERIENCIA	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Comprende medidas de prevención	94	94	100
b) Identifica riesgos para la salud	87	90	94

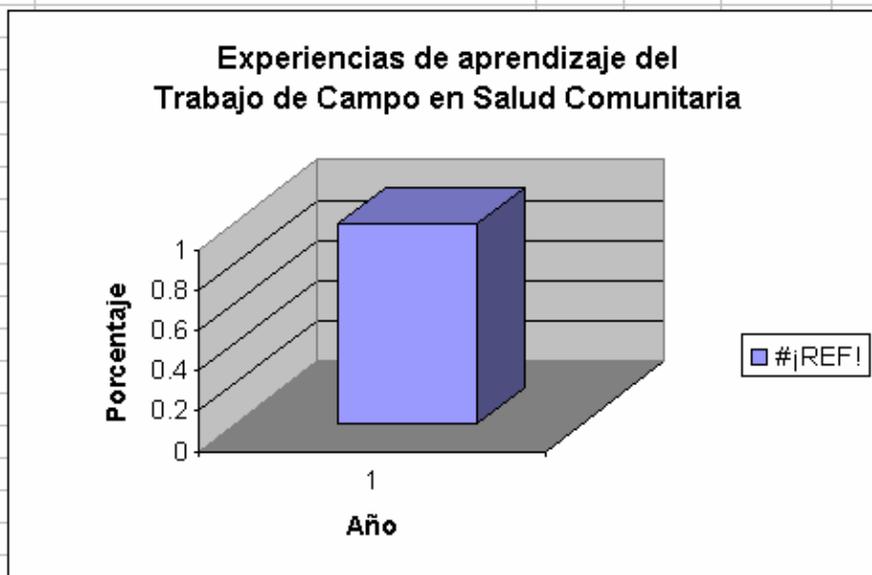


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

El cambio en las políticas de salud ha permitido que los alumnos valoren más el concepto de prevención y las medidas que debe aplicar en primer nivel de atención. Así mismo, los instrumentos utilizados para medir riesgo, como son la encuesta de riesgo materno e infantil, los ejercicios de estudios transversales y el aumento de la bibliografía, han permitido que el alumno actual describa con menor dificultad los factores de riesgo a la salud en los diferentes grupos poblacionales.

GRÁFICO 3.- EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE DEL TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

<b>EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE</b>	<b>AÑO</b>		
	<b>1993</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>
a) Aplica técnicas de investigación	74	90	99

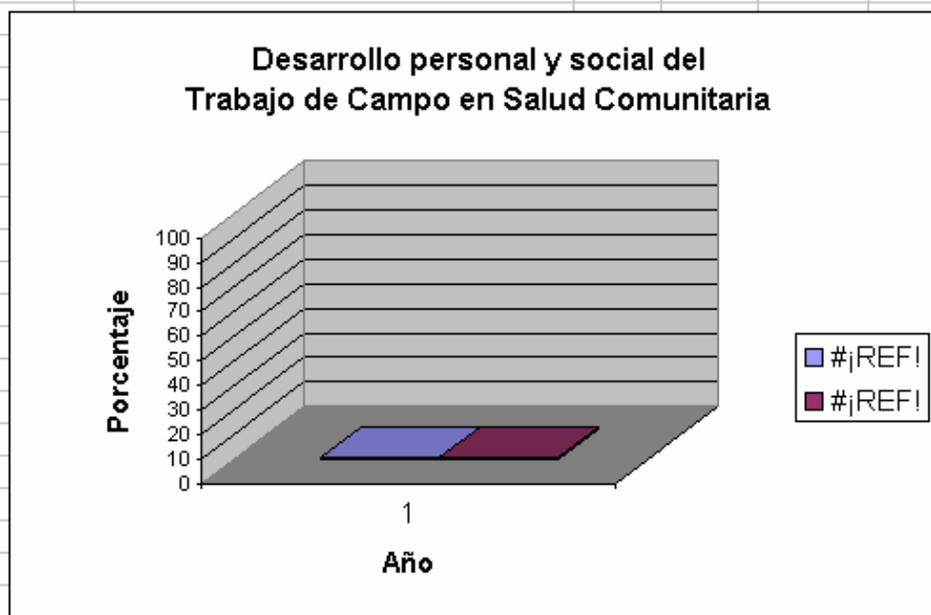


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Al ordenar el contenido del programa y hacer coincidir los objetivos de teoría con los de práctica, el alumno logró integrar ese conocimiento y plasmarlo en una investigación descriptiva, observacional y transversa a la que nombra Diagnóstico de Salud Comunitaria. El uso del manual que se elaboró, también lo refieren de gran ayuda, incluso algunos equipos, que por circunstancias ajenas, se quedaban sin profesor de campo, tuvieron un buen desempeño en la investigación. La evidencia sobre esta competencia son los informes que presentan a fin de año, los cuales han tenido cambios significativos como se explicará más adelante.

GRÁFICO 4.- DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DEL TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

<i>DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</i>	<i>AÑO</i>		
	1993	2000	2004
a) Acerca a la realidad	94	88	90
b) Influye en la formación humana	90	92	93

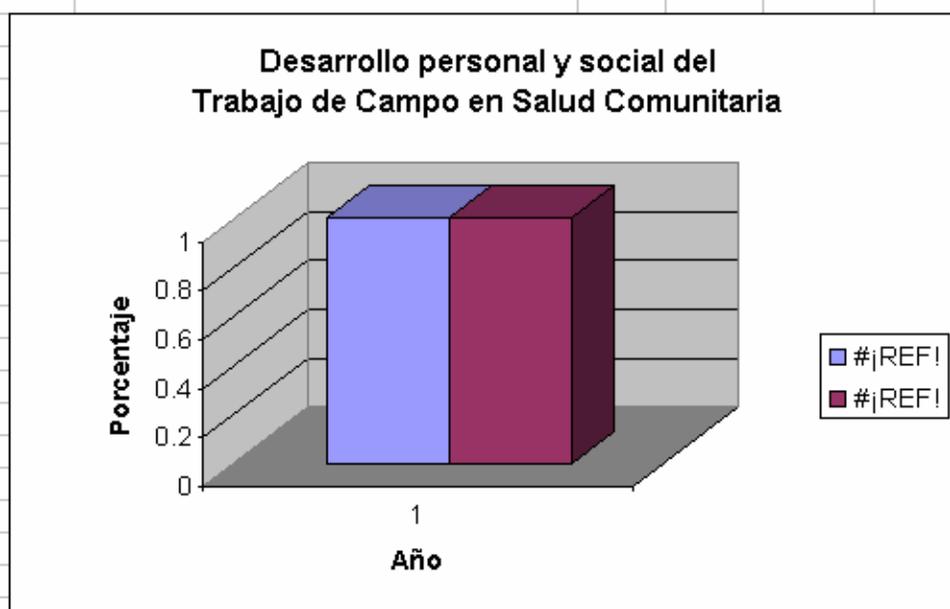


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

El argumento por el cual no todos refieren acercarse a la realidad, es que las comunidades seleccionadas son del Distrito Federal o del Estado de México, donde las condiciones de vida son diferentes a las de muchos estados de la República Mexicana. Esto razón esta plenamente justificada y a su vez nos expresa el mejor grado de conciencia que tiene el alumno sobre los problemas nacionales y sobre los factores que los rodean a ellos mismos determinando su formación humanística y social. No obstante, más del 90 % están considerando al trabajo de campo una actividad formativa en estas áreas.

GRÁFICO 5.- DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DEL TRABAJO  
DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA  
UNAM. 1993-2004

<i>DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</i>	<i>AÑO</i>		
	1993	2000	2004
a) Facilita hablar en público	90	92	95
b) Desarrolla dinámicas de grupo	75	52	97



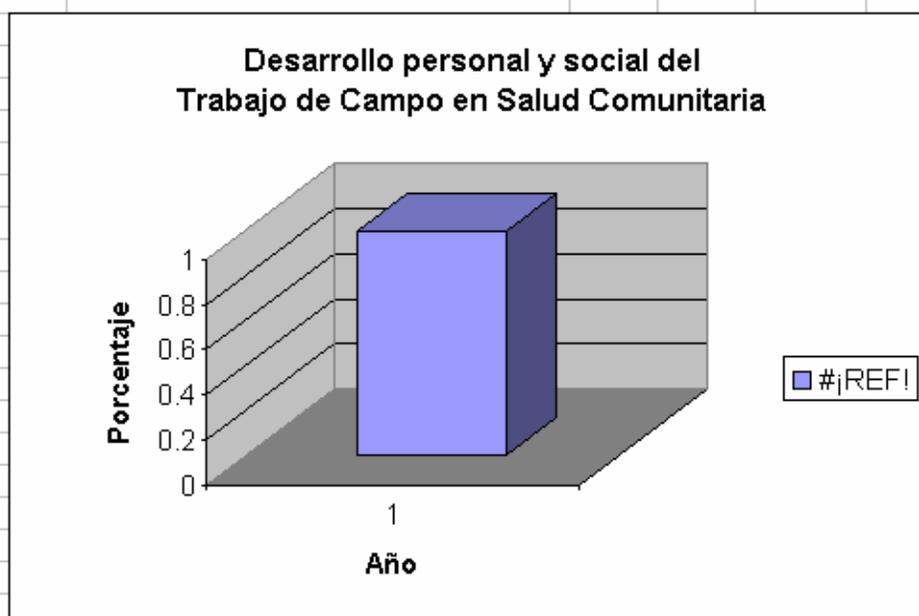
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

La mayoría de los alumnos tienen temor a expresarse en público cuando inician el curso y con mayor razón si se saben supervisados por los profesores, pero con el tiempo y la práctica su temor se convierte en confianza. Todos tienen que pasar a exponer porque la enseñanza activa es parte del sistema de enseñanza modular y se desenvuelven cada vez con facilidad como se muestra en el gráfico más del 90% notan esa diferencia.

Se ha implementado algunas dinámicas de grupo con las señoras y sobre todo con los niños de las escuelas, lo que les ayuda a tener mayor dominio del grupo. Por ejemplo, se les colocan gafetes con su nombre a los participantes, se busca que conversen entre ellos, se les motiva para expresar dudas o ideas referentes al tema.

GRÁFICO 6.- DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DEL TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

<i>DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</i>	<i>AÑO</i>		
	1993	2000	2004
a) Utiliza técnicas didácticas y medios auxiliares	79	92	98

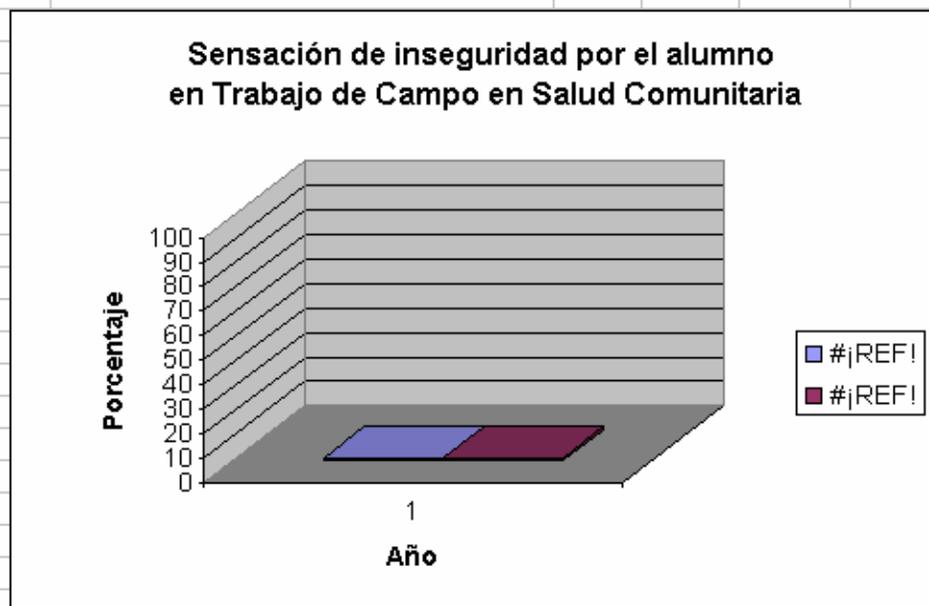


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Se han rotado temas y funciones, de tal manera que apliquen varias técnicas didácticas a lo largo del curso, son los mismos alumnos que evalúan la técnica y el medio auxiliar que se emplea por los demás integrantes. Siempre se les pide un ensayo de presentación en el aula y esto ha mejorado significativamente la calidad y el criterio de los alumnos sobre las técnicas didácticas y los medios auxiliares que tienen mayor impacto en la promoción a la salud.

GRÁFICO 7.- SENSACIÓN DE INSEGURIDAD POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE INSEGURIDAD	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Falta de conocimiento	32	20	15
b) Falta de asesoría	48	42	30



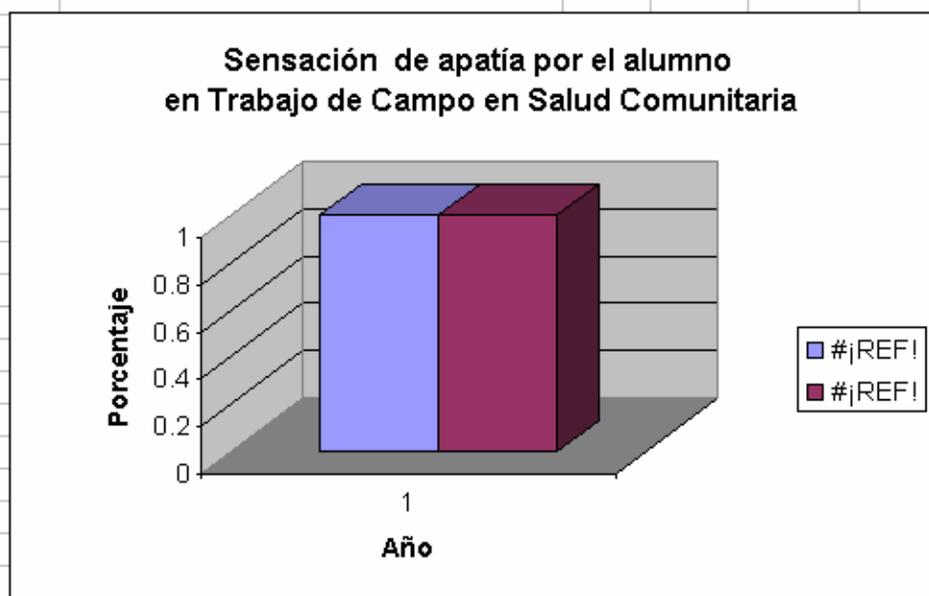
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

El sentimiento de inseguridad para presentar sus promociones, sigue siendo un problema entre los alumnos argumentando que les falta tiempo para preparar los temas, ya que el Plan de Estudios de la carrera exige el manejo de gran cantidad de contenidos por todas las áreas. Pero aquí la diferencia también la marca la facilidad de acceso a la información vía Internet. Abundan los artículos sobre el autocuidado a la salud que va en aumento como política internacional.

Es cada vez más frecuente y fácil para los alumnos acceder al conocimiento de la prevención y difundirlo. Como vemos en la gráfica, también la asesoría de los profesores ha mejorado, es indudable que la experiencia de los docentes les permite orientarlos mejor sobre las exposiciones, sin embargo hay que reconocer que algunos profesores no dedican el tiempo suficiente para apoyar a los alumnos en la adquisición de su conocimiento y se refleja en este sentir.

GRÁFICO 8.- SENSACIÓN DE APATÍA POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE APATÍA	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Influyen los profesores	24	22	11
b) Influye la comunidad	67	34	20



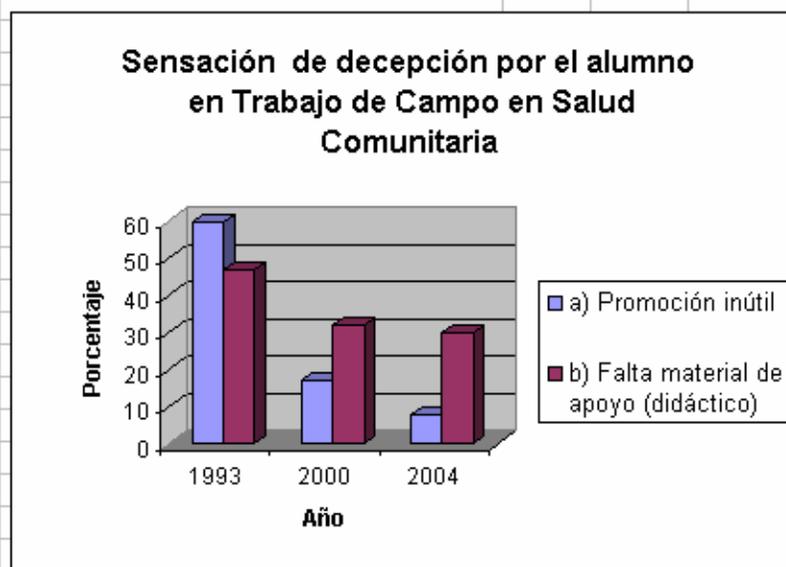
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

En la medida que se ha ordenado el programa para exigir productos intermedios, es como se ha logrado disminuir considerablemente el número de alumnos que quieren permanecer ajenos al proceso. Hace 12 años, el informe se entregaba casi al final del año y los alumnos se perdían más o se confiaban demasiado ocultando su apatía y en muchas ocasiones afectando el trabajo de equipo. Contar con un instrumento de evaluación semanal ha permitido mantener atento al alumno hacia las tareas encomendadas. También hay quienes se dan cuenta de que esta carrera no es lo suyo y terminan cambiando la profesión.

En cuanto a la participación de la comunidad, los alumnos argumentaban que les generaba frustración la poca atención de ésta. Cuando ampliamos el campo de trabajo a las escuelas, los alumnos se convirtieron en población cautiva y disminuyó la causa de apatía referida.

GRÁFICO 9.- SENSACIÓN DE DECEPCIÓN POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE DECEPCIÓN	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Promoción inútil	60	17	8
b) Falta material de apoyo (didáctico)	47	32	30

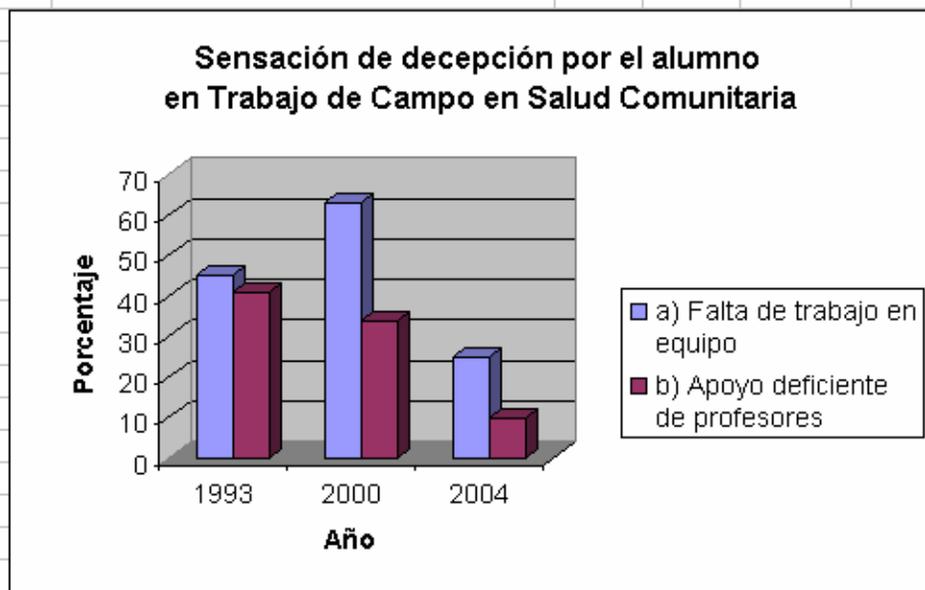


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

La primera vez que los alumnos expresaron esta emoción, hacían referencia a que los asistentes a las promociones no hacían caso de las recomendaciones. También referían que esperaban un Trabajo de Campo más fácil, algunos profesores les creaban falsas expectativas al hacerlos creer que la gente estaba a su servicio. Actualmente se les explica que se están formando como servidores públicos, que están normadas sus actividades y que la gente está cada vez más atenta para escucharlos pero también para identificar sus errores (se intenta ubicarlos en la realidad médica con todo y su problemática social). El alumno recibe siempre palabras de aliento de la comunidad o de los niños que reconocen su trabajo y su esfuerzo, saben que no importa la cantidad de personas que reciben su información, sino la calidad de la misma. Como se muestra en la gráfica ellos mismos valoran más su trabajo. En cuanto al apoyo económico que se recibe de la institución para realizar las actividades, seguimos carentes del mismo y termina en una sangría económica para el alumno.

GRÁFICO 10.- SENSACIÓN DE DECEPCIÓN POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

TIPO DE DECEPCIÓN	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Falta de trabajo en equipo	45	63	25
b) Apoyo deficiente de profesores	41	34	10



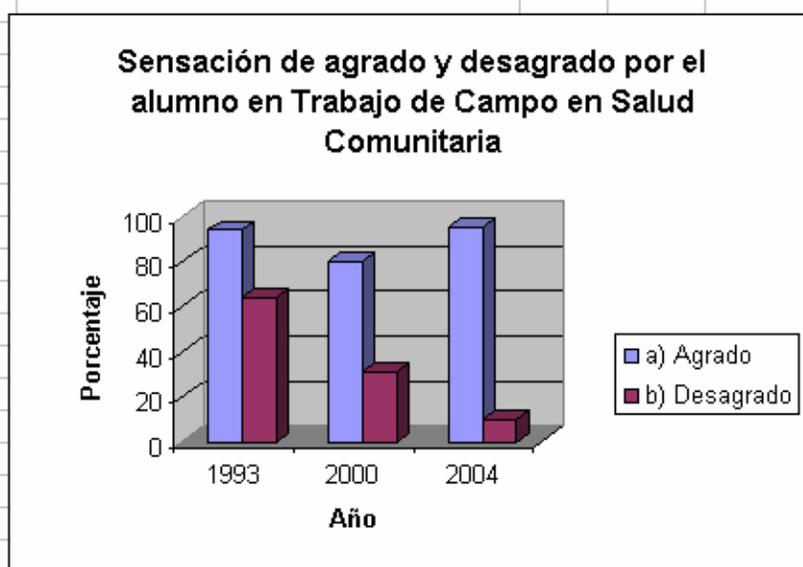
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Son menos los que experimentan este tipo de emociones, debido a que se les ha motivado, tanto alumnos como profesores, para trabajar en equipo e incluso como grupo en la realización de las promociones, estamos pendientes del trabajo, de la comunicación entre alumnos, alumno-profesor y profesor-profesor. El Manual del Diagnóstico de Salud y la entrega de un cronograma de actividades, ha permitido unificar algunos criterios y mantener un marco de libertad de cátedra. Así mismo, el alumno mantiene la ubicación de sus actividades y aún en ausencia momentánea del profesor realiza su trabajo.

El aumento en el compromiso de los profesores, que actualmente en su mayoría son titulares, ha permitido una mejor relación con los alumnos y el profesor que solo tiene 7 u 8 alumnos, los identifica perfectamente, los evalúa en forma más justa e identificar el desempeño individual y su función como equipo; tratando de integrar, aumentar la tolerancia o limar las

GRÁFICO 11.- SENSACIÓN DE AGRADO Y DESAGRADO  
 POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA.  
 FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

<b>AGRADO Y DESAGRADO</b>	<b>AÑO</b>		
	<b>1993</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>
a) Agrado	94	80	95
b) Desagrado	64	31	10

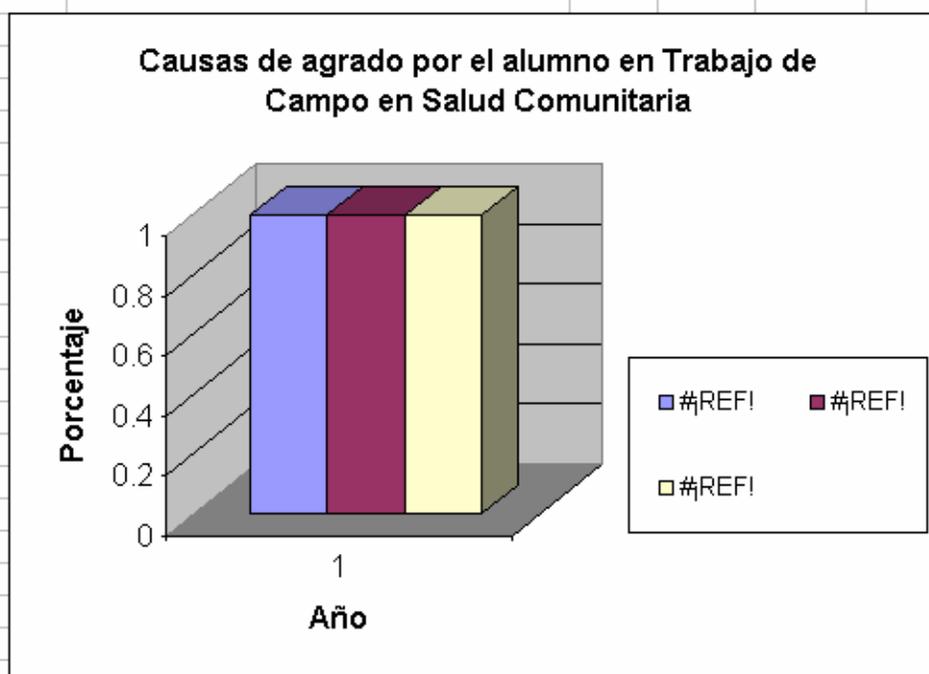


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Afortunadamente siempre han sido más los alumnos a los que les resulta agradable realizar las actividades de campo. Las razones de desagrado tienen más que ver con el tiempo invertido, el gasto en impresiones, o material para las promociones, la tolerancia a la presión, los problemas de equipo o con el profesor que no reconoce su esfuerzo.

GRÁFICO 12.- CAUSAS DE AGRADO  
 POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA.  
 FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

CAUSAS DE AGRADO	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Reconocimiento del trabajo	84	86	90
b) Buena experiencia	80	89	99
c) Buen trato	70	84	85

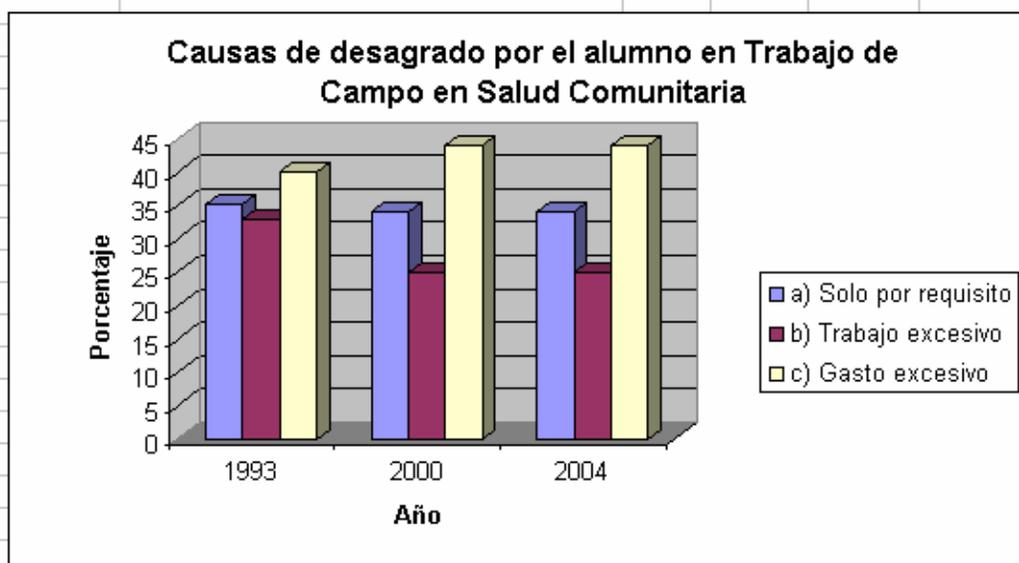


Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Las razones de agrado tienen que ver con la autoestima tan básica en esta etapa de formación

GRÁFICO 13.- CAUSAS DE DESAGRADO  
 POR EL ALUMNO EN TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA.  
 FES ZARAGOZA UNAM. 1993-2004

CAUSAS DE DESAGRADO	AÑO		
	1993	2000	2004
a) Solo por requisito	35	34	34
b) Trabajo excesivo	33	25	25
c) Gasto excesivo	40	44	44



Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de 1993, 2000 y 2004

Al mejorar los instrumentos de evaluación, se unifican algunos criterios para que el profesor emita una calificación más justa. La entrega de productos le permite al alumno identificar aspectos en los que no cumple o falla.

El trabajo en las escuelas también ha colaborado a disminuir situaciones desagradables como tocar puerta por puerta, recibir incluso maltrato de la gente que cada día desconfía más. Y como trabaja también con la comunidad ya tolera mejor las frustraciones al cambiar de escenarios y comparar las respuestas.

Gráfico 14. Profesores de Trabajo de Campo con cursos de formación pedagógica FES-Zaragoza UNAM . Año 1993

Año	% de asistentes	
	si	no
1993	33	67



Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 1993.

Gráfico 15. Profesores de Trabajo de Campo con cursos de formación pedagógica FES-Zaragoza UNAM Año 2004

Año	% de asistentes	
	si	no
2004	72	38



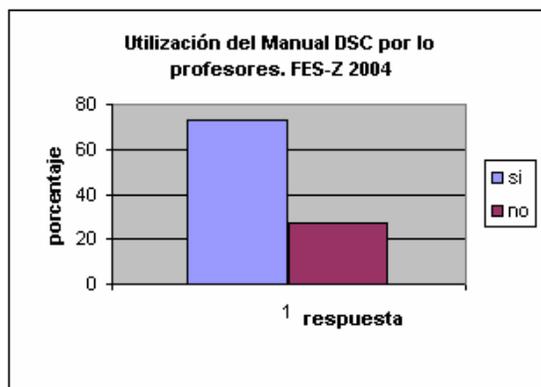
Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 2004.

Se invirtió el número de profesores que buscaron formación docente entre 1993 y 2004. Y el aumento en preparación docente se ve reflejado en las actividades de TCSC. Implementando mejores condiciones para los alumnos.



Gráfico 18. Porcentaje en que los profesores utilizan  
El Manual del Diagnóstico de Salud Comunitaria  
FES-Zaragoza UNAM . Año 2004

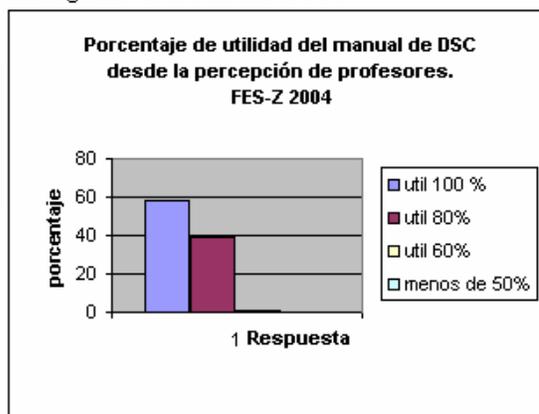
Porcentaje de utilización	
si	71
no	29



Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 2004.

Gráfico 19. Porcentaje en que consideran útil  
el Manual del Diagnóstico de Salud Comunitaria  
FES-Zaragoza UNAM Año 2004

% de Utilidad	% de profesores
100	58
80	39
60	1
50	0

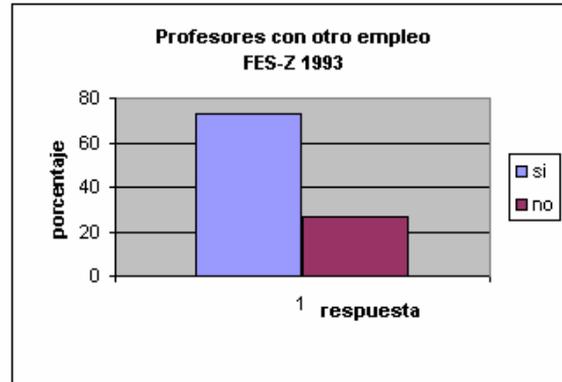


Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 2004.

Para el 2004 algunos profesores no han leído el manual del DSC, no lo utilizan y aún así opinaron al respecto. Lo que expresa el bajo interés por enriquecer el trabajo, solo hay una devaluación no justificada.

Gráfico 20. Profesores de Trabajo de Campo con otro empleo  
FES-Zaragoza UNAM . Año 1993

Otro empleo	
si	73
no	27



Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 1993.

Gráfico 21. Profesores de T. de Campo con otro empleo  
FES-Zaragoza UNAM Año 2004

Otro empleo	
si	78
no	22



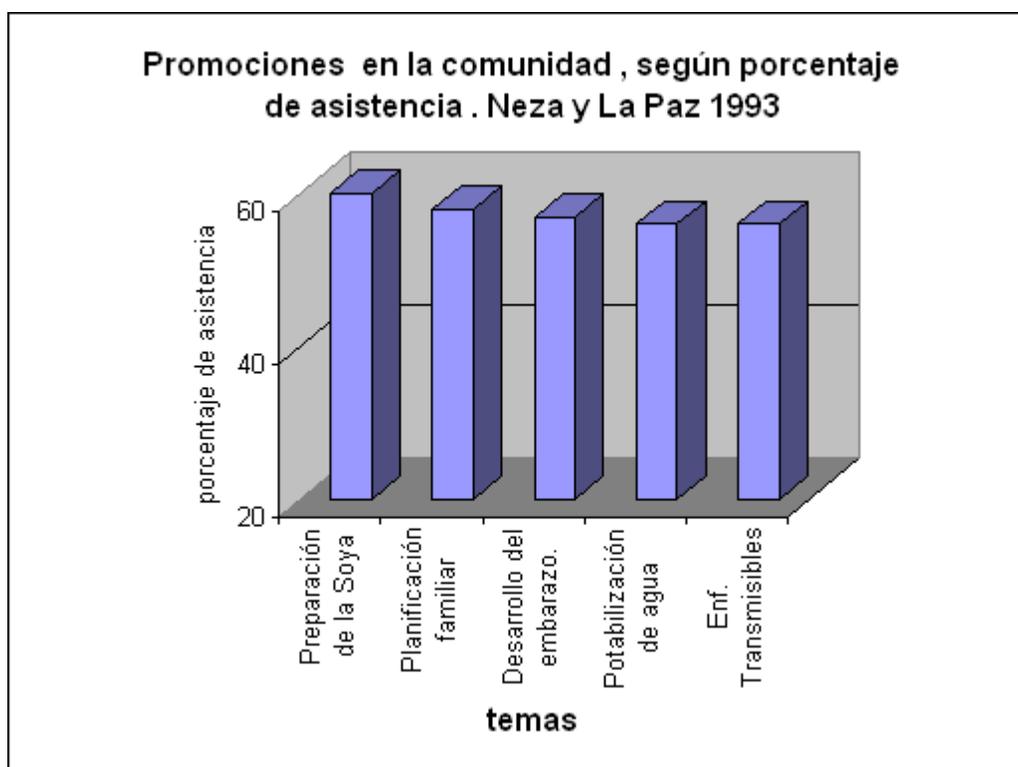
Fuente: Encuestas realizadas a profesores de Epidemiología 2004.

No hay diferencia significativa con respecto a otro empleo, que se considere causa de por la que se haya elevado la asistencia a cursos. Por otra parte la mayoría trabaja en instituciones del sector salud, lo que mantiene relación teoría práctica.

Gráfico 22. Promociones según porcentaje asistencia de la comunidad Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

Tema	%
Preparación de la Soya	60
Planificación familiar	58
Desarrollo del embarazo.	57
Potabilización de agua	56
Enf. Transmisibles	56

Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



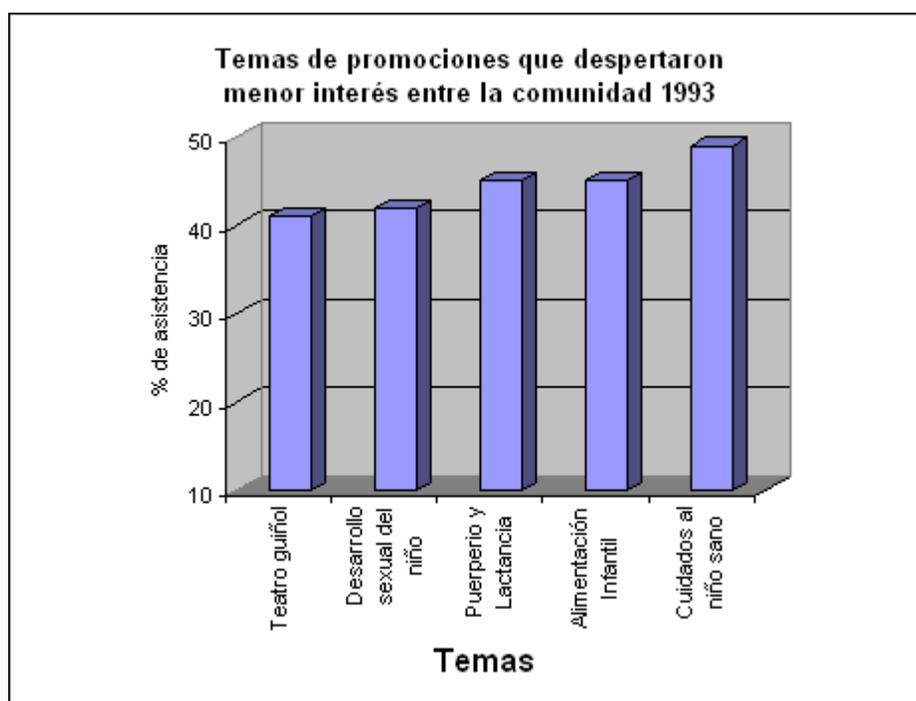
Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993

Más del 50% de las encuestadas asistieron en promedio a 6 de las 15 promociones que ofrecían los alumnos de toda la generación en diferentes comunidades de Cd Nezahualcoyotl . El 70 % de estas amas de casa asistió a la plática sobre promoción de soya, incluso asisten con sus hijos y preguntan sobre los beneficios del frijol de soya, de formas para preparar la leche y la okara, de recetas. Los alumnos llevan preparados los platillos y explican todo el procedimiento con frijol de soya, no la texturizada. La buena respuesta a esta promoción, justifica que a la fecha se siga realizando.

Gráfico 23. Temas de la promociones que despertaron menor interés  
Comunidad: Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

Tema	%
Teatro guiñol	41
Desarrollo sexual del niño	42
Puerperio y Lactancia	45
Alimentación Infantil	45
Cuidados al niño sano	49

Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993

Sólo el 41 % de las encuestadas asistieron a la presentación del Teatro Guiñol, porque se le llamó principalmente al público infantil, pero ésta promoción también tiene una respuesta excelente. El mensaje de nutrición es bien aceptado por los niños y eso motiva a los alumnos que ven utilidad en esta técnica didáctica.

Gráfico 24. Algunas razones por las cuales la comunidad no asistió a las promociones Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

OPCIONES OFRECIDAS	% Afirmaron	% Negaron	% Abstención
Tiene muchas labores del hogar	53.8	32.6	13.6
Tiene muchas reuniones escolares	39.6	42.9	17.5
El horario de pláticas es inadecuado	35.3	47.2	17.5
Tiene ocupaciones más importantes	29.8	45.6	24.6
Tiene problemas con sus vecinas	22.8	57.0	20.2
Ya conocía los temas a tratar	18.4	59.2	22.4
Otras razones	20.1		

OTRAS RAZONES ANOTADAS:	No. de personas
Porque trabaja	8
Por problemas personales de salud	6
"No tiene tiempo"	6
Porque tenía otros compromisos	11

Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



Sólo el 29.8% ponen en segundo plano la salud con respecto al resto de sus ocupaciones, al argumentar que tienen otras cosas más importantes que realizar como para asistir a las promociones sobre salud. Abstenerse también es una forma de expresión, nos dice que en promedio el 19% no tienen suficientes elementos para apoyar esa opción o quieren ser diplomáticas para no ofender a los alumnos y de alguna manera valoran el esfuerzo de éstos. Sólo el 18.4 % afirmaron conocer los temas que se expusieron, contra el 59 % que expresaron no conocerlos. En ese año sólo 8 de 180 encuestadas se refirieron trabajadoras representando el 4.4%.

Gráfico 25. Opinión de la comunidad sobre la utilidad de los temas expuestos  
Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

Utilidad	%
Las pláticas son útiles	70
Abstención	30

Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



El 70 % de las encuestadas que asistieron a las promociones las consideraban de utilidad, pero el abstenerse también es una apreciación o duda sobre esto y coincide con las personas que expresaron dificultad para asistir o falta de motivación para seguir las indicaciones de los alumnos.

Gráfico 26. Observaciones de la comunidad hacia las promociones realizadas Cd Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

Aspectos Académicos		Aspectos Operativos	
Fue fácil entender a los alumnos	85%	Presentan suficiente material	83%
Cree que estudian poco	77%	No molestan sus intervenciones ni sus preguntas	82%
Resuelven bien las dudas	88%	Tratan de ganar la confianza	92%
		Se les motiva a seguir las recomendaciones	30%
Calificación que otorgan a los alumnos:		Los maestros aclaran las dudas de la comunidad	80%
Diez	51%		
Nueve	33%		
Ocho	10%		
Abstinencia	6%		

Fuente: encuestas realizadas a 180 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



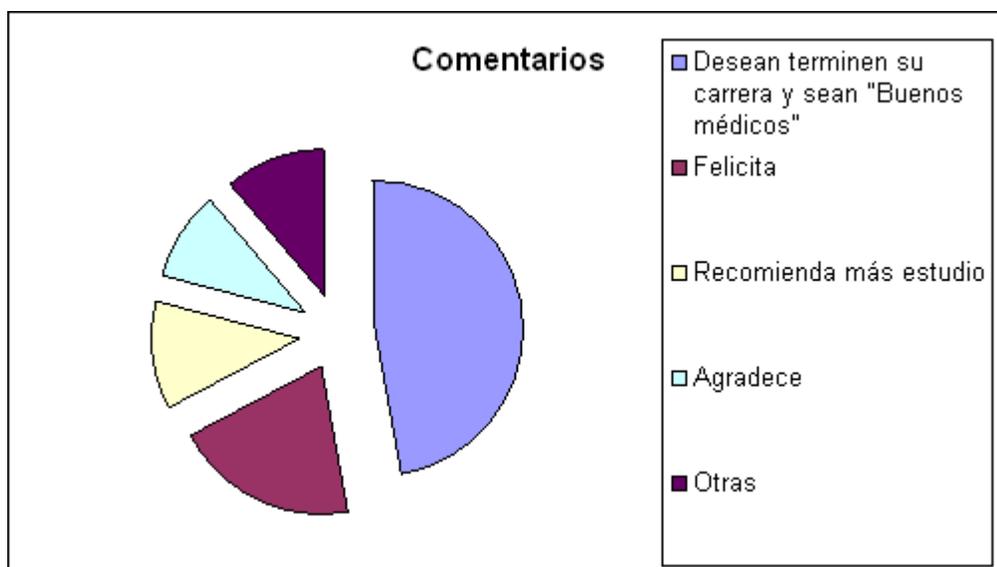
El 77 % de las encuestadas que asistieron a la plática notaron que la preparación de los alumnos para exponer los temas era deficiente por falta de preparación del tema y hasta el 20 % consideraron que también los maestros tenían deficiencias para resolver sus dudas.

En muchas ocasiones no había una comunicación al final de la promoción que permitiera evaluar la actividad. por esto se les insiste a los alumnos motivar la participación de la comunidad, lo que salvaría de valores negativos a las promociones. Con todo y esto, el 51% de las asistentes les pondrían un 10 de calificación a los alumnos, lo que habla de una buena relación alumno-comunidad. El 43 % que les pone 8 a 9 apoyan la falta de estudio. el 6% se abstuvo de emitir una calificación.

Gráfico 27. Comentarios expresados por la comunidad hacia los alumnos Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

Comentario	%
Desean terminen su carrera y sean "Buenos médicos"	47
Felicita	20
Recomienda más estudio	12
Agradece	10
Otras	11

Fuente: encuestas realizadas a 184 amas de casa que asistieron a promociones en 1993



Fuente: encuestas realizadas a 184 amas de casa que asistieron a promociones en 1993

El 71.2 % de las encuestadas llenó el espacio para expresar algo a los alumnos y se dirigió a ellos con frases estimulantes y buenos deseos. Conforme avanza el ciclo escolar, la relación de los alumnos con la comunidad se va haciendo más cálida y afectiva. Esto contribuye a estimular la participación de los alumnos y establece vínculos y compromisos entre alumnos y comunidad

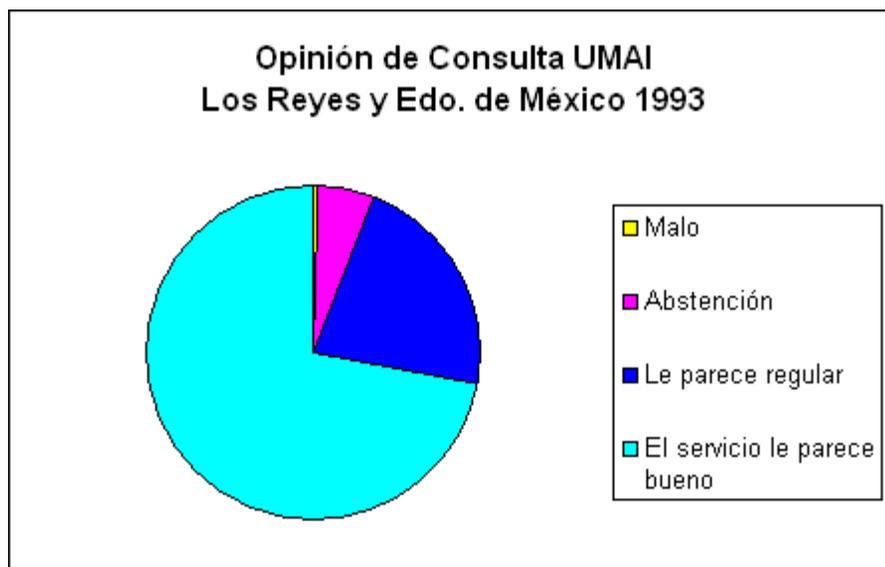
Gráfico 28. Opiniones de la comunidad sobre la asistencia médica en las Clínicas Multidisciplinarias de Atención Integral (UMAI) Cd. Nezahualcoyotl y Los Reyes la Paz 1993

CONSULTA UMAI

Calidad del servicio	%
Malo	0.6
Abstención	5.4
Le parece regular	22.0
El servicio le parece bueno	72.0

Fuente: encuestas realizadas a 184 amas de casa que asistieron a promociones en 1993

Pero la población que asistió al menos una vez solo es el 28% (52 personas)



Fuente: encuestas realizadas a 184 amas de casa que asistieron a promociones en 1993

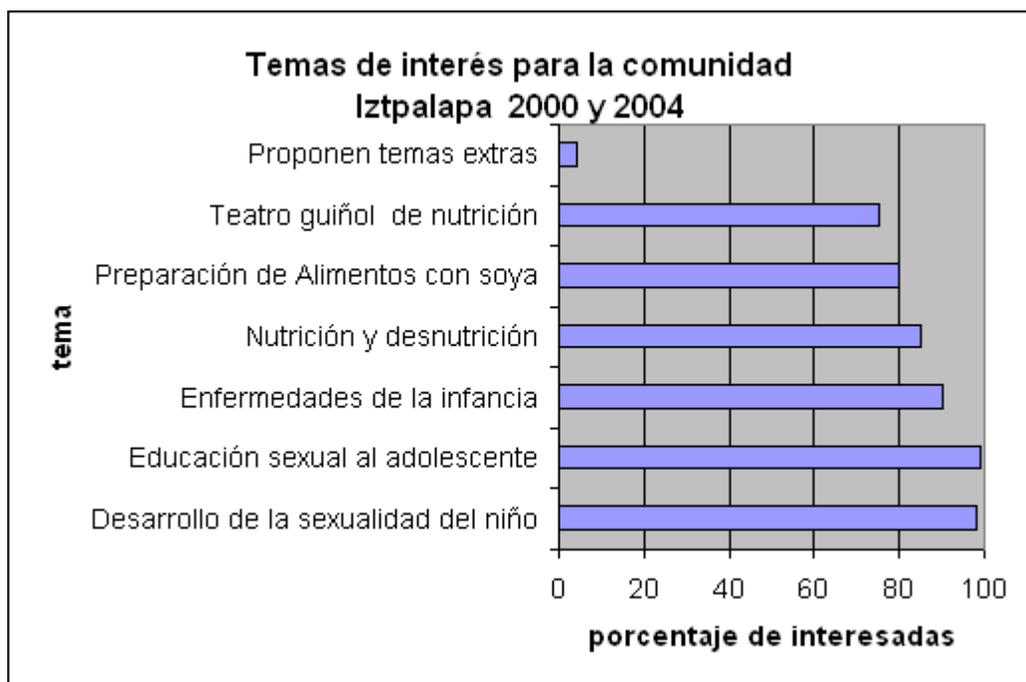
Pero la población que asistió al menos una vez solo es el 28% (52 personas)

De las 41 personas que calificaron el servicio regular o malo, se quejaban más del servicio de odontología porque no terminaban los tratamientos ofrecidos . Y del servicio médico porque tardaban mucho los alumnos elaborando la historia clínica o los médicos tenían poca comunicación con ellos.

Gráfico 29. Temas de las promociones que interesan a la comunidad Iztapalapa 2000 y 2004

Tema	%
Desarrollo de la sexualidad del niño	98
Educación sexual al adolescente	99
Enfermedades de la infancia	90
Nutrición y desnutrición	85
Preparación de Alimentos con soya	80
Teatro guiñol de nutrición	75
Proponen temas extras	4

Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004



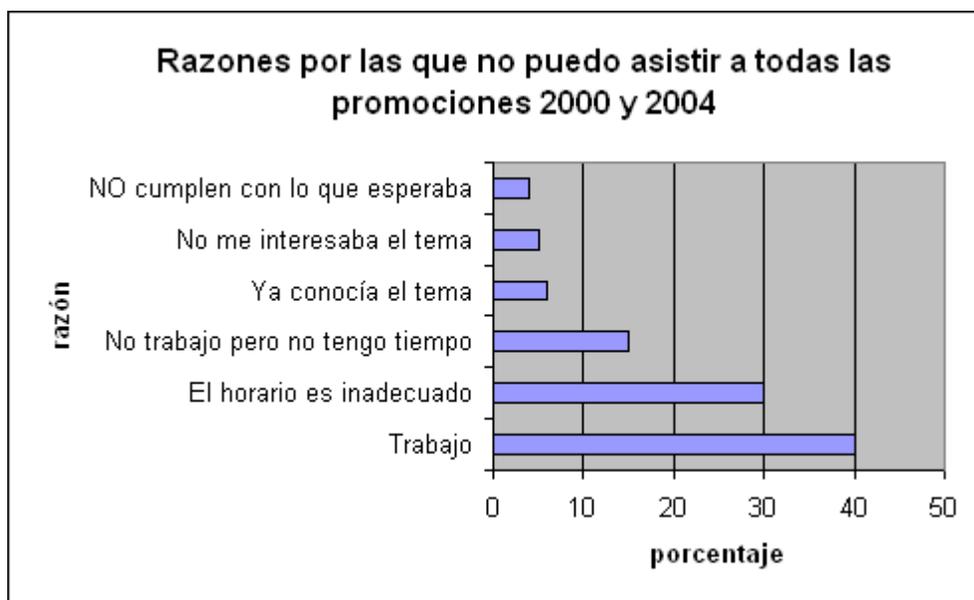
Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004

Los temas propuestos y que en su mayoría se exponen, no pierden actualidad, además de que se han mejorado los medios auxiliares y las técnicas didácticas utilizadas. El acceso a la información sobre sexualidad también ha despertado el interés de los alumnos y de la comunidad, por lo que acceden más a tratar esos temas como problemáticas actuales. Dentro de los temas extras, preguntaron por el SIDA y las enfermedades crónico degenerativas que aumentan como condiciones de salud en México.

Gráfica 30. Algunas razones por las cuales la comunidad no asistió  
A las promociones en  
Iztapalapa, 2000 y 2004

Razón expuesta	%
Trabajo	40
El horario es inadecuado	30
No trabajo pero no tengo tiempo	15
Ya conocía el tema	6
No me interesaba el tema	5
NO cumplen con lo que esperaba	4

Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004



Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004

El 20% ponen en segundo plano la salud con respecto al resto de sus ocupaciones, al argumentar que no tienen tiempo para asistir a las promociones sobre salud 15% o no le interesa al 5% . Sólo el 6 % afirmaron conocer los temas que se exponían.

En este periodo llama la atención que las mujeres trabajadoras pasaron del 4.4% en 1993 al 40%. y esto se confirma con lo que reportan las encuestas de los alumnos aumentando cada día más las personas que no están en sus hogares cuando los alumnos las buscan para información o para invitarlas a las promociones . Esto es una razón que apoya el cambio de poblaciones abierta a poblaciones cautivas como las escuelas

Gráfico 31. Apoyo de los profesores de campo. Percibido por la comunidad. Iztapalapa 2000 y 2004

Apoyo percibido del profesor	%
Bueno	89
Regular	10
Malo	1

Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004



Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004

A la pregunta de ¿cómo fue el apoyo que percibió de los doctores que acompañan a los alumnos? Casi el 90 % lo considera bueno , pero las que se quejan de regular o malo sigue siendo la mala comunicación que los profesores establecen con la comunidad y el el caso de malo, fue porque el profesor llegaba tarde o en ocasiones no acompañaba a los alumnos, no por maltrato.

Gráfico 32. Desempeño de los alumnos . Percibido por la comunidad  
Iztapalapa 2000 y 2004

Desempeño percibido	%
Bueno	94.8
Regular	3.2
Malo	0

Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004



Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004

A la pregunta de ¿cómo considera el desempeño de las actividades de los alumnos? Casi el 95 % lo considera bueno y el la mayoría de los comentarios extras , siguen siendo de agradeciendo su interés por las comunidades y los felicitan por su trabajo. Algunas más exigentes lo califican regular coincidiendo con las que muestran menos interés Ninguna califico como malo el trabajo que desarrollan los alumnos en las comunidades, lo que expresa el valor de su esfuerzo.

Gráfico 33 . Utilidad de las actividades de Trabajo de Campo  
Percepción de la comunidad  
Iztapalapa 2000 y 2004

Utilidad	%
Mucho	85
Regular	15
Poco	0

Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004



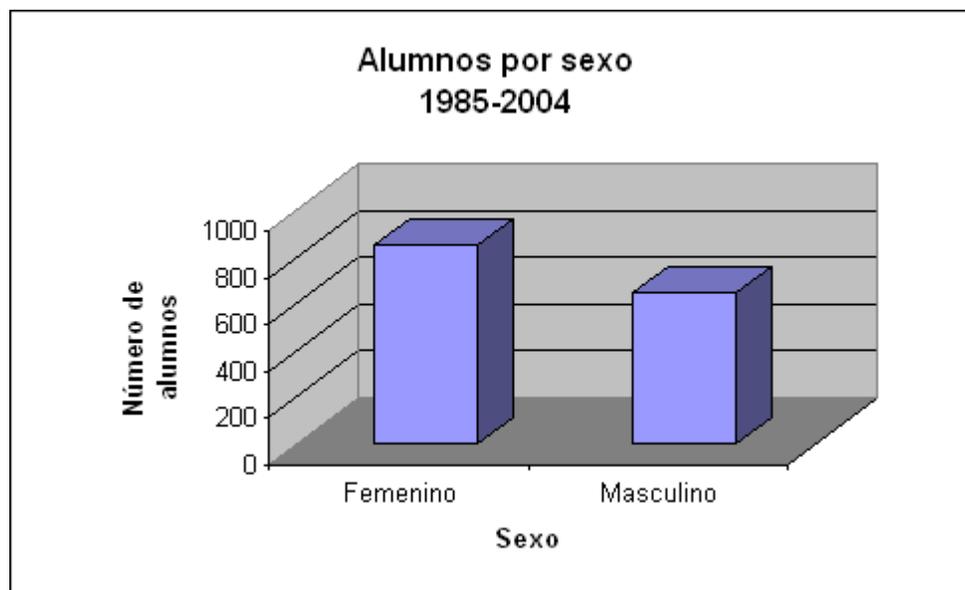
Fuente: Encuestas realizadas a 110 mujeres de Santa Martha Acatilta y Col Ejercito de Oriente. asistentes a las promociones de 2000 y 2004

A la pregunta acerca de si esas actividades son útiles para ellas y ante las opciones de mucho, poco o regular. Llama la atención del 15% que las considera regular, lo que significa que no cumple con sus expectativas. A este punto se debe comentar que asisten varias señoras de edad adulto mayor y ya no les interesan las actividades de la salud materna o infantil, ellas piden temas relacionados con enfermedades crónico degenerativas y éstas corresponden al programa de segundo año. Los temas de primero se siguen relacionando más con las madres de familia de las escuelas que si tienen interés en sus hijos que aún son pequeños. Otro argumento más a favor del cambio de escenarios.

Gráfico 34. Alumnos de la FES Zaragoza por sexo. 1985 a 2004

<b>Sexo</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>%</b>
<i>Femenino</i>	855	56.8
<i>Masculino</i>	650	43.2
<i>TOTAL</i>	1505	100

Fuente: Encuesta a 1505 alumnos de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2004



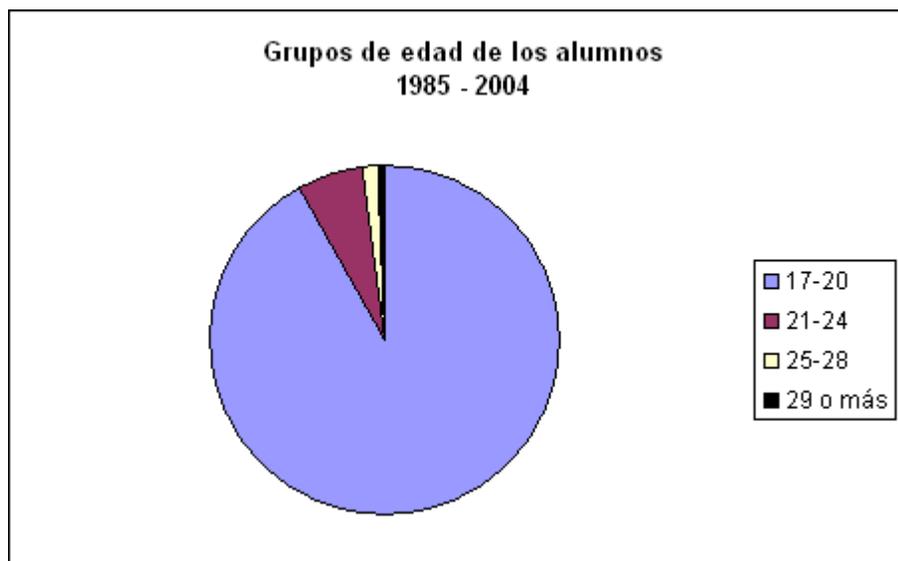
Fuente: Encuesta a 1505 alumnos de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 al 2004

A nivel universitario están aumentando el número de alumnas que buscan los estudios superiores con apoyo de la familia, por lo que medicina no puede ser la excepción.

Gráfico 35 . Edad al ingreso a la Carrera de Médico Cirujano  
FES-Z . 1985 a 2004

Edad en años	Número de alumnos	%
17-20	1346	92.0
21-24	90	6.2
25-28	20	1.3
29 o más	7	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>1463</b>	<b>100</b>

\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004  
\* Se desconoce sobre 43 alumnos



\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004  
\* Se desconoce sobre 43 alumnos

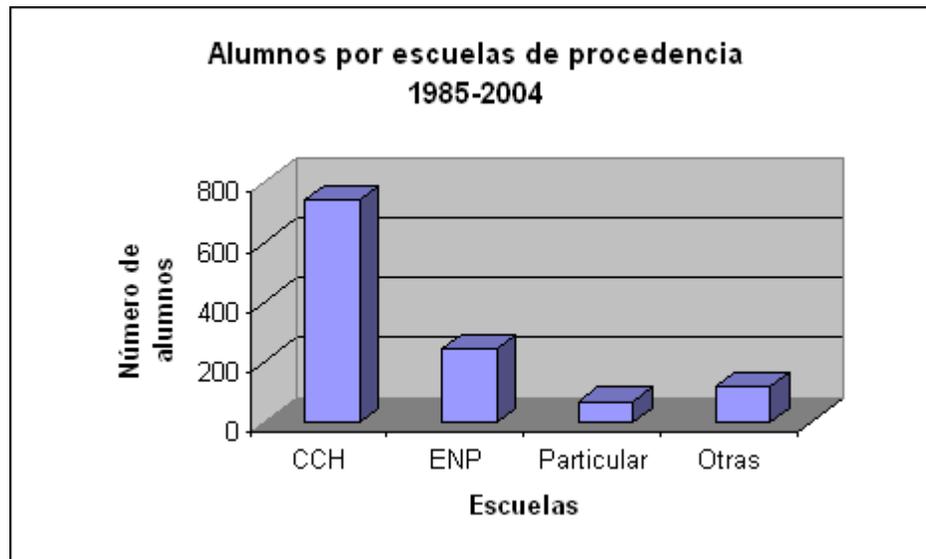
El 92% de los alumnos llegan por pase directo de la preparatoria, pero se cuenta con algunos que están retomando los estudios o incluso llega a suceder de los que están en segunda carrera, siendo frecuente la primera la de enfermería. En la edad de 17 a 20 años, aún les faltan elementos para su formación integral, es por esto la tesis acerca de que Trabajo de Campo sí participa de dicha formación.

Gráfico 36. Escuelas de procedencia de alumnos  
FEZ- Z. de 1985 a 2004

Escuela	Número de alumnos	%
CCH	739	62.9
ENP	246	20.9
Particular	70	6
Otras	120	10.2
<b>TOTAL</b>	<b>1175</b>	<b>100</b>

\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004

\* Desconocemos de 331 alumnos



\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004

\* Desconocemos de 331 alumnos

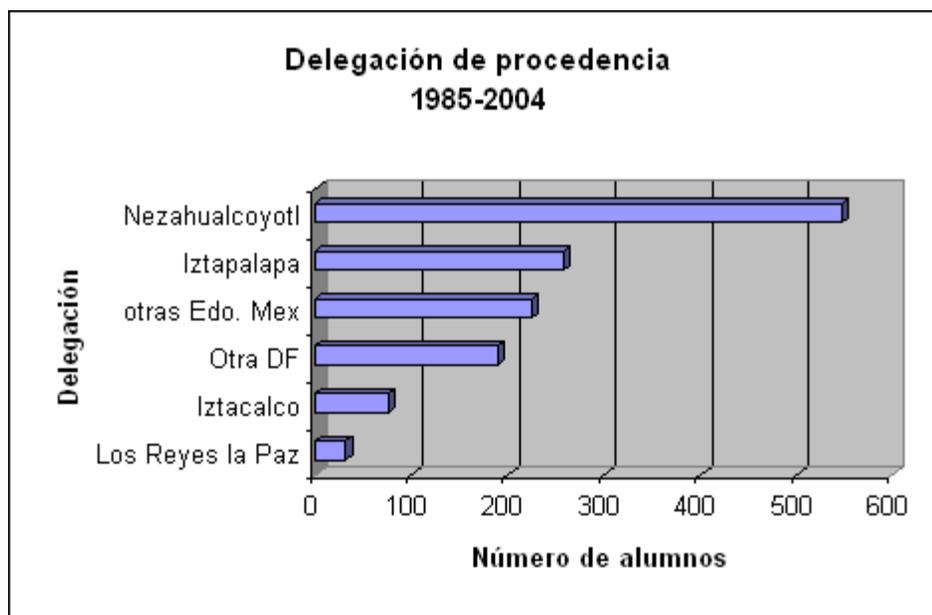
Como podemos observar el 62% de los alumnos vienen de Colegios de Ciencias y Humanidades con una enseñanza activa, son muy participativos, pero los de la Escuela Nacional Preparatoria (20%) tienden a ser más trabajadores, persistentes y tenaces, lo que equilibra en muchas ocasiones a los grupos de trabajo.

Gráfico 37. Delegación de procedencia alumnos  
FES-Z de 1985 a 2004

Delegación	Número de alumnos	%
Los Reyes la Paz	32	2.4
Iztacalco	76	5.7
Otra DF	189	14.2
Otras de Edo. Mex	224	16.8
Iztapalapa	258	19.4
Nezahualcoyotl	547	41.2
<b>TOTAL</b>	<b>1326</b>	<b>99.7</b>

\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004

\*\* se desconoce sobre 183 alumnos



\*Fuente. Encuesta a grupos 1101, 1109 y 1113 de 1985 a 2004

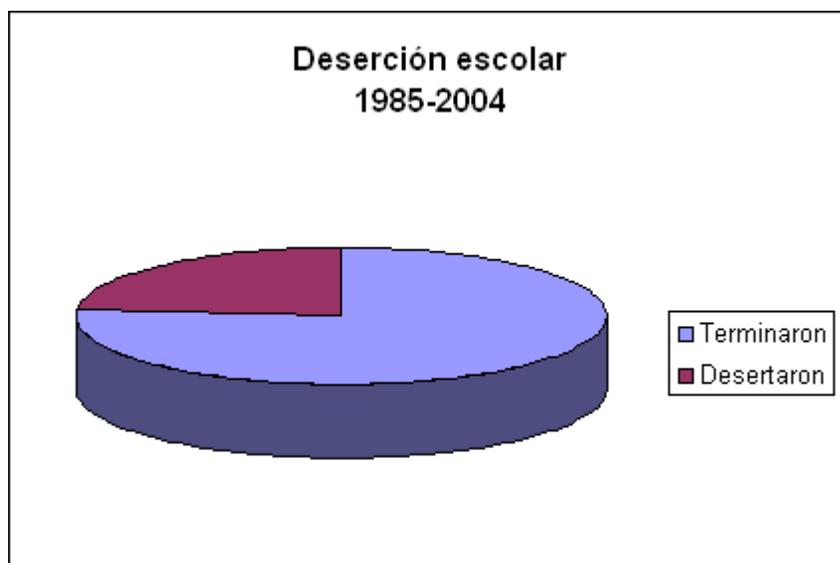
\*\* se desconoce sobre 183 alumnos

El lugar de procedencia de los alumnos encuestados es en un 41.2% de Ciudad Nezahualcoyotl, 19.4% de Iztapalapa y 2.4 de los Reyes la Paz. Estas son las mismas zonas de influencia a las clínicas periféricas de la FES-Zaragoza, por lo que los alumnos están en su mayoría identificados con los problemas de las zonas en las que realizan su Trabajo de Campo, las otras zonas del estado de México como Chalco, Ayotla, Texcoco, Chimalhuacan también tienen problemas de salud en común y curiosamente son zonas que después serán atendidas por los pasantes en servicio social.

Gráfico 38. Alumnos de la FES Zaragoza que concluyeron la carrera de 1985 a 2004

<i>Decisión</i>	<i>Número de alumnos</i>	<i>%</i>
Terminaron	965	76
Desertaron	297	24
TOTAL	1262	100

Fuente: 1506 alumnos que formaban los grupos 1101, 1109 y 1113 en el período de 1985 a 2004. 244 alumnos cambiaron de carrera.



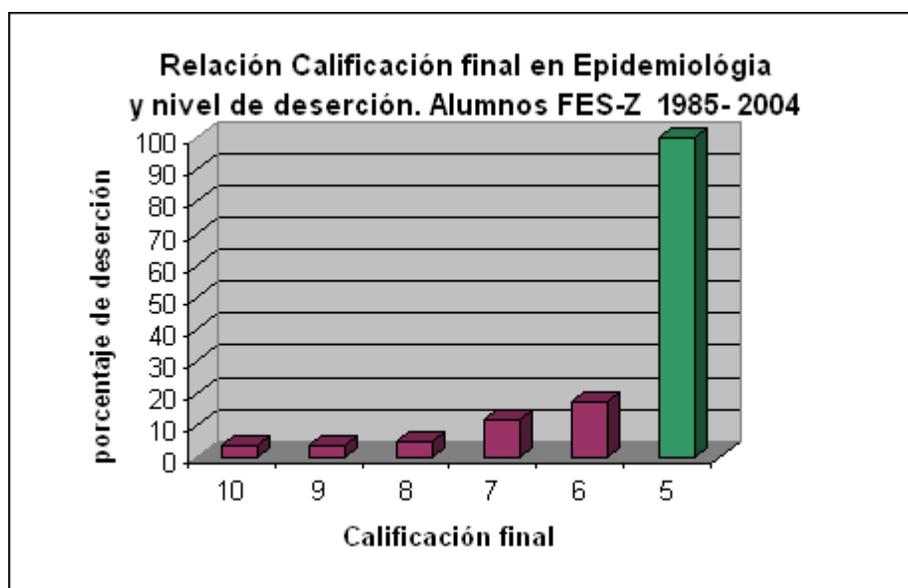
Fuente: 1506 alumnos que formaban los grupos 1101, 1109 y 1113 en el período de 1985 a 2004. 244 alumnos cambiaron de carrera.

La deserción escolar es muy alta. Una cuarta parte de los alumnos que ingresan al primer año de la carrera pero que no terminan sus estudios, tiene que ver con la condición social de procedencia, ya que la mitad de los alumnos abandonan la carrera por el trabajo, una cuarta parte porque se casan y sobre todo las mujeres no tienen quién las apoye en el cuidado de sus hijos. También llama la atención la falta de orientación vocacional que origina cambio de carreras en ocasiones completamente fuera de las humanísticas.

Gráfico 39. Relación calificación final en Epidemiología y deserción.  
Alumnos .FES-Zaragoza. UNAM 1985 a 2004

Calificación	Número de alumnos		%
	Obtuvieron	desertaron	
10	159	6	3.7
9	304	11	3.6
8	325	16	4.9
7	206	24	11.6
6	149	26	17.4
5 a menos	51	51	100
total	1194	134	11.22

Fuente: Listas con calificación final en Epidemiología y entrevistas alumnos 2004



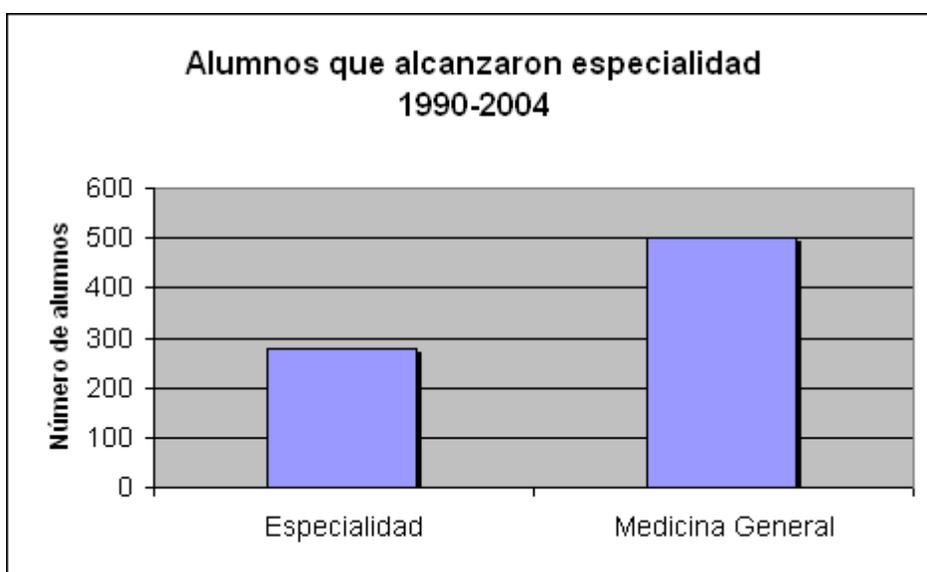
Fuente: Listas con calificación final en Epidemiología y entrevistas alumnos 2004

Se detecta una relación directa entre los alumnos que reprobaron Epidemiología y los que desertaron, lo que tal vez está en relación con la confianza en el sistema de evaluación

Gráfico 40 . Egresados de la FES-Z que cursaron especialidad de 1990 a 2004

Tipo	Número de alumnos	%
Especialidad	280	35.9
Medicina General	501	64.3
TOTAL	781	100

Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1990 al 2004 ( de algunos me informaron de sus compañeros)



Fuente: encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1990 al 2004 (de algunos me informaron de sus compañeros)

El resultado es representativo, ya que se obtuvo información acerca de más del 50% de los alumnos y se puede generalizar a una razón de 3 de cada 10 alumnos alcanzan una especialidad, siendo la más frecuente Pediatría (52 alumnos), Medicina Familiar (42 alumnos), Anestesiología (41 alumnos), Cirugía (28 alumnos), Medicina Interna (24 alumnos) Ginecología (21 alumnos), Radiología (18 alumnos), ortopedia (16), Urgencias (16) etc. casi todas las especialidades.

Gráfico 41. Nivel de atención donde prestan sus servicios egresados de FES Zaragoza de 1990 a 2000

<b>Nivel de atención</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>%</b>
Tercer nivel	26	4
Segundo nivel	100	15
Primer nivel	513	77
Docencia	23	4
<b>TOTAL</b>	<b>662</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1990-2004



Fuente: Encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1990-2004

Algunos alumnos piensan que realizar Trabajo de Campo les resta la oportunidad de acceder a trabajos en tercer nivel de atención, pero estos datos muestran lo contrario. Encontramos: Pediatría (52 alumnos), Medicina Familiar (42 alumnos), Anestesiología (41 alumnos), Cirugía (28 alumnos), Medicina Interna (24 alumnos) Ginecología (21 alumnos), Radiología (18 alumnos), ortopedia (16), Urgencias (16). Casi todas las especialidades hasta oncología, oftalmología, otorrino, urología, neurología, nefrología, etc.

Gráfico 42. Egresados de FES-Z de 1990 a 2004 por institución en la que prestan sus servicios

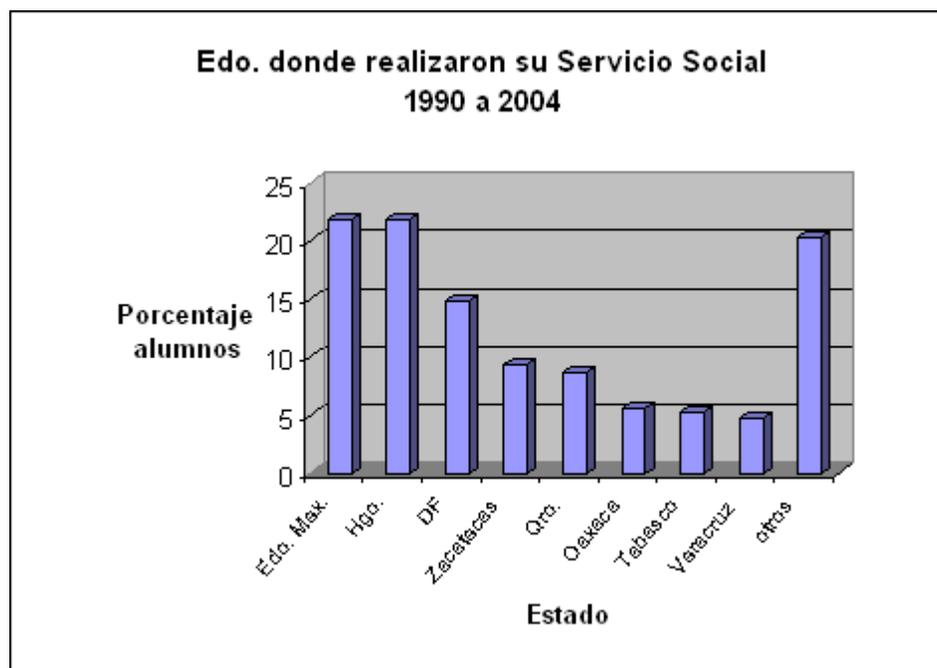
Nivel de atención	Institución	No de alumnos
TERCER NIVEL	20 de noviembre	3
	Ángeles del Pedregal	1
	CMN Siglo XXI	3
	CMN La Raza	9
	HG de México	4
	HG Juárez	3
	HG López Mateos	1
	Militar	1
	Instituto Nacional Cancerología	1
subtotal		26
SEGUNDO NIVEL	HG IMSS	52
	ISEMYN	5
	Hospitales. DDF	18
	Hospitales. Privados	11
	Infantil de México	2
	Hospital La Perla	3
	La Villa	2
	Rubén Leñero	1
	Fray Bernardino	1
	Hospital de la Mujer	1
	Clínica Londres	1
	Hospital en España	1
	Hospital en Veracruz	2
	subtotal	
PRIMER NIVEL	Privado	407
	IMSS	35
	ISSSTE	26
	SSA	24
	DDF	9
	otro	11
	DGE	1
subtotal		513
DOCENCIA	UNAM	17
	UNITEC	1
	UPICSA	1
	POLITECNICO	2
	CONALEP	1
	SEP	1
subtotal		23

Fuente: Encuesta a 535 egresados de los grupos 1101, 1109 y 1113 de 1990 al 2004 y algunos tienen dos trabajos

Gráfico 43. Lugar en que realizaron el servicio social los alumnos  
FES-Zaragoza UNAM 1990-2004

<b>Estado</b>	<b>No. de alumnos</b>	<b>%</b>
Edo. Mex.	145	21.8
Hgo.	146	21.8
DF	98	14.8
Zacatecas	39	9.3
Qro.	41	8.7
Oaxaca	27	5.6
Tabasco	23	5.3
Veracruz	22	4.7
otros	124	20.2
<b>Total</b>	<b>665</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas a egresados y algunos diagnósticos consultados en la biblioteca



Fuente: Encuestas a egresados y algunos diagnósticos consultados en la biblioteca

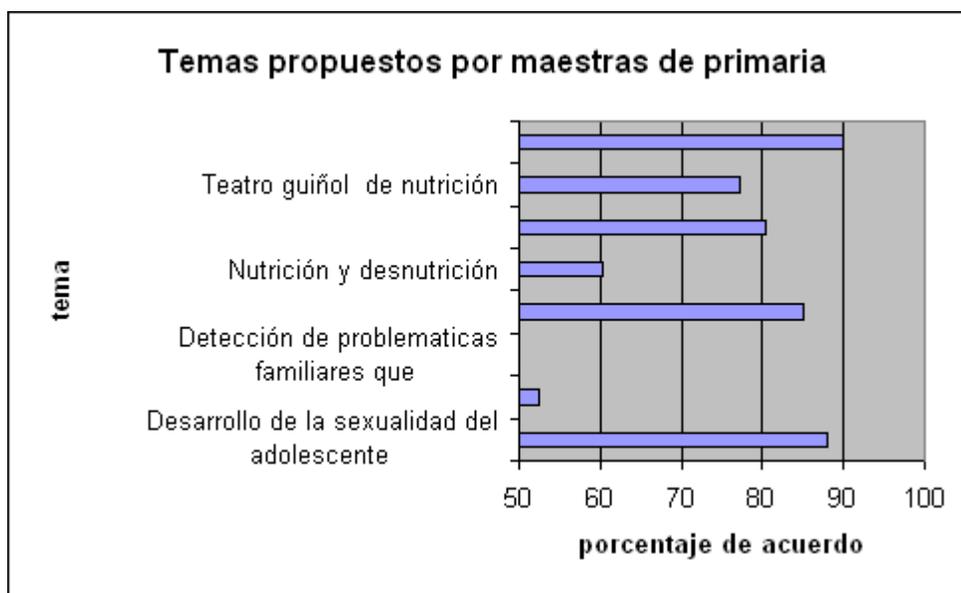
Sería importante medir el impacto de las acciones de promoción a la salud en las comunidades de los estados en los que FES-Z ha enviado pasantes por más de 20 años, cuando todos refieren acciones interesantes.

Gráfica 44. Temas de las promociones que interesan a las maestras

de la Escuela primaria Profesor Efraín Bonilla Manzano  
Iztapalapa, 2002

Tema propuesto	%
Desarrollo de la sexualidad del adolescente	88
Prevención de accidentes en la escuela y el hogar	52
Detección de problemáticas familiares que afectan rendimiento escolar	85
Nutrición y desnutrición	60
Preparación de Alimentos con soya para las madres	80
Teatro guiñol de nutrición	77
Pláticas a los padres sobre prevención de adicciones	90

Fuente: Encuestas realizadas a las 7 maestras y al director de la escuela Primaria Efraín Bonilla Manzano , Pueblo de Santa Martha Acatilta 2002



Las maestras además de recibirnos con mucho agrado y entusiasmo, tuvieron la amabilidad de evaluar las actividades de los alumnos y estimularlos para que ampliaran estos horizontes de trabajo. Desafortunadamente los profesores de segundo año no aceptaron el cambio al programa y no tuvo continuidad las actividades propuestas. Esto desanimó a los alumnos y como en el segundo año las promociones se reducen a 4, se fueron todos por lo más fácil.

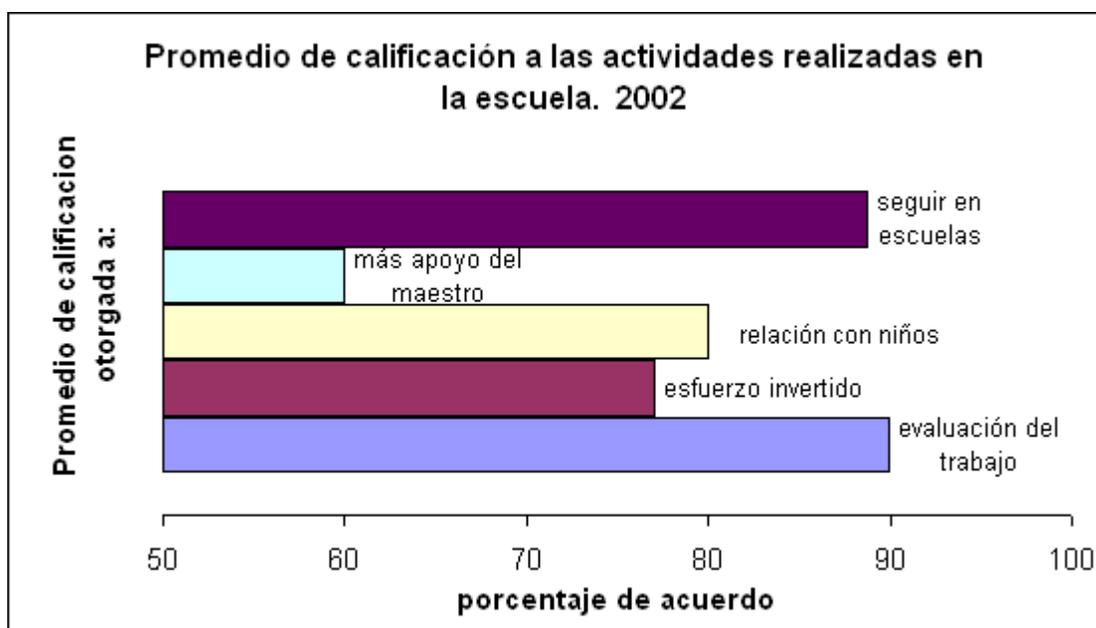
Cabe comentar que la maestra que no acepto hablar con los niños de sexualidad se refería a que los padres no aceptaban que se les hablara a los niños de los condones porque según dicen los induce a la vida sexual temprana.

Gráfica 45. Opinión de los alumnos sobre las actividades en primaria

Escuela Profesor Efraín Bonilla Manzano  
Iztapalapa, 2002

Opinión	promedio
Promedio de evaluación al trabajo realizado	90
Promedio de esfuerzo invertido para trabajo en escuela	77
Promedio de calificación que otorgarían a la relación con los niños de la escuela	80
Promedio de calificación al apoyo de los maestros TC	60
Promedio de agrado para seguir en la experiencia	88
Promedio de alumnos que expresó dificultades técnicas ( como fue mucho el gasto y exceso de trabajo)	4

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos del grupo 1109 en el 2002.



No calificaron con 10 su trabajo por considerar que faltó calidad por parte de ellos. En cuanto al esfuerzo, algunos refirieron que los maestros los motivaron a invertir esfuerzo suficiente, otros que les faltó tiempo y esfuerzo para hacerlo mejor. Los que calificaron menor a 8 la relación con los niños lo atribuyeron a falta de tiempo para conocerlos mejor. La mayoría expresó gusto por la relación que establecieron con los menores y consideraban que les habían puesto atención a los mensajes. En general se referían contentos por la labor que realizaron con los niños. Nuevamente aparecieron quejas de los profesores de campo que no los guiaron para cumplir con el compromiso como ellos esperaban y gasto para tantas promociones.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**EVALUACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA (Instrumento Individual)**

MODULO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

GRUPO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PROFESOR \_\_\_\_\_

INDICADOR			FECHAS								PROMEDIO	
TRABAJO DE EQUIPO	20	Proyecto, programa o guión (planeación)										
	20	Informe de actividades										
	10	Evaluación de actividades										
	10	Examen diagnóstico										
TRABAJO INDIVIDUAL	10	Motivación, Participación y responsabilidad										
	10	Dominio del tema al exponer										
	10	Manejo de técnica didáctica y lenguaje										
	10	Calidad y manejo de medios auxiliares										
Puntos acumulados y OBSERVACIONES												CALIF. FINAL
AUTOEVALUACIÓN												

## Instructivo para el Instrumento de evaluación individual de las actividades De Trabajo de Campo en Salud Comunitaria

Dra. Leticia Ferro Flores

La evaluación educativa es una situación prioritaria dentro de la labor docente, ya que se debe valorar en forma global y objetiva el proceso de enseñanza-aprendizaje (Díaz-Barriga, 2001), con el fin de establecer un juicio sobre la cantidad y calidad de lo aprendido, sobre las ventajas del método empleado, los contenidos, las actividades, las técnicas didácticas, el desempeño de los alumnos y la proporción en que los planes y programas se han cumplido. Sin olvidar la autoevaluación que refleje el compromiso del docente por mejorar y actualizar cada día su labor académica.

Evaluar es reflexionar sobre el producto obtenido, pero no sólo como el fruto final, sino acerca de todo el proceso que llevó su producción, sobre cada momento clave en su generación. Es conocer la congruencia entre objetivos y resultados.

Se realizan así varias modalidades de evaluación en el proceso educativo:

- **Evaluación diagnóstica puntual** resultado del examen inicial a que se somete el alumno y que revela el caudal de experiencias y conocimientos que posee éste antes de iniciarse en el proceso de aprendizaje. Permite tomar conciencia acerca de lo que el alumno sabe y adecuar los objetivos de la enseñanza a las posibilidades reales del sujeto, anticipar con cierto grado de probabilidad los resultados de la enseñanza y solicitar ayuda oportuna al profesor o compañeros.
- **Evaluación formativa** Se realiza como parte reguladora, supervisa paso a paso el proceso para remediar los obstáculos o fallas del programa, tiene fines formativos porque permite identificar el cambio necesario en el momento preciso. Intenta comprender las representaciones que se hace el alumno de la tarea encomendada y las estrategias y procedimientos que utiliza para llegar al resultado. Se toma en cuenta tanto el trabajo que desempeña dentro del equipo como el trabajo individual.

Para la participación del trabajo en equipo se evalúa por rúbricas los avances ya sea del proyecto, programa o guión. Considerando lo que se corresponda a esa semana, más el informe de lo que se hizo la semana anterior con su respectiva evaluación por equipo.

El trabajo individual considera el examen diagnóstico más la evaluación de las habilidades de comunicación con el público, la forma en que motiva su participación, el dominio que demuestra del tema, el manejo de las técnicas didácticas y los medios auxiliares, la calidad de elaboración de los mismos y la responsabilidad entre otros criterios.

- **Evaluación sumativa.** Se efectúa al final de un periodo de trabajo para apreciar en qué medida se han logrado los objetivos de la enseñanza. Se suman 3 momentos parciales, con la entrega de trabajos estructurados llamados en su momento: Proyecto, Programa e Informe. Esto permite medir el desempeño según el grado de dominio alcanzado para competencias técnicas, conceptuales, metodológicas, de planeación, personales, sociales-comunicativas, evaluativas y pedagógicas. A un nivel básico para pasar el segundo año de la carrera y seguirse formando.

La autoevaluación es indispensable para que el alumno emita un juicio acerca de sus propias producciones. Para que aprenda este proceso es indispensable que tenga claros los objetivos de aprendizaje y los criterios que consideran el logro o alcance de los mismos.

**Criterios de evaluación.**- Su raíz etimológica es la palabra griega *criterion*= facultad de juzgar. Criterio: sinónimo de crítica. Son así el juicio, regla o norma que se aplicará para juzgar o valorar los resultados del aprendizaje o de cualquier otro producto de la actividad.

Tratándose de pruebas, los criterios son los **indicadores** o patrones convenidos que indiquen el desempeño que se supone puede predecir una prueba en la vida real o que puede servir como comprobación de los resultados de una prueba.

Para **acreditar** un curso el alumno debe demostrar y el maestro reconocer que el primero posee los conocimientos adecuados al grado y el segundo asignará una nota de acuerdo a las normas de acreditación que permita así **calificar** al alumno y con esto demostrar que es apto o no lo es para pasar al siguiente grado.

Evaluar y calificar, aún cuando son dos funciones distintas están siempre a cargo del docente y en relación constante, por lo que éste debe poseer un instrumento que facilite ambas.

Para evaluar las actividades de trabajo de campo en salud comunitaria, se requieren una serie de indicadores que midan el alcance de objetivos, no sólo de conocimiento, sino también de ciertas actitudes y capacidades para afrontar y resolver problemas. Y no sólo con trabajo individual, sino también por el desempeño en equipo.

Debemos partir de recordar que la esencia del conocimiento es poseerlo para aplicarlo por convencimiento propio. El **conocimiento** es el QUÉ se aprende, es la materia prima. Las **capacidades** son el CÓMO y se desarrollan, son las herramientas para enfrentar la vida o profesión. En tanto que las **actitudes** son el PARA QUÉ y también se desarrollan, llevan el sentido de servicio o de beneficio para los demás (Rugarcía, 1989).

Las capacidades pueden ser básicas como las de recordar o complejas como las de resolver o investigar. Es difícil distinguir las capacidades básicas que entran en acción al ejecutar una tarea compleja; o de otra manera, las capacidades más complejas involucran capacidades más básicas. Por ejemplo, cuando el alumno investiga realmente debe llevar a cabo: decidir, generar, observar, sintetizar, analizar y expresar lo descubierto.

Considerando lo anterior, el siguiente instrumento propone una serie de indicadores para capacidades y actitudes que reflejen los conocimientos de los alumnos y facilitan la evaluación del programa y la emisión de calificaciones para el módulo correspondiente. Sin olvidar que la teoría y el seminario se evalúan aparte, es conveniente recordar que dentro de los **requisitos** para acceder a la calificación de TCSC están: 100% de asistencia tanto a teoría como a práctica, portar uniforme completo y gafete, llevar el material necesario para cada actividad.

## **Descripción del instrumento para la evaluación individual:**

Es un formato para aplicar a cada alumno y para cada módulo del curso, contiene: datos de identificación sobre **quién** será evaluado, **cuándo** se evalúa, anotando las fechas en que se realizan las actividades.

Luego, **cómo** se van a evaluar los dos grandes indicadores: **trabajo en equipo** y **trabajo individual**. Se desglosan las categorías para cada indicador y a su vez se describen los requisitos a cubrir en cada categoría para emitir una nota y así calificar al final al alumno.

Al trabajo en equipo se le asigna el 50% de la calificación y el otro 50% para el trabajo individual.

Contiene dos apartados importantes: uno para autoevaluación, dónde el alumno anotará su opinión sobre el trabajo y el programa, incluyendo su desempeño y otro para observaciones en general, éstos no participan para la calificación.

El formato será llenado con tinta semanalmente **por el profesor de campo**, conservándolo el alumno hasta el final del módulo, cuando el profesor lo entregue con promedio final al profesor titular del grupo.

### **Descripción de indicadores**

Los indicadores para el ***Trabajo en equipo*** se valoran en tres momentos diferentes, según se planeen ejecuten o evalúen actividades y son los siguientes:

#### *ACTIVIDADES DE PLANEACIÓN.*

##### **a) Entrega de proyecto, programa o guión.**

El equipo deberá presentar por escrito el **proyecto** de investigación, según los avances marcados en el programa de epidemiología. En caso de estar realizando ya los **programas de atención** a la salud, deberá presentar los mismos en las fechas requeridas. Y si se trata de acciones de *promoción para la salud*, deberá presentar su **guión de la actividad** a realizar.

Cada material de planeación deberá contener los puntos que los caracterizan de manera clara, completa, concreta, de calidad, con referencias bibliográficas, buena presentación, buena ortografía y sobre todo de manera oportuna (en las fechas concertadas).

#### *ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN:*

##### **a) Entrega de informe de actividades**

Deberán reportarse por escrito los resultados de las actividades, para conocer si se cubrieron en el tiempo planeado, si se contó con los materiales necesarios y adecuados, así como para demostrar la organización del equipo al cubrir todas las actividades planeadas.

Se acepta la presentación de los informes por partes, ya sean encuestas calificadas, tablas, gráficas o análisis de la información existente. En el caso de los programas de salud, presentar las propuestas o alternativas de solución con la calendarización de actividades de promoción. En el caso de promociones informar sobre técnicas didácticas y medios auxiliares empleados, sobre la participación de la comunidad en las mismas actividades y todo lo referente a ellas.

### **ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN:**

#### **a) *Entregar la evaluación de la actividad.***

Todos los integrantes del equipo deberán presentar ya sea oral o por escrito un análisis sobre el logro de objetivos y actividades propuestos, sobre los materiales y métodos empleados, sobre la equidad en el trabajo y la rotación de funciones, acerca de la disposición para la comunicación entre los integrantes del equipo.

#### Indicadores para el *Trabajo individual*:

#### **a) *Examen diagnóstico.***

Antes de realizar cualquier actividad, se interrogará al alumno con 2 preguntas cortas y concretas sobre el tema que se desarrollará, ya sea acerca del proyecto, programa, guión de plática o metodología para actividades de ejecución. En ocasiones podrá ser una observación o una entrevista no formal que busque crear conciencia de lo que sabe el alumno sobre el tema que va a enfrentar y busca sensibilizar de forma favorable.

#### **b) *Motivación, participación y responsabilidad ante la comunidad.***

Deberá establecer comunicación con la comunidad, identificar a los integrantes de la misma, llevar a cabo un trato cordial, expresarles palabras de motivación para que participen de las actividades, generar confianza a través de cumplir con horarios, actividades y materiales prometidos. Deberá contar además con disponibilidad para aceptar de la comunidad sugerencias o críticas al trabajo que se realice.

#### **c) *Dominio del Tema :***

Cuando el alumno exponga un tema a la comunidad, deberá demostrar el conocimiento del mismo basado en la bibliografía consultada. Además será capaz de concretar, sintetizar y elaborar conclusiones sobre el mismo.

#### **d) *Manejo de la técnica didáctica y lenguaje***

La selección de la técnica didáctica deberá responder a las características del grupo a quién está dirigida la promoción, al tema de que se trate y al local de que se dispone; deberá variarse a lo largo del año. El lenguaje en la exposición debe ser claro, sencillo, adecuado al público y con un mínimo de tecnicismos.

#### **e) *Calidad y manejo de medios auxiliares***

La elaboración de los medios auxiliares cumplirá con las características del mismo, en cantidad y calidad adecuada. Durante su uso, se demostrará conocer el manejo del mismo para la explotación máxima del medio.

**Método para emitir la calificación:**

El alumno podrá acumular semanalmente el porcentaje para cada actividad que realice y se promediarán al final del módulo. Los porcentajes se pueden traducir a puntos y el alumno debe obtener 100 puntos o el 100% de la calificación.

Sólo al final del módulo se suman los porcentajes o puntos de las actividades realizadas y se espera obtener el 100% de la calificación. Por ejemplo, si en un mismo módulo entregó proyecto, programa y guión y obtuvo 18%, 15% y 20% respectivamente, en las actividades de planeación el promedio será 16.6% que sumado con los promedios de los otros indicadores, darán la calificación final.



Instructivo para el instrumento de evaluación del grupo  
Evaluando los equipos de trabajo y sus productos

Dra. Leticia Ferro Flores

**Descripción del instrumento de evaluación por equipos de trabajo:**

La evaluación del trabajo de grupo es una evaluación de carácter sumativa porque va recogiendo resultados al final de cada módulo con la técnica de portafolios, considerados productos semifinales del equipo. Y a fin del año escolar el producto terminado llamado: Informe del Diagnóstico de Salud Comunitaria.

Como se muestra en el siguiente cuadro

Módulo	Módulo la salud del Hombre y su ambiente 1ª. parte	Módulo la salud del Hombre y su ambiente 2ª. parte	Módulo Crecimiento y Desarrollo Intrauterino	Módulo Parto, Puerperio y Periodo Perinatal	Módulo Crecimiento y Desarrollo Extrauterino
Plazo	10 semanas	10 semanas	8 semanas	4 semanas	8 semanas
Producto a entregar	Proyecto	Diagnóstico Socioeconómico  Diagnóstico Nutricional	Diagnóstico Salud Materna  Programa de Salud Materno-Infantil	Diagnóstico Salud Infantil	Informe de DSC

El procedimiento de portafolios permite compilar los trabajos de los equipos, centrando la atención en el aprendizaje del alumno, quién demuestra con productos lo que aprendió, su rendimiento, conocimiento, competencias, habilidades, actitudes y valores al tratar de resumir y plasmar por escrito todo el proceso de su labor.

El profesor titular debe buscar mantener la función pedagógica de esta evaluación coordinando al equipo de profesores, con énfasis en:

- a) Establecer los aprendizajes a evaluar, siempre vinculando teoría-práctica, ya que los contenidos de teoría se reflejan en los escritos de los alumnos y permite evaluar el trabajo en global.
- b) Asignar las tareas a realizar por cada uno de los equipos de trabajo
- c) Establecer los criterios generales para realizar dichas actividades
- d) Establecer los niveles de logro aceptables para afirmar que se ha realizado convincentemente la tarea o los estándares de la ejecución.
- e) Recoger las muestras de la ejecución o productos de los equipos
- f) Valorar las ejecuciones al asignar criterios de puntuación
- g) Retroalimentar a cada equipo de trabajo, para que tome conciencia de su situación en el proceso de aprendizaje

- h) Tomar las decisiones para eliminar o insertar acciones que mantengan la calidad de formación que se persigue.

El profesor de TCSC aplica los instrumentos individuales que evalúan la ejecución del alumno en actividades reales, frente a la comunidad evalúa las capacidades que el alumno pone en juego para cumplir el objetivo con creatividad y poner a la luz su aprendizaje.

El tipo de evaluación es por lo tanto de ejecución auténtica porque se evalúa en escenarios reales para los que el alumno debe elaborar o adaptar proyectos y programas de promoción a la salud, e intentar resolver problemas básicos a través de la educación, utilizando la demostración y otras técnicas didácticas.

Al ser sistemática la entrega de productos, se asegura que todo el grupo siga en el proceso y facilita la autoevaluación del alumno, al tiempo que lo involucra para juzgar su trabajo en forma global y puede corregir a tiempo los detalles antes de la entrega como informe final.

Al establecer los procesos de comunicación y participación de todo el equipo de profesores, les permite debatir los contenidos del portafolios, además de agilizar la recolección del conjunto de información a evaluar y hace más transparente la evaluación para el alumno.

Los profesores también se enteran de cómo va su equipo con respecto a los otros y emiten calificaciones más justas incluyendo la retroalimentación a su función docente

Los indicadores corresponden a cada subproducto del informe para el DSC. Los criterios para llenar las encuestas, elaborar las tablas y para realizar el análisis se describen en el manual del Diagnóstico de Salud Comunitaria y durante las actividades de teoría. De la misma forma el manual describe lo que es un programa, sus elementos y las actividades.

Cada producto se cuenta como 5 puntos y el equipo debe acumular los 100 puntos para demostrar que entrego el 100% de los productos solicitados con los criterios establecidos.