



APLICACIÓN DEL ABP (APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS) PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE-2015.

Tesis para optar el Grado de Magister en Ciencias de la Educación con Mención en Docencia e Investigación

Autor:

Br. Lorenzo Emilio Pérez Lujan

Asesor:

Mg . Wesly Valverde Alva

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2016



CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRÍA

Yo, Mg. WESLYN VALVERDE ALVA, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la tesis de Maestría titulado: “APLICACIÓN DEL ABP (APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS) PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE - 2015.”, elaborado por el bachiller LORENZO EMILIO PÉREZ LUJAN para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Educación con Mención en Docencia e Investigación en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Marzo 2017

Mg. Weslyn Valverde Alva
ASESOR



HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

APLICACIÓN DEL ABP (APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS) PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE- 2015.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Revisado y aprobado por el jurado Evaluador

Dr. José Wualter Pelaéz Amado
PRESIDENTE

Ms. Gloria Isabel Gómez Siguas
SECRETARIA

Dr. Gerardo Gaitán Merejildo
VOCAL

DEDICATORIA

A DIOS:

Por iluminar mi camino y guiarme por
el sendero del bien

Lorenzo Emilio

A MI ESPOSA:

Felicita

Mi sincero cariño y gratitud por
estimularme y apoyarme para
continuar aprendiendo.

Lorenzo Emilio

AGRADECIMIENTO

A MIS ASESORES:

Dr. Gonzalo Pantigozo y Mg. Weslyn Valverde por sus valiosos conocimientos, espíritu investigador, y sobre todo por su apoyo y colaboración en la realización del presente trabajo.

Lorenzo Emilio

MI AGRADECIMIENTO:

A los Internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, promoción 2015 y a todas las personas que contribuyeron para la realización del presente trabajo.

Lorenzo Emilio

ÍNDICE

	Página
LISTA DE TABLAS.....	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación.....	14
1.2 Antecedentes de la investigación.....	16
1.3 Formulación del problema de investigación	19
1.4 Delimitación del estudio	20
1.5 Justificación e importancia de la investigación.....	20
1.6 Objetivo de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1. Fundamentos teóricos de la investigación.....	22
2.1.1. Conocimiento	23
2.1.2. Patologías más frecuentes	25
2.1.3. Aprendizaje Basado en problemas (ABP)	26
2.1.4. Internos de Medicina	36
2.2. Marco conceptual	37
2.2.1. Patologías más frecuentes.....	37
2.2.2. ABP (Aprendizaje Basado en Problemas).....	38
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1. Hipótesis general de la investigación	39
3.2. Variables e indicadores de la investigación	39
3.3. Métodos de la investigación	41

3.4. Diseño o esquema de la investigación	41
3.5. Población y muestra del diagnóstico	42
3.6. Actividades del proceso investigado.....	43
3.7. Técnica e instrumentos de la investigación	43
3.8. Procedimientos para la recolección de datos	45
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	46
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1. Resultados del diagnóstico.....	47
4.2. Discusión de los resultados.....	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	74
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Sugerencias o Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	80

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01: Resultados del pretest aplicado al grupo de control	47
TABLA N° 02: Indicadores estadísticos del pretest del grupo de control	47
TABLA N° 03: Resultados del pretest aplicado al grupo experimental	50
TABLA N° 04: Indicadores estadísticos del pretest del grupo experimental	50
TABLA N° 05: Comparación de resultados del pretest entre los grupos de control y experimental	53
TABLA N° 06: Indicadores estadísticos del pretest grupos de control y experimental	53
TABLA N° 07: Resultados del postest aplicado al grupo de control	56
TABLA N° 08: Indicadores estadísticos del postest del grupo de control	57
TABLA N° 09: Resultados del postest aplicado al grupo experimental	59
TABLA N° 10: Indicadores estadísticos del postest del grupo experimental	60
TABLA N° 11: Comparación de resultados del postest entre los grupos de control y experimental	62
TABLA N° 12: Indicadores estadísticos del postest grupos de control y experimental	63
TABLA N° 13: Comparación de resultados del pretest y postest en el grupo de control	66
TABLA N° 14: Indicadores estadísticos del pretest y postest en el grupo de control	66
TABLA N° 15: Comparación de resultados del pretest y postest en el grupo experimental	68
TABLA N° 16: Indicadores estadísticos del pretest y postest en el grupo de control experimental	68

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01: Distribución porcentual de los resultados del pretest aplicado al grupo de control	48
GRÁFICO N° 02: Resultados específicos del pretest aplicado al grupo de control	48
GRÁFICO N° 03: Distribución porcentual de los resultados del pretest aplicado al grupo experimental	51
GRÁFICO N° 04: Resultados específicos del pretest aplicado al grupo experimental	51
GRÁFICO N° 05: Comparación de la distribución porcentual de los resultados del pretest aplicado a los grupos control y experimental	55
GRÁFICO N° 06: Distribución porcentual de los resultados del postest aplicado al grupo de control	57
GRÁFICO N° 07: Resultados específicos del postest aplicado al grupo de control	58
GRÁFICO N° 08: Distribución porcentual de los resultados del postest aplicado al grupo experimental	60
GRÁFICO N° 09: Resultados específicos del postest aplicado al grupo experimental	61
GRÁFICO N° 10: Comparación de la distribución porcentual de los resultados del postest aplicado a los grupos control y experimental	63
GRÁFICO N° 11: Comparación de la distribución porcentual de los resultados del pretest y postest aplicado al grupo de control	67
GRÁFICO N° 12: Comparación de la distribución porcentual de los resultados del pretest y postest aplicado al grupo experimental	69

RESUMEN

La presente investigación titulada Aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) para mejorar el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015, tuvo como objetivo general determinar la efectividad del ABP en la mejora del nivel de conocimiento sobre dichas patologías. Es un estudio de tipo experimental que incluyó a los internos (24) de Medicina Humana que hicieron sus prácticas pre-profesionales en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Año 2015. Se evaluó el grado de conocimiento sobre las patologías más frecuentes (Insuficiencia cardiaca, Crisis asmática, Hemorragia Digestiva Alta, e Insuficiencia Renal Crónica) que deberían de saber antes de iniciar su internado. Se realizó un pretest a un grupo de control (12) alumnos, y al grupo experimental (12) alumnos. Se aplicó la estrategia del ABP al grupo experimental, posteriormente se realizó un postest a ambos grupos. El procesamiento y análisis de los datos obtenidos se efectuaron con la estadística descriptiva, describiéndose los resultados en cuadros de frecuencia y gráficos de barras, cuyos datos fueron obtenidos del pre y postest. Los resultados del pre y postest en el grupo experimental se tiene que antes de aplicar el ABP en el pretest 1 alumno (8.5%) estuvo en el nivel malo, 10 alumnos (83%) en el nivel regular, y 1 alumno (8.5%) en el nivel bueno. Después de aplicar la estrategia del ABP en el postest: 2 alumnos (17%) alcanzaron el nivel excelente, 7 alumnos (58%) alcanzaron el nivel bueno y 3 alumnos (25%) alcanzaron el nivel regular, ningún alumno estuvo en el nivel malo ni deficiente. La media aritmética en el Pretest fue de 12.17 y de 16.08 en el Postest. En conclusión la aplicación de la estrategia del ABP, mejoró el nivel de conocimiento sobre las patologías más frecuentes en los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

Palabras claves: ABP (Aprendizaje Basado en problemas), internos de Medicina humana, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

This research titled Application of PBL (Problem Based Learning) to improve the level of knowledge about frequently in internal Medicine Hospital Eleazar Guzmán Barrón pathologies. Nuevo Chimbote, 2015, had as its overall objective to determine the effectiveness of PBL in improving the level of knowledge about these diseases. It is an experimental study that included internal (24) of Human Medicine who made their pre-professionals Eleazar Guzmán Barrón Hospital of Chimbote practices. 2015. The degree of knowledge about the most common diseases (heart failure, acute asthma, gastrointestinal bleeding High, and CKD) who should know before starting his internship was evaluated. a pretest to a control group (12) students, and the experimental group (12) students was conducted. ABP strategy was applied to the experimental group, then both groups posttest was performed. Processing and analysis of data were performed using descriptive statistics, describing the results in frequency tables and bar graphs, whose data were obtained from pre and post-test. The results of the pre- and posttest in the experimental group have to be before applying the ABP in the pretest one student (8.5%) was in the wrong level, 10 students (83%) in the regular level, and one student (8.5%) on the good level. After applying the strategy of ABP in the posttest: 2 students (17%) achieved the excellent level, 7 students (58%) achieved a good level and 3 students (25%) achieved the regular level, no student was in the level bad or poor. The arithmetic mean in the pretest was 12.17 and 16.08 in the posttest. In conclusion, the implementation of the strategy of ABP, improved the level of knowledge about the most common in internal medicine Eleazar Guzmán Barrón Hospital pathologies. Nuevo Chimbote, 2015.

Keywords: PBL (Problem Based Learning), internal Human Medicine, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

El internado en Medicina Humana es la última etapa curricular en la que el estudiante de Medicina tiene la oportunidad de aplicar sus conocimientos, habilidades y actitudes en los diferentes campos clínicos de su formación.

Al iniciar las prácticas de internado Médico, el Interno de Medicina debería de conocer adecuadamente las patologías más frecuentes: Cardíacas, respiratorias, digestivas, renales, entre otras. Dicho desconocimiento se podría deber a que durante su formación se estudian muchas patologías en forma genérica, pero no se les enfoca en las principales y más frecuentes que ellos deberían de aprender.

Los Médicos asistentes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón que tenemos la oportunidad de relacionarnos más estrechamente con los internos de Medicina, podemos observar que existe una gran brecha entre los conocimientos que traen de los claustros universitarios y los conocimientos que requieren para desempeñarse debidamente como internos. Este mal desempeño podría deberse al desinterés del estudiante, a la deficiencia curricular, a la falta de nivel de formación profesional de las instituciones formadoras de no prepararlos eficientemente para adaptarse a la vida y acción hospitalaria, y alcanzar un buen desenvolvimiento profesional. No saber las principales patologías locales, regionales y nacionales hacen que el interno de medicina no se enfoque adecuadamente (Cervantes, 2009).

En nuestro país, como a nivel internacional se encuentran escasos estudios o publicaciones donde se actualicen o capaciten adecuadamente al interno de medicina antes o durante su internado, y en los escasos estudios descritos el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes es bajo, sobre todo al iniciar su internado. Incluso (Pinardel Rio, 2007), manifiesta que urge la necesidad de aplicar nuevos métodos para perfeccionar los estudios. El presente trabajo a través de la aplicación de la metodología o estrategia del ABP, nos permitirá contribuir con la formación integral del interno de medicina

en las principales patologías que debería saber al iniciar su internado. Se justifica porque Permitirá conocer las deficiencias o falencias más saltantes con las que ingresan los estudiantes a realizar su internado, en relación a las patologías más frecuentes como son: insuficiencia Cardíaca, crisis asmática, Hemorragia digestiva alta e Insuficiencia Renal Aguda, a las cuales se enfrenta el interno en su accionar diario en su práctica hospitalaria.

También permitirá el acercamiento teórico a las bases y características del ABP como una de las formas de la estrategia pedagógica para superar, a partir de la misma experiencia, las deficiencias cognoscitivas.

La importancia del presente estudio radica en que los resultados de la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), permitirá avalar su aplicación en los programas de medicina en las diferentes instituciones de salud, sedes de prácticas de internado médico.

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), es uno de los métodos de enseñanza - aprendizaje que ha tomado más arraigo en las instituciones de educación superior en los últimos años. En el ABP primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema. La experiencia de trabajo en el pequeño grupo orientado a la solución del problema es una de las características distintivas del ABP. El ABP es usado en muchas universidades, como estrategia curricular en diferentes áreas de formación profesional. (Carretero, 2001).

El presente estudio se ha dividido en 5 capítulos: En el capítulo I se realizó el planteamiento y fundamentación del problema de la investigación; en el segundo capítulo se describe los fundamentos teóricos de dicha investigación; en el tercer capítulo se define el marco metodológico; en el cuarto capítulo destaca los resultados y discusión de la investigación; y por último, en el quinto capítulo, se detalla las conclusiones y sugerencias de la presente investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Realidad genérica del problema

Las Facultades de Medicina de las diferentes Universidades a nivel nacional, así como local consideran en su plan curricular el internado Médico, con una duración de un año de práctica. El internado en Medicina es la última etapa curricular en la que el estudiante de Medicina tiene la oportunidad de aplicar sus conocimientos, habilidades y actitudes logrados durante la formación pre profesional, en los diferentes campos clínicos de su formación. Las instituciones de salud esperan que los internos de Medicina, egresados de las diferentes universidades formadoras estén en capacidad de identificar y tratar las principales patologías y adquieran progresivamente las competencias para desenvolverse como futuros profesionales médicos. El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, como sede de práctica de internado médico, recibe anualmente internos de las Escuelas de Medicina Humana de varias Universidades: Privada San Pedro, Nacional de Trujillo, San Luis Gonzaga de Ica, Nacional de Cajamarca, entre otras. Al iniciar las prácticas de internado Médico, el estudiante de Medicina debería de conocer adecuadamente las patologías más frecuentes: Cardíacas, respiratorias, digestivas, renales, entre otras especialidades. Dicho desconocimiento se debería a que durante su formación se estudian muchas patologías, en forma genérica, pero no se les enfoca en las principales y más frecuentes que ellos deberían de aprender y dilucidar.

Los Médicos asistentes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón que tienen la oportunidad de relacionarse más estrechamente con los internos de

Medicina, han podido observar que existe una gran brecha entre los conocimientos que traen de los claustros universitarios y los conocimientos que requieren para desempeñarse debidamente como internos de Medicina. Este mal desempeño podría deberse al desinterés del estudiante, a la deficiencia curricular, a la falta de nivel de formación profesional de las instituciones formadoras, de no prepararlos eficientemente para adaptarse a la vida y acción hospitalaria, y alcanzar un buen desenvolvimiento profesional.

Los internos de medicina tienen ciertas dificultades en su proceso de enseñanza aprendizaje, como se evidencia en sus calificaciones los cuales se ubican en los niveles regulares (60 %) de conocimiento sobre las principales patologías, como consta en los archivos de los hospitales. Además el trabajo individualizado, no les permite compartir experiencias con sus compañeros.

La percepción del interno de medicina sobre la formación recibida por la Universidad es de (53 %). Durante su internado médico, su participación en actividades académicas es de (60 %) cuando son obligatorias y lo realiza 1 vez por semana. En la mayoría las evaluaciones no se realiza en forma objetiva (Díaz, 2010).

La inexistencia de un período de externado preparatorio para el internado y la escasa experiencia en comunidad y no saber las principales patologías locales, regionales y nacionales hacen que el interno de medicina no se enfoque adecuadamente para actuar como un médico (Cervantes, R. 2009). Las instituciones de salud, de acuerdo a los convenios firmados con las instituciones formadoras, asignan un responsable o tutor de los internos, quién debería responsabilizarse de guiarlos en la labor asistencial como administrativa para un mejor desempeño del estudiante interno. Para poder mejorar o superar estos conocimientos aplicaremos la estrategia o método del ABP al terminar sus estudios universitarios y antes de iniciar su internado médico, mediante el dialogo con ellos y partiendo de la necesidad o del desarrollo de los

problemas de salud más frecuentes a lo que ellos se enfrentarán para poder desempeñarse adecuadamente durante su año de internado en cualquier hospital.

En nuestro país, como a nivel internacional se encuentran escasos estudios o publicaciones donde se actualicen o capaciten adecuadamente al interno de medicina antes o durante su internado, y en los escasos estudios descritos el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes es bajo, sobre todo al iniciar su internado. Incluso (Pinar del Rio, J. 2007), manifiesta que urge la necesidad de aplicar nuevos métodos, para perfeccionar los estudios.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

No se encontró trabajos de investigación relacionados al tema de estudio, sin embargo se puede mencionar los siguientes, que de alguna forma se relacionan con el nuestro:

Trejo, y Larios (1998), desarrollaron en su estudio de tipo descriptivo, con un diseño experimental transversal titulado “Evaluación de la competencia clínica de los alumnos al iniciar el internado Médico de pregrado”. Con el propósito de evaluar las capacidades, el grado de avance y las deficiencias, a través de un cuestionario de preguntas. Concluyó que los resultados obtenidos corroboraron las ventajas de este instrumento, que lo hace idóneo para evaluar íntegramente las capacidades clínicas y para detectar el grado de avance y las deficiencias en el desarrollo de estas. Lo que justifica su aplicación en el proceso formativo de los médicos.

Gutiérrez. (2005) en su trabajo de tipo analítico transversal titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas, sobre protección solar en Internos de Medicina de cinco hospitales generales de Lima y Callao”, con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre protección solar en Internos de Medicina. En el que participaron 190 internos de Medicina de cinco hospitales generales en Lima y Callao,

resolvieron un cuestionario estructurado y auto desarrollado con preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre protección solar durante mayo de 2005. El 18% tuvo un nivel de conocimientos alto, el 56% alcanzó un nivel de conocimientos intermedio y el 25% un nivel bajo. El 29% mostró una actitud favorable frente a las medidas de protección solar, mientras que el 17% tuvo prácticas adecuadas. Las actitudes estuvieron significativamente asociadas con las prácticas sobre protección solar, sin embargo, el nivel de conocimientos no estuvo asociado con las prácticas de protección solar. Las conclusiones son: Los internos presentan, en general, un nivel de conocimiento intermedio o bajo, actitudes desfavorables y prácticas no adecuadas sobre protección solar.

Pinar del Rio. (2007), en su estudio de: "Docencia en Cirugía General, una propuesta para su perfeccionamiento", destaca la necesidad de que el proceso docente de esta disciplina sea perfeccionada.

Gómez. (2009) realizó un estudio comparativo y prospectivo con estadística no paramétrica titulado "Evaluación del impacto del internado de pregrado en la solución de problemas clínicos", con el objetivo de evaluar el impacto de pregrado en la solución de problemas clínicos, en 56 alumnos de la carrera de medicina que realizaron el internado de pregrado en hospitales de segundo nivel de atención del sector público, a quienes se les aplicó al término de la carrera y al finalizar el internado de pregrado un instrumento para medir la aptitud clínica, el cual está integrado por 12 casos clínicos con 320 preguntas que se contestan como cierto, falso o no sé. Resultados: La aptitud clínica mejoró al término del internado de pregrado, ubicándose 22 % de los alumnos en el nivel medio de la escala de desarrollo de la aptitud clínica, situación que no ocurrió al egreso de la carrera de medicina, donde 96 % de los alumnos se concentró en el nivel bajo de aptitud clínica. Conclusiones: La rotación por los hospitales de segundo nivel mejora significativamente la aptitud clínica adquirida durante la carrera de medicina, aunque sigue siendo baja.

Palma. (2009) en su tesis de tipo descriptiva, con diseño experimental, para optar el título de Médico Cirujano, titulado “Determinación del nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en Reanimación cardiopulmonar básica en personal de Enfermería, personal técnico e internos de Medicina en el Hospital Regional de Cajamarca – 2009. Con el propósito de conocer sobre Reanimación cardiopulmonar Básica, mediante el instrumento de cuestionario de preguntas. concluye que la determinación del nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en Reanimación Cardiopulmonar básica en personal de Enfermería, personal técnico e internos de Medicina en el Hospital Regional de Cajamarca – 2009. En el cual nos muestra que solamente el 23% del personal de salud conoce sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica. El área crítica es el servicio mejor preparado, al igual que los internos de medicina y profesionales capacitados previamente

Jasso. (2011) en su estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional titulado: “Nivel de conocimiento del personal Médico del HGZ/UMF No 8, sobre el manejo inicial del paciente intoxicado en el servicio de urgencias”. con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal Médico del servicio de urgencias de dicho hospital donde se aplicaron cuestionarios a los médicos que laboran en el área de urgencias del HGZ/UMF #8 del IMSS, independientemente del grado académico, mediante los cuales se evaluaban los conocimientos de cada participante con respecto al manejo inicial del paciente intoxicado Se aplicaron un total de 95 cuestionarios; de los cuales se eliminaron 9 por lo que finalmente se analizaron 86 cuestionarios. En los valores obtenidos en la evaluación de la aptitud clínica, el promedio mínimo obtenido fue de 20 y el máximo de 73, con una media de 46.94 La distribución encontrada en aptitud clínica fue la siguiente el 74.4% (64) el nivel fue insuficiente; el 22.1% (19) fue suficiente y el 3.5% (3) fue bueno. Concluyó que el nivel de conocimiento del personal Médico del servicio de urgencias es en general insuficiente con respecto al manejo inicial del paciente intoxicado; por lo cual debería implementarse programas que ayuden a mejorar este aspecto y por lo tanto repercutir sobre la morbi-mortalidad de este grupo

de pacientes.

Saucedo. (2013) en su trabajo utilizó un diseño descriptivo transversal, titulado “Conocimientos y prácticas de Bioseguridad en Internos de Medicina Humana en el hospital de Lambayeque”. Con el propósito de: Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre Bioseguridad en Internos de Medicina humana en los Hospitales de la Región Lambayeque, la población estuvo constituida por 77 internos de Medicina humana que cumplían los criterios del estudio. Se comparó nivel de conocimientos y prácticas. Se utilizó un cuestionario y una guía de práctica validada por juicio de expertos. Se asoció el nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de Bioseguridad por los Internos de Medicina. Se obtuvo como resultado que el 71,4% del total de internos de medicina tienen un nivel de conocimiento regular sobre bioseguridad con tendencia a alto en 28,6%; con respecto a la práctica de medidas de bioseguridad se obtuvo que del total de internos de medicina el 69% practica parcialmente estas medidas. Conclusiones: Los internos de medicina tienen un nivel de conocimiento regular y la mayoría practican parcialmente las medidas de bioseguridad durante la atención de los pacientes.

Nuestro trabajo a través de la aplicación de la metodología o estrategia del ABP ,nos permitirá contribuir con la formación integral del interno de medicina en las principales patologías que debería saber al iniciar su internado , para que de esta manera podamos comparar o discutir sobre esta forma o modelo de enseñanza - aprendizaje.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera la aplicación del ABP (Aprendizaje basado en problemas) mejora el nivel de conocimiento sobre las Patologías más frecuentes en los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015?

1.4. DELIMITACION DEL ESTUDIO

Los internos de Medicina que realizan su internado en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón provienen de distintas Facultades de Medicina, nacionales y particulares, y no cuentan con un nivel de conocimiento adecuado sobre las patologías más frecuentes: Cardiacas, respiratorias, digestivas, y renales a las que se enfrentarán en su actividad diaria. Posiblemente por su falta de voluntad, desconocimiento, inadecuada formación pre profesional, o carencia de un adecuado e innovador método de enseñanza- aprendizaje. En el presente trabajo solamente se incluirá las patologías de Insuficiencia Cardíaca, Crisis asmática, Hemorragia digestiva alta e Insuficiencia renal aguda por ser las más frecuentes.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La realización del presente trabajo de investigación, se justifica por los siguientes aspectos.

Esta investigación posee un fundamento teórico pues permitirá conocer las deficiencias o falencias más saltantes con las que ingresan los estudiantes a realizar su internado, en relación a las patologías más frecuentes como son: Cardiacas, respiratorias, gástricas, y renales, a las cuales se va a enfrentar el interno en su accionar diario en su práctica hospitalaria.

También permitirá el acercamiento teórico a las bases y características del ABP como una de las formas de la estrategia pedagógica para superar, a partir de la misma experiencia, las deficiencias cognitivas.

Además se encuentra un fundamento práctico que permitirá a los médicos asistentes, y tutores contribuir o puntualizar en todas las patologías y principalmente en aquellas con conocimientos deficientes, incrementando el nivel académico del interno de medicina y así pueda diagnosticar adecuadamente desde el punto de vista clínico y dar un buen tratamiento, contribuyendo así a la recuperación de los pacientes, y a su incorporación

a la sociedad.

La importancia del presente estudio radica en que los resultados de la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), permitirá avalar su aplicación en los programas de medicina en las diferentes instituciones de salud, sedes de prácticas de internado médico.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS GENERAL

- Determinar la efectividad del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) en la mejora del nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los internos de medicina sobre las patologías más frecuente en los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.
- Aplicar el método del ABP (Aprendizaje basado en problemas) para mejorar el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.
- Analizar e interpretar los resultados de la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre las patologías más frecuentes en los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En nuestro país, como a nivel internacional se encuentran escasos estudios o publicaciones donde se actualicen o capaciten adecuadamente al interno de medicina antes o durante su internado, para que de esta manera nos permitan comparar o discutir sobre este tema.

La inexistencia de un período de externado preparatorio para el internado y la escasa experiencia en comunidad y no saber las principales patologías locales, regionales y nacionales hacen que el interno de medicina no se enfoque adecuadamente para actuar como un médico (Cervantes, 2009).

Muchos médicos del hospital consideran al interno como una oportunidad para descargar parte de su trabajo, sin mayor proceso de orientación y supervisión.

El excesivo número de internos de Medicina que pugnan por una oportunidad para alcanzar las competencias necesarias para un buen desempeño profesional es una consecuencia directa, para el bajo rendimiento académico (Cervantes, 2009).

Los usuarios o pacientes que acuden al Hospital Eleazar Guzmán Barrón esperan encontrar profesionales competentes que le brinden atención oportuna de calidad y calidez.

El interno de Medicina es quién le brinda la atención inicial, primaria en los diferentes servicios, quien debe tener las capacidades cognitivas (conocimiento), procedimentales y actitudinales que requiere esta atención.

Es de gran importancia que las instituciones (Universidades u Hospitales) encargadas de formar profesionales de la salud (Médicos) apliquen el ABP (Aprendizaje basado en problemas) como forma de aprendizaje de las patologías más frecuentes con la finalidad de fortalecer las competencias del interno de Medicina.

2.1.1. CONOCIMIENTO

Es el dominio cognoscitivo que incluyen todos los procesos mentales: Pensar, saber, recordar, percibir, reconocer que poseen las personas en relación a un tema específico. Se entiende como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. No existe una única definición de “Conocimiento”; siendo la consideración de su función y fundamento un problema histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia. La rama de la filosofía que estudia el conocimiento es la epistemología o teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento estudia las posibles formas de relación entre el sujeto y el objeto. Se trata por lo tanto del estudio de la función del entendimiento propia de la persona (Real Academia de la Lengua Española, 2013).

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual.

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento:

1. Conocimiento empírico. También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es ametódico y asistemático.
2. Conocimiento científico. Este conocimiento va más allá del empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas.
3. Conocimiento filosófico. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.
4. Conocimiento teológico. Es el conocimiento relativo a Dios, Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina.

A pesar de todo, no podemos decir que sólo se usa un tipo de conocimiento, todos están relacionados unos con otros, de tal suerte que el científico utiliza su experiencia propia y usa la filosofía para que, ayudado por los resultados que obtuvo aplicando el método científico, de una explicación al fenómeno (Bervian, 1990

Nonaka y Takeuchi (1995), proponen dos dimensiones de análisis del conocimiento: la epistemológica y la ontológica.

La dimensión epistemológica distingue entre el conocimiento tácito y explícito.

El conocimiento tácito es el conocimiento implícito en cada persona no está codificado y es difícil de difundir; es vital para las organizaciones porque solo pueden aprender e innovar sustentadas en el conocimiento implícito de sus miembros. Incluye tanto el "know-how", como los modelos mentales, creencias y percepciones subjetivas.

El conocimiento explícito es el conocimiento que se puede expresar formalmente porque está codificado y se difunde con facilidad. Se basa en objetos cuando está codificado con palabras, números, equipos, modelos, etc. y se basa en reglas cuando se codifica en rutinas o procedimientos.

La dimensión ontológica considera el alcance de la creación del conocimiento tomando en cuenta su entorno, hace referencia a la creación de conocimiento a distintos niveles: individual, de grupo, organizativo e inter organizativo.

2.1.2. Patologías más frecuentes:

Son las enfermedades más frecuentes que el ser humano presenta o puede presentar en las diferentes etapas de la vida y que amenazan con romper el equilibrio salud – enfermedad (Harrison, 2012).

Para la presente investigación estas patologías están conformadas por:

a.- Insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardiaca es un complejo síndrome clínico en el cual ocurre fallo del ventrículo izquierdo tanto en el llenado como en la expulsión del volumen de sangre necesario para mantener las necesidades del organismo, que ocurre en pacientes que a causa de una anomalía hereditaria o adquirida del corazón, ya sea estructural, funcional, o ambas, desarrolla síntomas (disnea, fatiga), y signos (edemas y estertores), que conducen con frecuencia a hospitalización, y mala calidad de vida, así como menor esperanza de vida. Es un problema de salud con más de 20 millones de personas afectadas en el mundo.

b.- Crisis asmática

La crisis asmática se da cuando los pacientes tienen las exacerbaciones de su enfermedad y pueden poner en peligro la vida. En las exacerbaciones intensas el individuo puede quedar prácticamente sin aire, es incapaz de completar frases, y también puede presentar cianosis. El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el mundo y afecta a cerca de 300 millones de personas, aparece a cualquier edad.

c.- Hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo por encima del ángulo de Treitz. Es una urgencia médica frecuente con una incidencia anual que oscila entre 50 y 150 casos por 100,000 habitantes. Se manifiesta como vómitos con sangre, o heces de color negra, pastosa y maloliente, y puede deberse a múltiples causas.

d.- Insuficiencia renal aguda

La insuficiencia renal aguda es un síndrome clínico, producto del deterioro brusco de la función renal, que ocurre en horas o días, y se caracteriza por presentar retención de productos nitrogenados y otros desechos que son eliminados en circunstancias normales por los riñones, alteración de la regulación hidroelectrolítica, y el equilibrio ácido-base.

2.1.3. Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

a.- Introducción

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es uno de los métodos de enseñanza - aprendizaje que ha tomado más arraigo en las

instituciones de educación superior en los últimos años. Mientras tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en la resolución de un problema, en el caso del ABP primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema. En el recorrido que viven los alumnos desde el planteamiento original del problema hasta su solución, trabajan de manera colaborativa en pequeños grupos, compartiendo en esa experiencia de aprendizaje la posibilidad de practicar y desarrollar habilidades, de observar y reflexionar sobre actitudes y valores que en el método convencional expositivo difícilmente podrían ponerse en acción. La experiencia de trabajo en el pequeño grupo orientado a la solución del problema es una de las características distintivas del ABP. El ABP es usado en muchas universidades como estrategia curricular en diferentes áreas de formación profesional. (Carretero, 2001).

El ABP, es un método didáctico, que cae en el dominio de las pedagogías activas y más particularmente en el de la estrategia de enseñanza denominada aprendizaje por descubrimiento y construcción, que se contrapone a la estrategia expositiva o magistral. Si en la estrategia expositiva el docente es el gran protagonista del proceso enseñanza aprendizaje, en la de aprendizaje por descubrimiento y construcción es el estudiante quien se apropia del proceso, busca la información, la selecciona, organiza e intenta resolver con ella los problemas enfrentados. El docente es un orientador, un expositor de problemas o situaciones problemáticas, sugiere fuentes de información y está presto a colaborar con las necesidades del aprendiz. Los metaobjetivos de esta estrategia, es decir, objetivos que van más allá de los objetivos instruccionales, son el desarrollo de habilidades del pensamiento, la activación de los procesos cognitivos en el estudiante y ante todo la transferencia de metodologías de acción intelectual. Jerónimo Bruner, gran constructivista del siglo XX, es

considerado el sistematizador del aprendizaje por descubrimiento y construcción. Para él, es fundamental llevar el aprendizaje humano más allá de la mera información, hacia los objetivos de aprender a aprender y a resolver problemas, (Restrepo, 2005).

b.- Definición de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

Es una estrategia de enseñanza-aprendizaje en la que tanto la adquisición de conocimientos como el desarrollo de habilidades y actitudes resultan importante; en el ABP un grupo pequeño de alumnos se reúne, con la facilitación de un tutor, para analizar y resolver un problema seleccionado o diseñado especialmente para el logro de ciertos objetivos de aprendizaje. Durante el proceso de interacción de los alumnos para entender y resolver el problema se logra, además del aprendizaje del conocimiento propio de la materia, que puedan elaborar un diagnóstico de sus propias necesidades de aprendizaje, que comprendan la importancia de trabajar colaborativamente, que desarrollen habilidades de análisis y síntesis de información, además de comprometerse con su proceso de aprendizaje. El ABP, se sustenta en diferentes corrientes teóricas sobre el aprendizaje humano, tiene particular presencia la teoría constructivista, de acuerdo con esta postura en el ABP se siguen tres principios básicos:

- El entendimiento con respecto a una situación de la realidad surge de las interacciones con el medio ambiente.
- El conflicto cognitivo al enfrentar cada nueva situación estimula el aprendizaje.
- El conocimiento se desarrolla mediante el reconocimiento y aceptación de los procesos sociales y de la evaluación de las diferentes interpretaciones individuales del mismo fenómeno.

El ABP busca que el alumno comprenda y profundice adecuadamente en la respuesta a los problemas que se usan para

aprender abordando aspectos de orden filosófico, sociológico, psicológico, histórico, práctico, etc. Todo lo anterior con un enfoque integral. La estructura y el proceso de solución al problema están siempre abiertos, lo cual motiva a un aprendizaje consciente y al trabajo de grupo sistemático en una experiencia colaborativa de aprendizaje. Es importante señalar que el objetivo no se centra en resolver el problema sino en que éste sea utilizado como base para identificar los temas de aprendizaje para su estudio de manera independiente o grupal, es decir, el problema sirve como detonador para que los alumnos cubran los objetivos de aprendizaje del curso.

c.- Representantes u orígenes del ABP

En las décadas de los 60's y 70's un grupo de educadores médicos de la Universidad de Mc Master (Canadá) reconoció la necesidad de replantear tanto los contenidos como la forma de enseñanza de la medicina, con la finalidad de conseguir una mejor preparación de sus estudiantes para satisfacer las demandas de la práctica profesional. La educación médica, que se caracterizaba por seguir un patrón intensivo de clases expositivas de ciencia básica, seguido de un programa exhaustivo de enseñanza clínica, fue convirtiéndose gradualmente en una forma inefectiva e inhumana de preparar estudiantes, en vista del crecimiento explosivo de la información médica y las nuevas tecnologías, además de las demandas rápidamente cambiantes de la práctica profesional.

Era evidente, para estos educadores, que el perfil de sus egresados requería habilidades para la solución de problemas, lo cual incluía la habilidad para adquirir información, sintetizarla en posibles hipótesis y probar esas hipótesis a través de la adquisición de información adicional. Ellos denominaron a este proceso como de Razonamiento Hipotético Deductivo. Sobre esta base, la

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mc Master estableció una nueva escuela de medicina, con una propuesta educacional innovadora que fue implementada a lo largo de los tres años de su plan curricular y que es conocida actualmente en todo el mundo como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) (Problem Based Learning, PBL) (Barrows, 1996). La primera promoción de la nueva escuela de medicina de la Universidad de Mc Master se graduó en 1972.

Por el mismo tiempo la especialidad de Medicina Humana de la Universidad de Michigan implementó un curso basado en resolución de problemas en su currículo preclínico. También a inicios de los años 70's las universidades de Maastricht (Holanda) y Newcastle (Australia) crearon escuelas de medicina implementando el Aprendizaje Basado en Problemas en su estructura curricular. A inicios de los 80's, otras escuelas de medicina que mantenían estructuras curriculares convencionales empezaron a desarrollar planes paralelos estructurados en base al ABP. La universidad que lideró esta tendencia fue la de New México, en los Estados Unidos. Un poco más tarde otras escuelas asumieron el reto de transformar su plan curricular completo en una estructura ABP. Las universidades líderes en esta empresa fueron la de Hawai, Harvard y Sherbrooke (Canadá) (Barrows, 1996).

En los últimos treinta años el aprendizaje basado en problemas ha sido adoptado por escuelas de medicina en todo el mundo. Más recientemente ha sido aplicado en una diversidad de escuelas profesionales y el interés en su incorporación en la educación superior en general ha ido incrementándose día a día. Ahora la UNAM México, Facultad de Medicina de la Universidad San Simón de Cochabamba, Bolivia, Universidad Delaware, Wheeling, West-virginia, Vancouver, Canadá, La Pontífica Universidad Católica del Perú, entre otras.

d.- Antecedentes del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)

Históricamente el movimiento educativo de la Escuela Nueva (EN) o Educación Activa (EA), engrandecieron la acción centrada en el estudiante y ofrecieron fundamentos teóricos metodológicos a la propuesta que hoy conocemos como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Basta señalar algunas aportaciones de algunos representantes de la EN. Por ejemplo, se señala a Cousinet, como el creador del método de trabajo en equipo, elemento cardinal en el ABP. Decroly, propuso los centros de interés, para iniciar actuaciones con base en la motivación estudiantil en torno a una idea central, pero considerando vínculos con otras disciplinas. Algo similar promueve el ABP, pues al problema no lo agota una disciplina. Freinet, postuló que la vida de la escuela es una continuación de la vida familiar y ciudadana. Ferrière señaló que la EA pretende obtener el máximo de efectos útiles con el mínimo de esfuerzos inútiles. En su libro sobre la educación autónoma se refiere al impulso del espíritu crítico personal, y a la vez, favorece la ayuda mutua (Palacios, citado por Vivas, 2014). En el mismo sentido que Ferrière el ABP, pretende desarrollar la autonomía del estudiante a través de la búsqueda crítica del conocimiento.

Por su parte Dewey (1978) considera que el verdadero aprendizaje se basa en el descubrimiento guiado por la labor del asesor y no en la transmisión de conocimientos. Sin duda es una aportación relevante al ABP. En síntesis las aportaciones de la EN, como el trabajo en equipo de Cousinet, la interdisciplinaridad en Decroly, el vínculo entre escuela y vida social de Freinet, la actuación regulada por el pensamiento de Dewey, el espíritu crítico de Ferrière, así como la responsabilidad y el compromiso en la labor docente, son elementos presentes en el actual ABP.

La EN dio un giro de 180 grados y colocó al alumno en el lugar que antes tenía el profesor. Antes y después, los actores educativos

quedaron polarizados. Para Wallon no se trata de elegir entre sociedad e individuo, entre profesor y estudiante o entre lo que sucede en la escuela y en la vida cotidiana. No es un problema de contradicciones sino de complementariedades. Profesores y alumnos están en interacción, no pueden separarse; ambos son importantes y tienden hacia la cooperación. Como se observa, en este breve recuento histórico, el ABP, es una novedad, no tan nueva. (Alleyne, 2002).

e.- Características del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

- Es una estrategia de enseñanza- aprendizaje, centrada en el alumno.
- Organiza el aprendizaje alrededor de problemas holísticos. Se analizan y resuelven ciertas situaciones expresados en problemas, casos o proyectos.
- Compromete a los estudiantes (aprendizaje significativo).
- Es un método de trabajo activo donde los alumnos participan constantemente en la construcción de su conocimiento.
- Crea un ambiente en el que los docentes orientan a los estudiantes a pensar (crítica y creativamente) y los guían en su proceso de aprendizaje.
- La adquisición del conocimiento y el desarrollo de habilidades y actitudes tiene la misma importancia.
- El método se orienta a la solución de problemas que son seleccionados o diseñados para lograr el aprendizaje de ciertos objetivos de conocimiento.
- Es un método que estimula el trabajo colaborativo en diferentes disciplinas, se trabaja en grupos pequeños.

f.- Objetivos del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

- Potenciar el desarrollo integral en los alumnos y conjuga la

adquisición de conocimientos propios de la especialidad de estudio, además de habilidades, actitudes y valores.

- Promover en el alumno la responsabilidad de su propio aprendizaje (respeto de la autonomía del alumno).
- Desarrollar una base de conocimiento relevante caracterizada por profundidad y flexibilidad.
- Desarrollar habilidades para la evaluación crítica y la adquisición de nuevos conocimientos con un compromiso de aprendizaje de por vida.
- Desarrollar habilidades para las relaciones interpersonales.
- Involucrar al alumno en un reto (problema, situación o tarea) con iniciativa y entusiasmo.
- Desarrollar el razonamiento eficaz y creativo de acuerdo a una base de conocimiento integrada y flexible.
- Monitorear la existencia de objetivos de aprendizaje adecuados al nivel de desarrollo de los alumnos.
- Orientar la falta de conocimiento y habilidades de manera eficiente y eficaz hacia la búsqueda de la mejora.
- Estimular el desarrollo del sentido de colaboración como un miembro de un equipo para alcanzar una meta común.

g.- Lineamientos de actuación del tutor o docente en el ABP

- El papel del tutor es fundamental para el desarrollo de la metodología del ABP
- Los profesores tienen el rol de facilitador, tutor, guía, coaprendiz, mentor o asesor.
- Los profesores diseñan su curso basado en problemas abiertos.
- Los profesores incrementan la motivación de los estudiantes presentando problemas reales.
- Los profesores buscan mejorar la iniciativa de los alumnos y motivarlos.

h.- Lineamientos de actuación de los estudiantes en ABP

- Los alumnos son vistos como sujetos que pueden aprender por cuenta propia.
- Los alumnos toman la responsabilidad de aprender y crear alianzas entre alumno y profesor.
- Los alumnos trabajan en equipos para resolver problemas, adquieren y aplican el conocimiento en una variedad de contextos.
- Los alumnos localizan recursos y los profesores los guían en este proceso.
- Los alumnos conformados en pequeños grupos interactúan con los profesores quienes les ofrecen retroalimentación.
- Los alumnos participan activamente en la resolución del problema, identifican necesidades de aprendizaje, investigan, aprenden, aplican y resuelven problemas.

i.- Desarrollo del proceso de ABP.

Esta metodología tiene ocho fases: Según Morales y Landa (2004).

1. leer y analizar el escenario del problema
2. Realizar una lluvia de ideas
3. Hacer una lista con aquello que se conoce
4. Hacer una lista con aquello que no se conoce
5. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema
6. Definir el problema
7. Obtener información
8. Presentar resultados

Los siguientes pasos hasta la definición del problema (pasos 2, 3, 4 y 5), suponen que los alumnos tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede

ocurrir el problema, las posibles causas, ideas de resolverlo, etc. El paso 3 implica que el equipo recurra a aquellos conocimientos de los que ya disponen, a los detalles del problema que conocen y que podrán utilizar para su posterior resolución. La siguiente fase (paso 4) ayuda a los estudiantes a ser conscientes de aquello que no saben y que necesitarán para resolver el problema. Pueden formular preguntas que orienten la solución de la situación. Una vez puesto en común todo esto, es momento de que los alumnos ordenen todas las acciones que como equipo tienen que llevar a cabo para resolver el problema planteado. Deben planear cómo van a realizar la investigación (paso 5), para posteriormente poder definir adecuada y concretamente el problema que van a resolver y en el que se va a centrar su investigación (paso 6). El paso 7 se centra en un período de trabajo y estudio individual de forma que cada miembro del equipo lleve a cabo la tarea asignada. Obtener la información necesaria, estudiarla y comprenderla, pedir ayuda si es necesario, etc. Por último (paso 8) los alumnos vuelven a su equipo y ponen en común todos los hallazgos realizados para poder llegar a elaborar conjuntamente la solución al problema y presentar los resultados. Y, finalmente, el proceso vuelve a comenzar con la formulación de otro problema.

Otros autores como Exley y Dennick (2007) (citados por Morales y Landa ,2004), realizan otra clasificación de las fases del ABP. Ellos señalan que son siete fases las que lo conforman.

1. Aclarar términos y conceptos
2. Definir los problemas
3. Analizar los problemas: preguntar, explicar, formular hipótesis, etc.
4. Hacer una lista sistemática del análisis
5. Formular los resultados del aprendizaje esperados
6. Aprendizaje independiente centrado en resultados
7. Sintetizar y presentar nueva información

La diferencia más notable entre esta clasificación y la anteriormente presentada es que, en la última, los alumnos definen primero los problemas que presenta el ejercicio y posteriormente se plantean las preguntas, las hipótesis, aquellos aspectos que conocen, lo que es desconocido y tendrán que investigar, etc. Resulta fundamental que los alumnos conozcan los pasos que han de seguir para resolver el problema y también que el alumno que lleve a cabo el papel del moderador u organizador vaya guiando al grupo en cada uno de ellos.

j.- Evaluación en el ABP.

a).- **Caso práctico.** En el que los alumnos tengan que poner en práctica todo lo que han aprendido.

b).- **Un examen** que no esté basado en la reproducción automática de los contenidos estudiados, sino que implique que el alumno organice coherentemente sus conocimientos.

c).- **Autoevaluación.** El alumno ha llevado a cabo un proceso de aprendizaje autónomo. Por tanto nadie mejor que el mismo conoce todo lo que ha aprendido. Aspecto a autoevaluarse: Aprendizaje logrado, tiempo invertido, proceso seguido, etc.

d).- **Coevaluación.** Es la evaluación realizada entre pares, el alumno durante su proceso de aprendizaje, ha trabajado con sus compañeros cooperativamente. Por tanto conoce la opinión de los compañeros, se pueden hacer preguntas sobre: ambiente cooperativo dentro del grupo, reparto de tareas eficaz, cumplimiento de las expectativas como grupo.

2.1.4. INTERNOS DE MEDICINA

- El internado en la escuela Profesional de Medicina Humana, es la última etapa curricular en la que el estudiante tiene la oportunidad de aprender haciendo, que es la única forma segura de aprender. Según la concepción Popperiana del aprendizaje,

implica aprender a aprender solucionando problemas, dentro de las limitaciones psicoevolutiva de cada aprendiz

- El internado de pregrado forma parte del plan de estudios de la carrera de Medicina y es considerado un ciclo o etapa indispensable para que los alumnos integren y consoliden las diferentes aptitudes que caracterizan al Médico general. (Revista de la Escuela de Medicina “Dr. José Sierra Flores”).
- Es un ciclo de prácticas pre profesionales que se desarrolla casi a tiempo completo en una institución de salud como parte del curriculum de la profesión médica. En este ciclo se pretende que el estudiante, al lado de los conocimientos, se ejercite en el afrontamiento de situaciones reales, que vaya comprendiendo paulatinamente la realidad de la profesión (Cervantes, 2009).
- Desde la perspectiva del plan de estudios, el internado viene a ser la contrapartida de la totalidad de las asignaturas, en la medida en que en este ciclo el interno enfrentado a problemas de salud debe de saber movilizar la totalidad de sus conocimientos, habilidades y actitudes para resolver una situación real (Cervantes, 2009).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Patologías más frecuentes.

Son las enfermedades más frecuentes que el ser humano presenta o puede presentar en las diferentes etapas de la vida y que amenazan con romper el equilibrio salud – enfermedad (Harrison, 2012).

Para la presente investigación estas patologías está conformada por:

- a) Insuficiencia cardiaca.
- b) Crisis asmática.
- c) Hemorragia digestiva alta.

d) Insuficiencia renal aguda.

2.2.2. ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)

Es una estrategia de enseñanza-aprendizaje, en el ABP un grupo pequeño de alumnos se reúne, con la facilitación de un tutor, a analizar y resolver un problema seleccionado o diseñado especialmente para el logro de ciertos objetivos de aprendizaje. Se logra además elaborar un diagnóstico de sus propias necesidades de aprendizaje, que comprendan la importancia de trabajar colaborativamente, que desarrollen habilidades de análisis y síntesis de información, además de comprometerse con su proceso de aprendizaje (Barrows, 1998).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. HIPOTESIS CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN

Ha= La aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) en las Patologías más frecuentes mejora significativamente el nivel de conocimiento de los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

Ho=La aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) en las Patologías más frecuentes, no mejora significativamente el nivel de conocimiento de los internos de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

3.2. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Variable independiente

ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es un método de enseñanza – aprendizaje. El camino que toma el proceso de aprendizaje convencional se invierte al trabajar en el ABP. Primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema.

3.2.2. Variable Dependiente

Conocimiento sobre Patologías más frecuentes

Es un conjunto de enfermedades constituidas por: Cardíacas

(Insuficiencia cardiaca), respiratorias (Crisis asmática), digestivas (Hemorragia digestiva alta) y, renales (Insuficiencia renal aguda).

a. Definición Operacional

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
ABP	El Aprendizaje Basado en Problemas, es una estrategia de enseñanza – aprendizaje centrada en el alumno. Y organiza el aprendizaje alrededor de problemas holísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del problema. • Identificar las necesidades de aprendizaje, • Buscar información. • Regresar al problema inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad de aprender • Participación activa • Habilidad para la evaluación crítica • Relaciones interpersonales • Sentido de colaboración
Nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes de los internos de medicina humana	Es el dominio cognoscitivo sobre la insuficiencia cardiaca, crisis asmática, hemorragia digestiva alta, e insuficiencia renal aguda	<p>Insuficiencia cardiaca</p> <p>Crisis asmática</p> <p>Hemorragia digestiva alta</p> <p>Insuficiencia renal aguda</p>	<p>Dominio conceptual Etiología o causas Síntomas y signos Diagnóstico Tratamiento</p> <p>Dominio conceptual Etiología o causas Síntomas y signos Diagnóstico Tratamiento</p> <p>Dominio conceptual Etiología o causas Síntomas y signos Diagnóstico Tratamiento</p> <p>Dominio conceptual Etiología o causas Síntomas y signos Diagnóstico Tratamiento</p>

3.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como método general el experimental, con pre y posttest. Además se empleó otros métodos como:

- **Bibliográfico – Documental:** Este método permitió recopilar y sistematizar la información para el desarrollo de la investigación.
- **Descriptivo:** Este método se empleó en la estrategia del ABP; así también permitirá interpretar los resultados obtenidos luego de la aplicación del método.
- **Analítico– Sintético:** Permitió la elaboración del marco teórico, el diseño de la estrategia de aplicación del método, así como la interpretación de los resultados obtenidos.
- **Analógico:** Se utilizó para estructurar de manera lógica el aspecto teórico de la investigación y los contenidos que se desarrollaron en la aplicación del ABP
- **De Estudio de Seguimiento:** Permitió observar el desarrollo subsecuente de los alumnos en la aplicación de la estrategia del ABP.
- **Estadística:** Este método sirvió para analizar e interpretar los resultados obtenidos luego de la aplicación de la estrategia del ABP.

3.4. DISEÑO O ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

El diseño es de tipo cuasi experimental, con pre y post test, contará con dos grupos: Grupo experimental y grupo de control. El primero contará con 12 participantes, y el segundo con el mismo número, a ambos grupos se aplicará el pre y post test, a través del mismo cuestionario. El grupo de control que emplea el método tradicional o convencional, donde el docente es el protagonista del proceso enseñanza- aprendizaje, es expositivo, magistral, el estudio es individualizado, con metodología interrogativa. Mientras al Grupo experimental se aplicará el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), para observar su efecto en el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes (Cardíacas,

respiratorias, digestivas y renales), en internos de medicina. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. El esquema del diseño a aplicar será el siguiente:

GE O1..... X..... O2

Dónde:

- GE** : Grupo experimental (Internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015).
- O1** : Nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en internos de medicina del hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015, antes de la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas).
- X** : ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) sobre patologías más frecuentes.
- O2** : Nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en internos de medicina del hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. Después de la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas).

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Estará constituida por los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. N = 24.

Unidad de análisis

Estudiantes de medicina que realizan el internado médico en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

Muestra.

Se tomará como muestra al total de internos de medicina del hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. n = 24. Por ser factible.

Se trata de una muestra por conveniencia. Donde a 12 internos de medicina se aplicará el método de ABP, y los otros 12 internos de medicina serán el grupo de control (método convencional).

3.6 ACTIVIDADES DEL PROCESO INVESTIGATIVO

- Abordamiento del aspecto teórico.
- Elaboración de la estrategia metodológica.
- Determinación del diseño de investigación.
- Selección de la población y muestra.
- Determinación de los métodos, técnicas e instrumentos.
- Aplicación del pretest (Cuestionario elaborado por el autor)
- Aplicación de la estrategia del ABP para mejorar el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes en internos de Medicina.
- Aplicación del posttest.
- Análisis e interpretación de los resultados.
- Conclusiones a partir de los resultados.
- Elaboración del informe.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Técnicas

- a) Observación:** permitió registrar el comportamiento de los alumnos del grupo experimental, durante el desarrollo de los contenidos y la aplicación de la estrategia metodológica, así como también del grupo de control durante la aplicación del pre y post test.
- b) Fichaje:** esta técnica se empleó para seleccionar, sistematizar y ordenar informaciones obtenidas para elaborar el marco teórico y conceptual, a través de las fichas bibliográficas y de resumen.
- c) Análisis de tareas:** esta técnica permitió analizar cada uno de los ítems e indicadores para valorar el aprendizaje de los alumnos durante la aplicación de las sesiones de aprendizaje y de la

estrategia metodológica.

- d) **Observación sistemática:** se utilizó para registrar el avance de los alumnos durante el desarrollo de las fases (planificación-redacción-revisión) y comprobar el nivel de significancia de la estrategia.
- e) **Descriptiva:** mediante este método se describió, analizó, e interpretó teóricamente el comportamiento del grupo experimental con respecto a la variable dependiente.
- f) **Estadística descriptiva:** a través de esta técnica se describió los datos obtenidos para cada variable.

Instrumentos:

- a) **Guía de observación:** se utilizó en el proceso de enseñanza aprendizaje de los contenidos y la estrategia metodológica para registrar si el alumno ha cumplido con los criterios establecidos.
- b) **Ficha bibliográfica:** este instrumento permitió seleccionar, sistematizar y organizar la información obtenida de diversas fuentes, para elaborar el marco teórico y conceptual.
- c) **Práctica calificada:** este instrumento de medición se utilizó para verificar el logro de los objetivos preestablecidos, medir los aprendizajes de los alumnos durante el desarrollo de los contenidos y de la estrategia metodológica.
- d) **Pre-test:** se aplicó antes del desarrollo de la estrategia, para conocer el nivel en el que se encuentran los alumnos, con respecto a la variable dependiente.
- e) **Pos-test:** se utilizó después de haber aplicado la estrategia metodológica, para conocer y determinar el grado de significatividad de la estrategia; y finalmente sacar las conclusiones.
- f) **Ficha de contenido:** se utilizó para comprobar el aprendizaje de los alumnos durante el desarrollo de las sesiones y aplicación de la estrategia metodológica.
- g) **Escala valorativa:** se utilizó para determinar el nivel de significancia del aprendizaje, después de la aplicación del método. Fue elaborado por el autor.

VARIABLE	VALORACIÓN	NIVEL	PUNTAJE	CRITERIO
Conocimientos	Excelente	I	18-20	Aplica más del 85%
	Bueno	II	16-17	Aplica entre 70 a 84%
	Regular	III	10-15	Aplica del 50 al 69%
	Malo	IV	05 - 09	Aplica del 25 al 49%
	Deficiente	V	00 - 04	Aplica del 0 al 24%

3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS (VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS)

El presente estudio se realizó en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón Nuevo Chimbote, durante los meses de Agosto a Noviembre del 2015.

El pre test se aplicó a los internos de Medicina en un tiempo promedio de 30 minutos, en el ambiente donde se desarrolló la ejecución del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), Teniendo en cuenta los principios de confidencialidad.

El desarrollo del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) se realizó en 5 sesiones, teniendo en cuenta los planes de las sesiones educativas.

El post test se realizó al finalizar la aplicación del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas).

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Cuestionario

- **Validación:** Se solicitó la opinión de expertos, y la validez estadística se realizó a través del coeficiente de correlación de Pearson.
- **Confiabilidad:** Se utilizó el coeficiente de Alfa de Crombach.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos recolectados se ordenaron y codificaron para fines de la investigación de forma mecánica utilizando Programas Especializados de cómputo: Microsoft Excel 2010 para la base de datos y el software de estadística SPSS.

El análisis estadístico se realizó en sus niveles:

Nivel Descriptivo: se presentan los resultados en tablas unidimensionales y bidimensionales. Se empleó la media aritmética, la mediana, la moda, desviación estándar, coeficiente de variación, frecuencia relativa y simple. Los gráficos se realizaron en software Excel según las variables de estudio.

Nivel Analítico: Se empleó la prueba de hipótesis para diferencia de media: Z (distribución normal estándar). Para la varianza se utilizó la prueba de Levene.

Para determinar la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) se utilizó la prueba estadística paramétrica "t" de Students, con un nivel de significancia de 0.05%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DESCRIPCIÓN

TABLA N° 01

RESULTADOS DEL PRETEST APLICADO AL GRUPO DE CONTROL

NIVEL DEL GRUPO CONTROL - PRETEST			
PUNTAJE	NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%
5 – 9	MALO	2	17%
10 – 15	REGULAR	10	83%
16 – 17	BUENO	0	0%
18 – 20	EXCELENTE	0	0%
Total		12	100%

Fuente: Pretest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 02

INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL PRETEST DEL GRUPO DE CONTROL

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO CONTROL - PRETEST
MEDIA	11,83
MEDIANA	12,50
MODA	13
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,801
VARIANZA	3,242
MÍNIMO	9
MÁXIMO	14

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 01
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DEL PRETEST
APLICADO AL GRUPO DE CONTROL

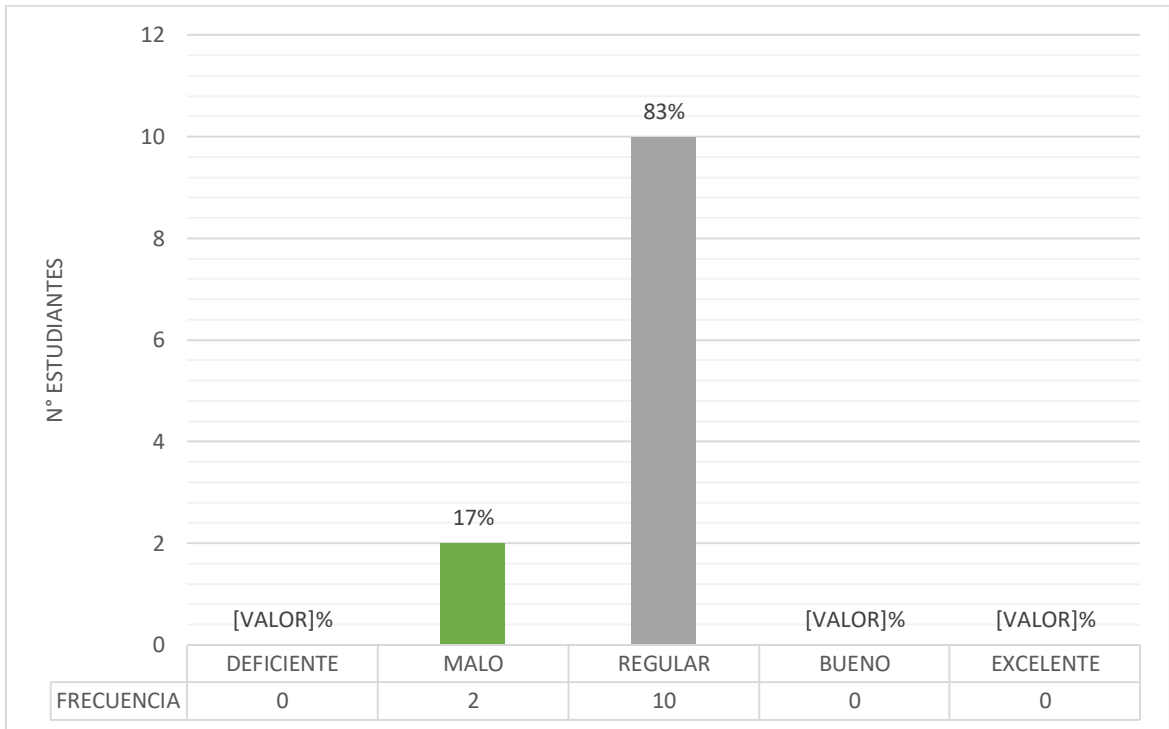
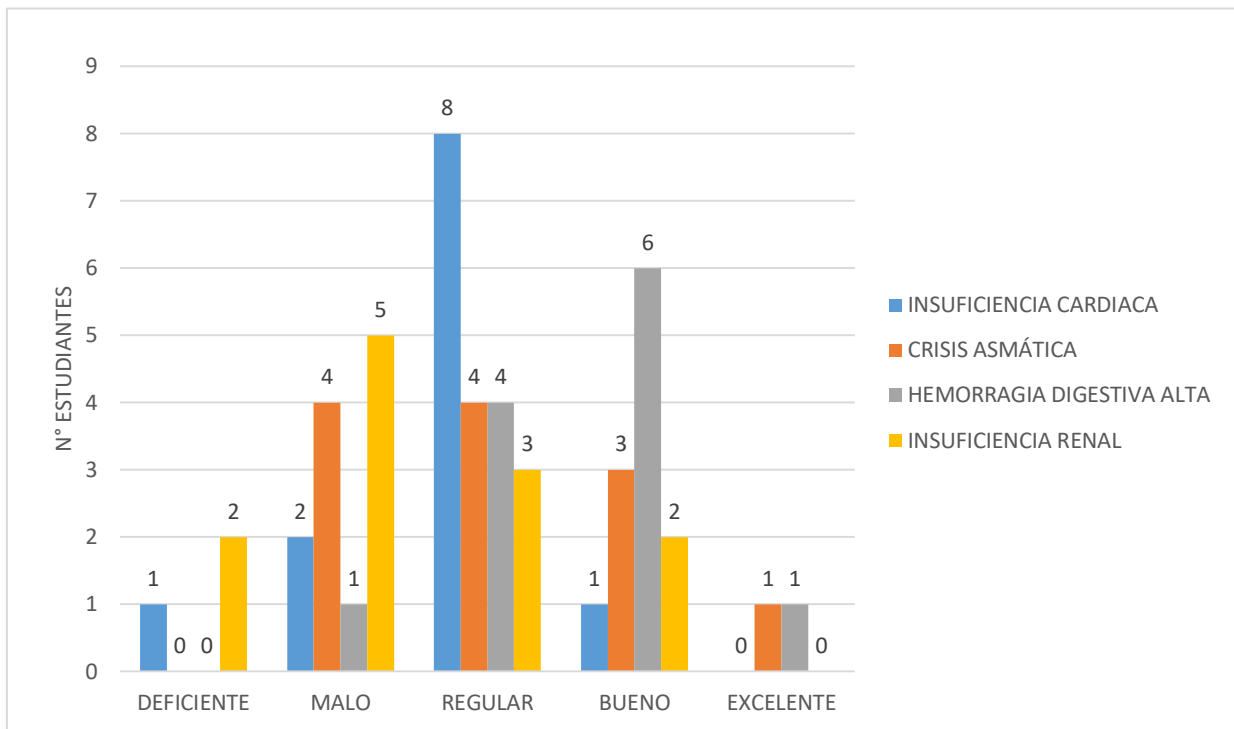


GRÁFICO N° 02
RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL PRETEST APLICADO AL GRUPO DE CONTROL



INTERPRETACIÓN:

Los resultados del pretest obtenidos por el grupo de control evidencian que los estudiantes se encuentran en su mayoría en un nivel regular en cuanto a conocimientos sobre patologías comunes.

En la tabla N° 01 se observa que la muestra estuvo conformada por 12 estudiantes, de los cuales 10 (83%) se encuentran en un nivel regular con un calificativo oscilante entre 10 y 15. Asimismo apreciamos que dos estudiantes (17%) se ubicaron en un nivel malo, el cual contiene a aquellos estudiantes que alcanzaron puntajes entre 05 y 09. Como se puede apreciar, no hubo estudiantes situados en los niveles bueno o excelente, es decir, ningún estudiante obtuvo calificativos mayores a 16.

La distribución de puntajes de acuerdo a las cuatro patologías consideradas en el pretest se muestran en el gráfico N° 02, el cual evidencia mayor desconocimiento de los estudiantes en lo referente a la insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca; mientras que en las patologías de crisis asmática y hemorragia digestiva alta revelan mayor saberes previos.

En la tabla N° 02 se describen los resultados estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo es de 11,83, el cual es el valor promedio representativo. La **mediana** es de 12,50, lo que significa que la mitad del grupo alcanzó menor o igual calificativo, mientras que la otra mitad igual o mayor puntaje. Con respecto a la **moda**, esta es de 13, lo que indica que es el puntaje que más se repite en el pretest. La **desviación estándar** es 1,801, lo que significa que las calificaciones son de 10 y 14 de si tomamos en cuenta que la media es de 12. La **varianza** es 3,242, la cual indica una dispersión leve con respecto a su media.

TABLA N° 03**RESULTADOS DEL PRETEST APLICADO AL GRUPO EXPERIMENTAL**

NIVEL DEL GRUPO EXPERIMENTAL - PRETEST			
PUNTAJE	NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%
5 – 9	MALO	1	8.5%
10 – 15	REGULAR	10	83%
16 – 17	BUENO	1	8.5%
18 – 20	EXCELENTE	0	0%
Total		12	100%

Fuente: Pretest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 04**INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL PRETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL**

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO EXPERIMENTAL- PRETEST
MEDIA	12,17
MEDIANA	11,50
MODA	11
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2,167
VARIANZA	4,697
MÍNIMO	9
MÁXIMO	16

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 03
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DEL PRETEST
APLICADO AL GRUPO EXPERIMENTAL

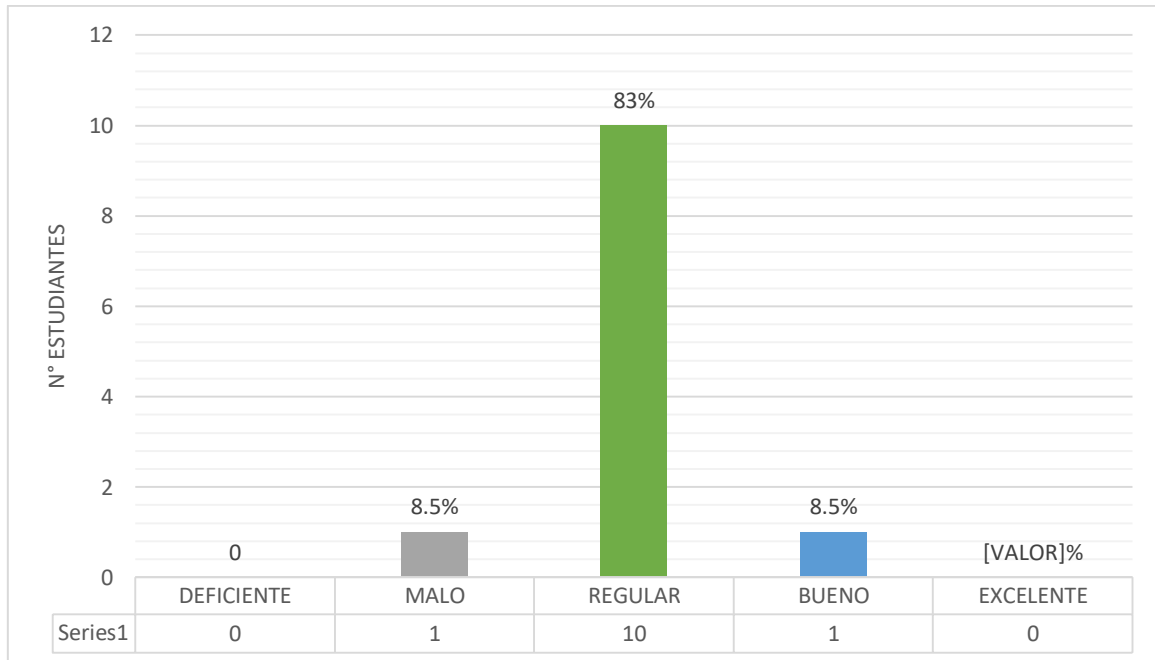
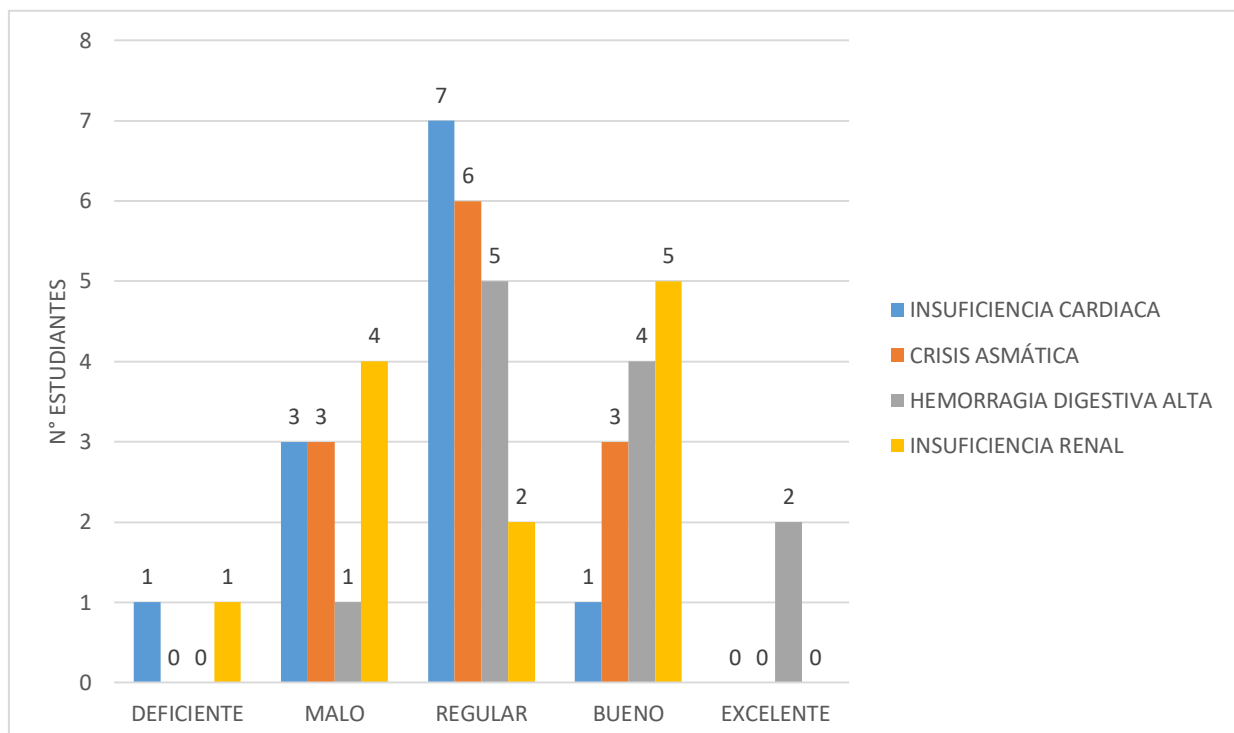


GRÁFICO N° 04
RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL PRETEST APLICADO AL GRUPO
EXPERIMENTAL



INTERPRETACIÓN:

Los resultados del pretest obtenidos por el grupo experimental son muy similares a los obtenidos por el grupo de control.

En la tabla N° 03 se observa que la muestra estuvo conformada por 12 estudiantes, de los cuales, al igual que en el grupo de control, 10 (83%) se encuentran en un nivel regular con un calificativo oscilante entre 10 y 15. También se observa que un estudiante (8.5%) obtuvo un calificativo entre 05 y 09, ubicándolo en un nivel malo y finalmente, que solo un estudiante (8.5%) alcanzó una nota correspondiente al nivel bueno. En este grupo tampoco hubo estudiantes situados en el nivel excelente, es decir, ningún estudiante obtuvo calificaciones mayores a 18.

La distribución de puntajes de acuerdo a las cuatro patologías consideradas en el pretest del grupo experimental se muestran en el gráfico N° 04, el cual evidencia los mismo resultados que el grupo control, es decir, mayor desconocimiento de los estudiantes en lo referente a la insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca; mientras que en las patologías de crisis asmática y hemorragia digestiva alta se revelan mayor saberes previos.

En la tabla N° 04 se describen los resultados estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo es de 12,17, el cual es el valor promedio representativo. La **mediana** es de 11,50, lo que significa que la mitad del grupo alcanzó menor o igual calificativo, mientras que la otra mitad igual o mayor puntaje. Con respecto a la **moda**, esta es de 11, lo que indica que es el puntaje que más se repite en el pretest. La **desviación estándar** es 2,167, lo que significa que las calificaciones son de 10 y 14 de si tomamos en cuenta que la media es de 12. La **varianza** es 4,697, la cual indica una dispersión leve con respecto a su media.

TABLA N° 05**COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PRETEST ENTRE LOS GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL**

NIVELES DEL GRUPO – PRETEST					
PUNTAJE	NIVEL	N° DE ALUMNOS		PORCENTAJE (%)	
		G.C.	G.E.	G.C.	G.E.
0 – 4	DEFICIENTE	0	0	0%	0%
5 – 9	MALO	2	1	17%	8.5%
10 – 15	REGULAR	10	10	83%	83%
16 – 17	BUENO	0	1	0%	8.5%
18 – 20	EXCELENTE	0	0	0%	0%
Total		12	12	100%	100%

Fuente: Pretest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 06**INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL PRETEST GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL**

INDICADORES ESTADÍSTICOS	PRETEST	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
MEDIA	11,83	12,17
MEDIANA	12,50	11,50
MODA	13	11
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,801	2,167
VARIANZA	3,242	4,697
MÍNIMO	9	9
MÁXIMO	14	16

Fuente: IBIDEM

IGUALDAD DE VARIANZA

P-valor $\geq \alpha$ Aceptar H_0 : las varianzas son iguales

P-valor $< \alpha$ Aceptar H_1 : existe diferencia significativa entre las varianzas

P-valor = 0,651	>	$\alpha = 0.05$
------------------------	-------------	-----------------------------------

Se empleó la Prueba de Levene y el resultado **P-valor = 0,651** es mayor que **$\alpha = 0.05$** , por lo que se concluye que **las varianzas de ambos grupos son iguales al momento de la aplicación del pretest.**

PRUEBA T DE STUDENT

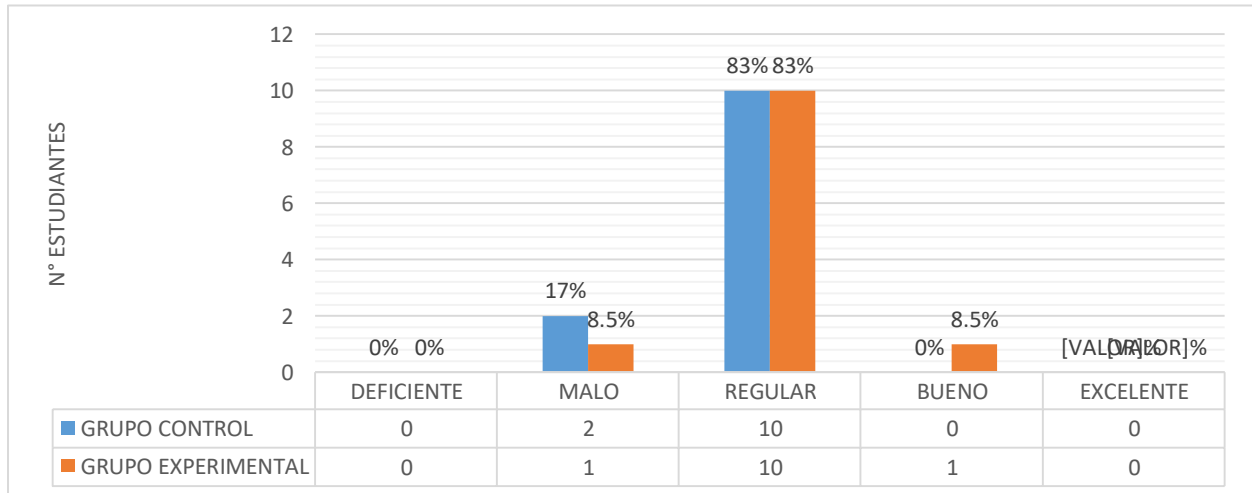
Si la probabilidad obtenida **P-valor $\leq \alpha$, rechace H_0 (se acepta H_1)**

Si la probabilidad obtenida **P-valor $> \alpha$ no rechace H_0 (se acepta H_0)**

P-valor = 0,686	>	$\alpha = 0.05$
------------------------	-------------	-----------------------------------

Al aplicar la prueba T de Student, para comparar las medias de los resultados del pretest de ambos grupos, se obtuvo un valor de **0,686 mayor que $\alpha = 0.05$** , por lo que se concluye que no existe diferencia significativa en las calificaciones obtenidas por el grupo control y experimental al momento de la aplicación del pretest.

GRÁFICO N° 05
COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS
RESULTADOS DEL PRETEST APLICADO A LOS GRUPOS CONTROL Y
EXPERIMENTAL



Fuente: Pretest de conocimiento de patologías más frecuentes

INTERPRETACIÓN:

Comparando los resultados obtenidos luego de administrar el pretest a los grupos control y experimental (ver gráfico N° 05) se observa que ambos grupos obtuvieron muy similares valores numéricos. Ambos grupos (ver cuadro N° 05) obtuvieron un total de 10 estudiantes (83 %) situados en el nivel regular, los cuales alcanzaron un calificación entre 10 y 15. En el grupo control los dos estudiantes restantes (17%) se ubicaron en un nivel malo; mientras que en el grupo experimental se repartió 1 (8.5%) en nivel malo y el otro (8.5%) en el nivel bueno. No se alcanzó en ambos grupo estudiantes situados en el nivel excelente, es decir, estudiante que hayan pasado del calificación 18.

En la tabla N° 06 se describen los resultados estadísticos correspondientes al pretest de ambos grupos, observándose que la **media aritmética** es de correspondiente es de 11,83 para el grupo de control y 12,17 para el experimental, lo cual evidencia que no hay una diferencia notable. Asimismo, la **mediana** es de 12,50 y 11,50 respectivamente, demostrándose que tampoco existe mucha diferencia en este aspecto. Con respecto a la **moda**, el puntaje que más se repite en el pretest del grupo de control es 13, mientras

que en el grupo experimental es 11 el calificativo más recurrente. Al ver la **desviación estándar**, en el grupo de control es 1,801 y en el experimental 2,168, siendo ligera la distancia de los puntajes con respecto a la media en ambos grupos. En cuanto a la **varianza**, se empleó la prueba de Prueba de Levene concluyendo que las varianzas de ambos grupos fueron iguales al momento de la aplicación del pretest.

Para poder establecer la comparación de las medias de ambos grupos, se aplicó la T de Student demostrando que no existe diferencia significativa en las calificaciones obtenidas por el grupo control y experimental al momento de la aplicación del pretest, lo cual indica que ambos grupos partieron de iguales condiciones.

TABLA N° 07

RESULTADOS DEL POSTEST APLICADO AL GRUPO DE CONTROL

NIVEL DEL GRUPO CONTROL - POSTEST			
PUNTAJE	NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%
5 – 9	MALO	0	0%
10 – 15	REGULAR	7	58%
16 – 17	BUENO	5	42%
18 – 20	EXCELENTE	0	0%
Total		12	100%

Fuente: Postest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 08

INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL POSTEST DEL GRUPO DE CONTROL

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO CONTROL - POSTEST
MEDIA	14,83
MEDIANA	14,50
MODA	14a
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,749
VARIANZA	3,061
MÍNIMO	12
MÁXIMO	17

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 06

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DEL POSTEST
APLICADO AL GRUPO DE CONTROL**

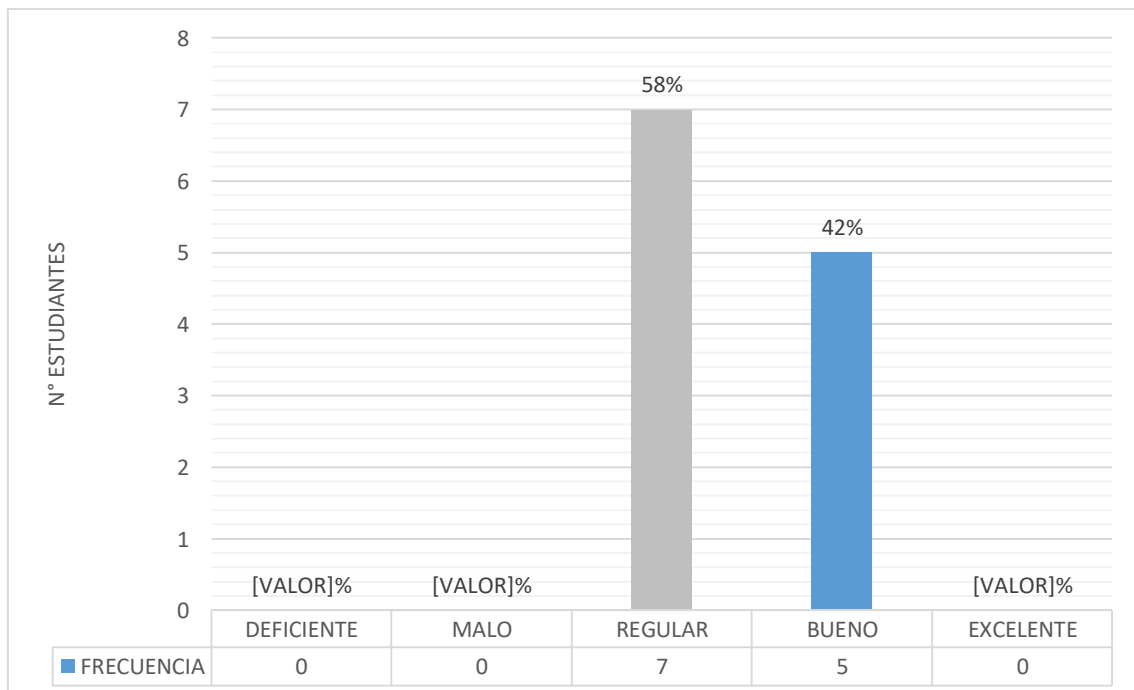
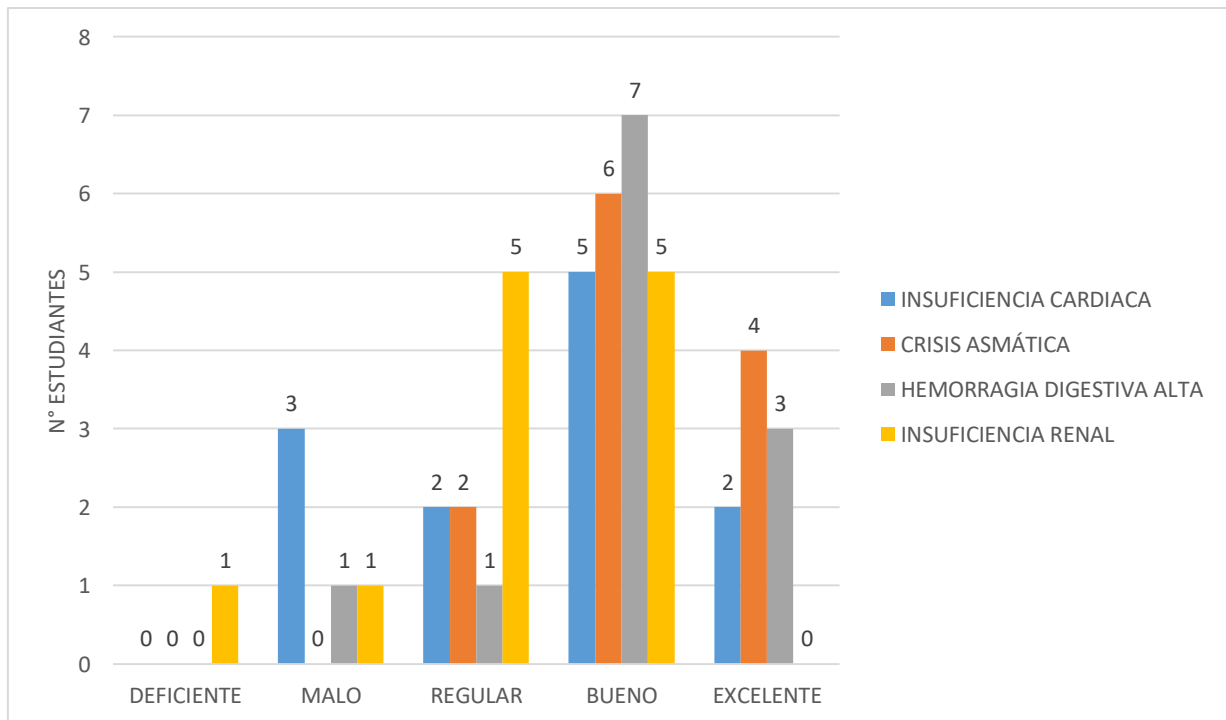


GRÁFICO N° 07
RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL POSTEST APLICADO AL GRUPO CONTROL



INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 06 se observan los resultados obtenidos luego de aplicar el postest al grupo de control. En la tabla N° 07 se observa que de los 12 estudiantes, 7 (58%) persistieron en el nivel regular, con un calificación oscilante entre 10 y 15. Se observa, sin embargo, un incremento en el nivel bueno, con 5 estudiantes (42%) que alcanzaron puntajes entre 16 y 17. Asimismo, al igual que en los resultados obtenidos en el pretest ningún estudiante logró un nivel excelente, es decir, ninguno pasó del calificación 17.

La distribución de puntajes de acuerdo a las cuatro patologías consideradas en el postest se muestran en el gráfico N° 07, el cual evidencia que persiste un mayor desconocimiento de los estudiantes en lo referente a la insuficiencia renal; mientras que en la crisis asmática revela mayor nivel de conocimientos.

En la tabla N° 08 se describen los resultados estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo es de 14,83, el cual es el valor promedio representativo. La **mediana** es de 14,50, lo que significa que la mitad del grupo alcanzó menor o igual calificativo, mientras que la otra mitad igual o mayor puntaje. Con respecto a la **moda**, esta es de 14, lo que indica que es el puntaje que más se repite en el postest. La **desviación estándar** es 1,749, con lo que se manifiesta el promedio de variabilidad de los datos con respecto a su media. Finalmente la **varianza** es 3,061, la cual indica una dispersión moderada con respecto a su media.

TABLA N° 09

RESULTADOS DEL POSTEST APLICADO AL GRUPO EXPERIMENTAL

NIVEL DEL GRUPO EXPERIMENTAL - POSTEST			
PUNTAJE	NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%
5 – 9	MALO	0	0%
10 - 15	REGULAR	3	25%
16 - 17	BUENO	7	58%
18 - 20	EXCELENTE	2	17%
Total		12	100%

Fuente: Postest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 10

**INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL**

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO EXPERIMENTAL - POSTEST
MEDIA	16,08
MEDIANA	16,00
MODA	16
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,165
VARIANZA	1,356
MÍNIMO	14
MÁXIMO	18

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 08

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DEL POSTEST
APLICADO AL GRUPO EXPERIMENTAL**

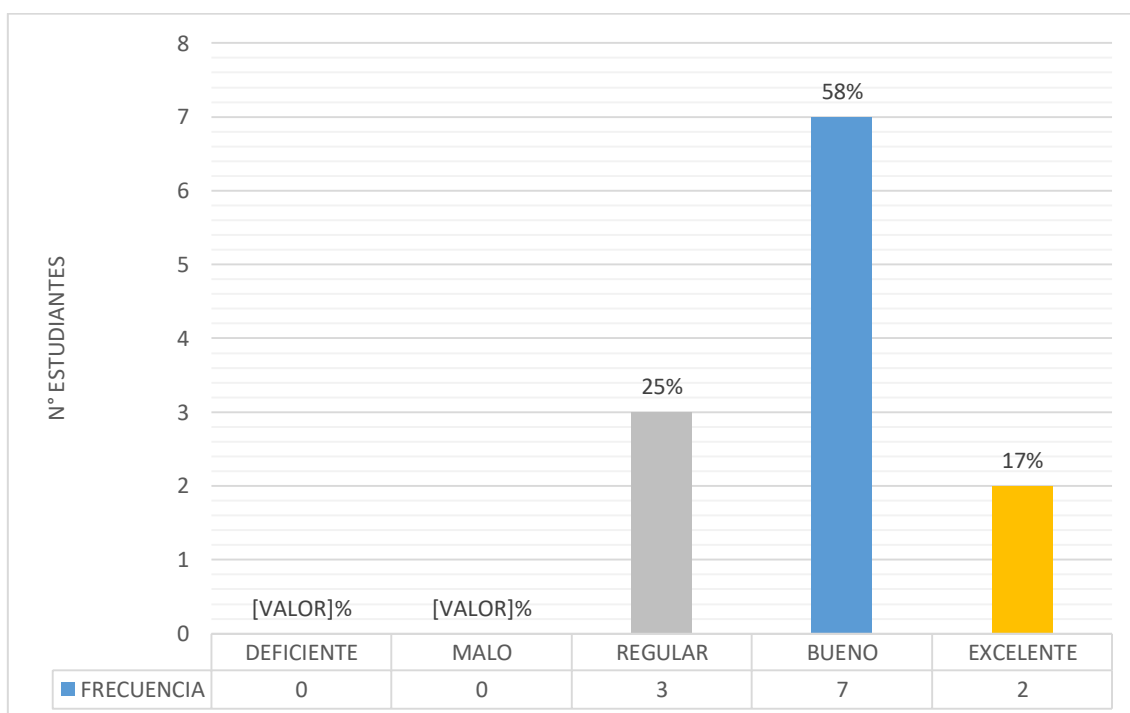
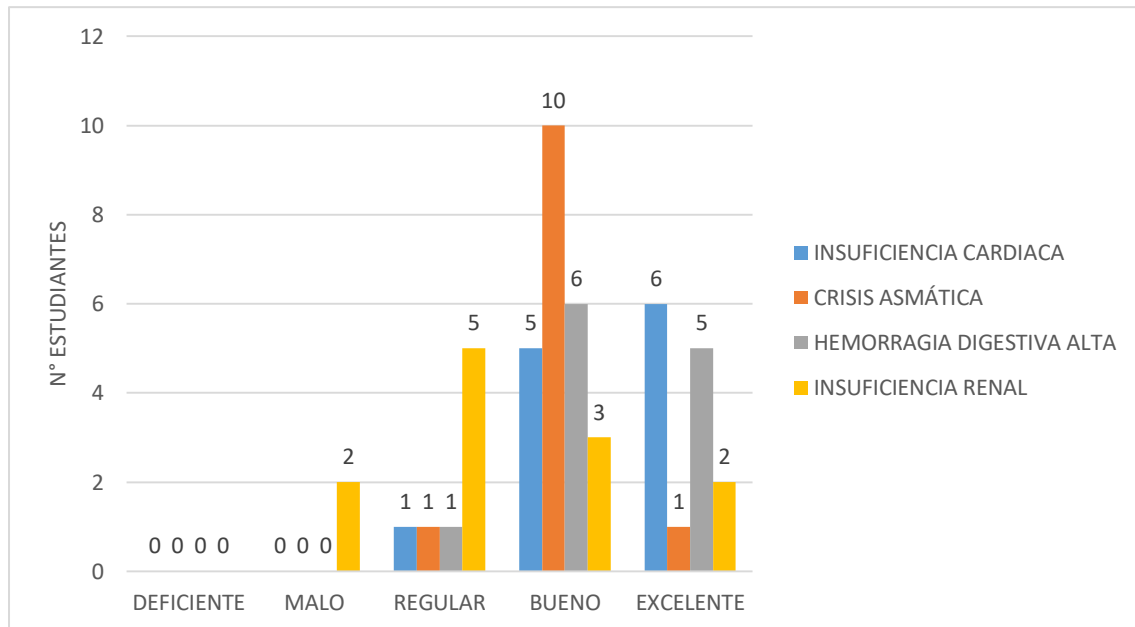


GRÁFICO N° 09
RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL POSTEST APLICADO AL GRUPO
EXPERIMENTAL



INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 08 se observan los resultados obtenidos luego de aplicar el posttest al grupo experimental es decir, después de aplicar el Aprendizaje Basado en Problemas. En la tabla N° 09 se observa que de los 12 estudiantes, solo 3 estudiantes (25%) se ubican en el nivel regular, con un calificación oscilante entre 10 y 15. Se observa, sin embargo, que un incremento en el nivel bueno, con 7 estudiantes (58%) que alcanzaron puntajes entre 16 y 17. Por último, ubicándose en un nivel también de significancia, 2 estudiantes (17%) lograron un nivel de excelencia con un puntaje oscilante entre 18 y 20.

La distribución de puntajes de acuerdo a las cuatro patologías consideradas en el posttest se muestran en el gráfico N° 09, el cual evidencia que persiste un pequeño porcentaje en el desconocimiento de los estudiantes en lo referente a la insuficiencia renal; mientras que las otras tres patologías, crisis asmática, hemorragia digestiva alta e insuficiencia, cardíaca muestran altos índice de conocimientos, sobre todo las dos últimas.

En la tabla N° 10 se describen los resultados estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo es de 16,08, el cual es el valor promedio representativo. La **mediana** es de 16, lo que significa que la mitad del grupo alcanzó menor o igual calificativo, mientras que la otra mitad igual o mayor puntaje. Con respecto a la **moda**, esta es de 16, lo que indica que es el puntaje que más se repite en el postest. La **desviación estándar** es 1,165, con lo que se manifiesta el promedio de variabilidad de los datos con respecto a su media. Finalmente la **varianza** es 1,165, la cual indica una dispersión muy leve con respecto a su media.

TABLA N° 11

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL POSTEST ENTRE LOS GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

NIVEL DEL GRUPO - POSTEST					
PUNTAJE	NIVEL	N° DE ALUMNOS		PORCENTAJE	
		G.C.	G.E.	G.C.	G.E.
0 – 4	DEFICIENTE	0	0	0%	0%
5 – 9	MALO	0	0	0%	0%
10 – 15	REGULAR	7	3	58%	25%
16 – 17	BUENO	5	7	42%	58%
18 – 20	EXCELENTE	0	2	0%	17%
Total		12	12	100%	100%

Fuente: Postest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 12

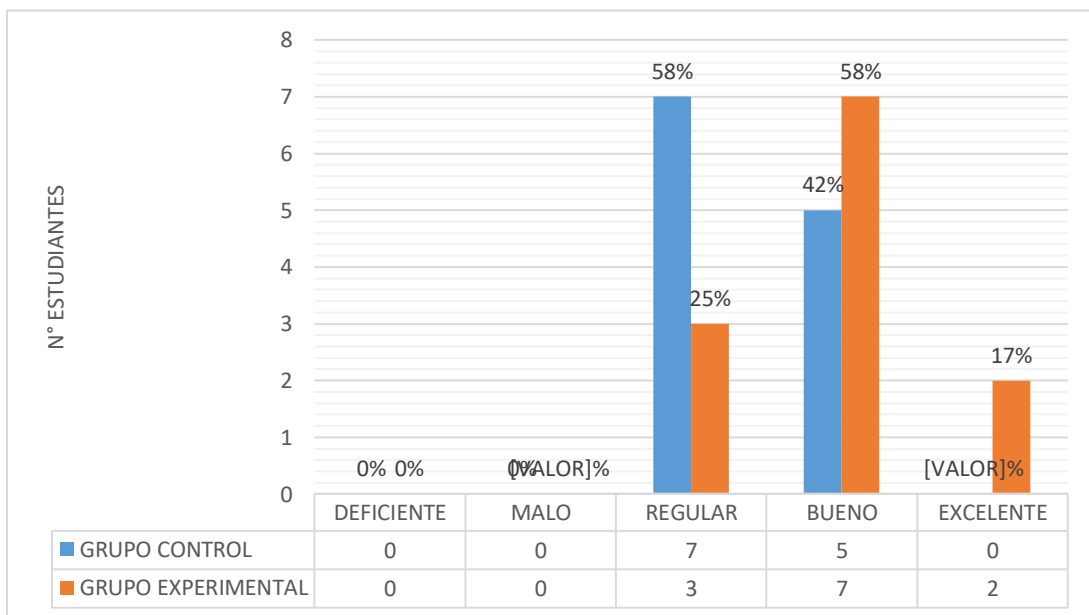
INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL POSTEST DEL GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

INDICADORES ESTADÍSTICOS	POSTEST	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
MEDIA	14,83	16,08
MEDIANA	14,50	16,00
MODA	14a	16
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,749	1,165
VARIANZA	3,061	1,356
MÍNIMO	12	14
MÁXIMO	17	18

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 10

COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DEL POSTEST APLICADO A LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL



PRUEBA DE HIPÓTESIS

H_i: La aplicación del ABP mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre patologías frecuentes.

H₀: La aplicación del ABP no mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre patologías frecuentes.

IGUALDAD DE VARIANZA

P-valor \geq α Aceptar H₀: las varianzas son iguales

P-valor $<$ α Aceptar H_i: existe diferencia significativa entre las varianzas

P-valor = 0,041	<	$\alpha = 0.05$
------------------------	-------------	-----------------------------------

Se empleó la prueba de Levene y el resultado **P-valor = 0,041 es menor que $\alpha = 0.05$** , por lo que se concluye que **existe diferencia significativa entre las varianzas**

PRUEBA T DE STUDENT

Criterio para decidir

Si la probabilidad obtenida **P-valor \leq α , rechace H₀ (se acepta H_i)**

Si la probabilidad obtenida **P-valor $>$ α no rechace H₀ (se acepta H₀)**

P-valor = 0,049	\leq	$\alpha = 0.05$
------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Al aplicar la prueba T de Student a los resultados del postest de ambos grupos, se obtuvo un valor de **0,049 menor que $\alpha = 0.05$** , por lo que se acepta la **H_i: la aplicación del ABP mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre patologías frecuentes.**

INTERPRETACIÓN:

Comparando los resultados obtenidos luego de administrar el postest a los grupos control y experimental (ver gráfico N° 10) se observa una notable diferencia con respecto a los niveles alcanzados por los estudiantes en ambos niveles. En el gráfico N° 10 se observa que 7 estudiantes (58%) del grupo de control se ubicaron en nivel regular; por su parte solo 3 estudiantes (25%) se encasillaron en estos niveles, procedentes del grupo experimental. En el nivel bueno, el grupo de control obtuvo 5 estudiantes (42%), mientras que en el experimental el número mejoró evidentemente a 7 estudiantes (58%). En el nivel excelente, ningún estudiante del grupo control logró un calificativo entre 18 y 20, mientras que en el experimental se aprecia una notable mejoría debido a los 2 estudiantes (17%) que lograron calificativos significativos. Por último, hay que resaltar que ningún estudiante se ubicó en los niveles deficiente y malo.

En la tabla N° 12 se describen los resultados estadísticos correspondientes al postest de ambos grupos, observándose que la **media aritmética** es de 14,83 para el grupo de control y 16,08 para el experimental, lo cual evidencia un incremento del primero con respecto al segundo. Asimismo, la **mediana** es de 14,50 y 16,00 respectivamente, avalándose una diferencia también en este aspecto. Con respecto a la **moda**, el puntaje que más se repite en el postest del grupo de control es 14, mientras que en el grupo experimental es 16 el calificativo más recurrente. Al ver la **desviación estándar**, en el grupo de control es 1,749 y en el experimental 1,165, siendo ligera la distancia de los puntajes con respecto a la media en ambos grupos. Por último la **varianza** es 3,061 en el grupo de control y 1,356 en el experimental.

Para realizar la comparación de medias, primero se empleó la Prueba de Levene concluyendo que existe una diferencia significativa entre las varianzas, en el antes y después de la aplicación del ABP. Finalmente, al aplicar la prueba T de Student a los resultados del postest de ambos grupos, se confirmó la hipótesis de la investigación: la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre patologías frecuentes.

TABLA N° 13**COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PRETEST Y POSTEST EN EL GRUPO DE CONTROL**

GRUPO CONTROL					
PUNTAJE	NIVEL	PRETEST		POSTEST	
		N° ALUMNOS	%	N° ALUMNOS	%
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%	0	0%
5 – 9	MALO	2	17%	0	0%
10 – 15	REGULAR	10	83%	7	58%
16 – 17	BUENO	0	0%	5	42%
18 – 20	EXCELENTE	0	0%	0	0%
Total		12	100	12	100

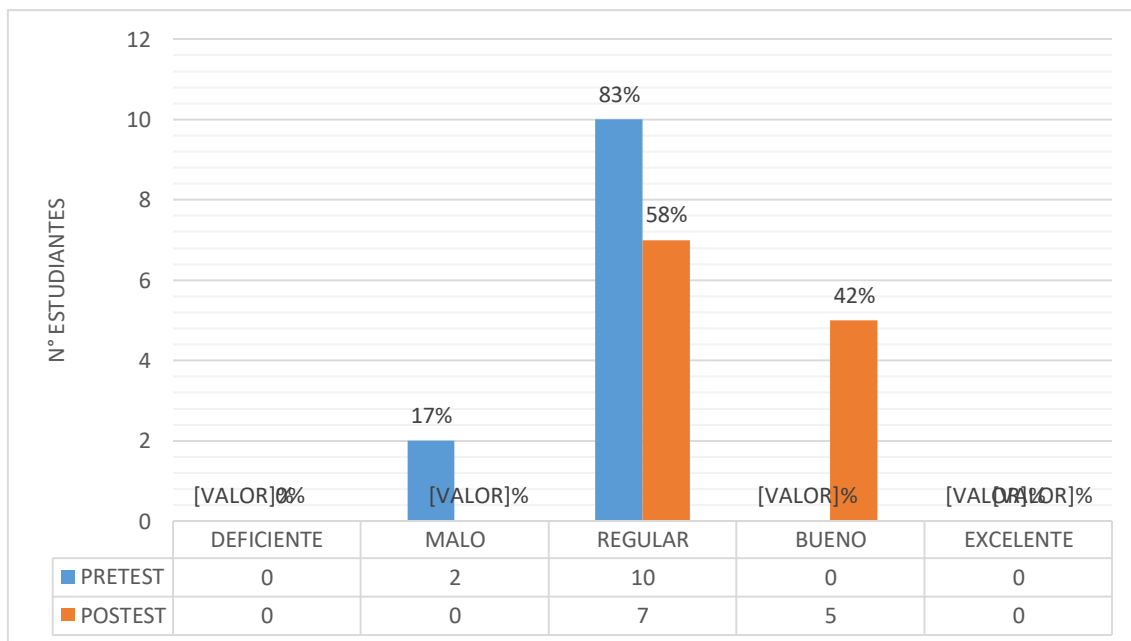
Fuente: Pretest y Posttest de conocimiento de patologías más frecuentes

TABLA N° 14**INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL PRETEST Y POSTEST EN EL GRUPOS DE CONTROL**

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO CONTROL	
	PRETEST	POSTEST
MEDIA	11,83	14,83
MEDIANA	12,50	14,50
MODA	13	14a
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,801	1,749
VARIANZA	3,242	3,061
MÍNIMO	9	12
MÁXIMO	14	17

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 11
COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS
RESULTADOS DEL PRETEST Y POSTEST APLICADO AL GRUPO DE
CONTROL



Fuente: Pretest y Postest del grupo de control

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 11 se muestran de manera comparativa los resultados del pretest y postest del grupo de control, evidenciándose la incidencia de una falta de estrategia.

En la tabla N° 13 se observa que de los 12 estudiantes, 2 alumnos (17%) se ubican en el nivel malo en el pretest, mientras que en el postest esta cifra desciende a 0 estudiantes. En el nivel regular, se encuentra 10 estudiantes (83%) en el pretest, frente a los 7 (58%) del postest. En cuanto al nivel bueno, ningún estudiante logró ubicarse en este en el pretest, sin embargo en el postest 05 estudiantes (42%) logró este nivel. Ningún estudiante en ambas pruebas logró un nivel excelente.

En la tabla N° 14 se describen los indicadores estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo en el pretest es de 11,83 y 14,83 en el posttest, obteniéndose una ganancia interna de **3 puntos**, con la cual podemos evidenciar una mejoría mínima con respecto a la aplicación de la estrategia.

TABLA N° 15

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PRETEST Y POSTEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

GRUPO EXPERIMENTAL					
PUNTAJE	NIVEL	PRETEST		POSTEST	
		N° ALUMNOS	%	N° ALUMNOS	%
0 – 4	DEFICIENTE	0	0%	0	0%
5 – 9	MALO	1	8%	0	0%
10 – 15	REGULAR	10	83%	3	25%
16 – 17	BUENO	1	8%	7	58%
18 – 20	EXCELENTE	0	0%	2	17%
Total		12	100	12	100

Fuente: Pretest y Posttest de conocimiento de patologías más frecuentes

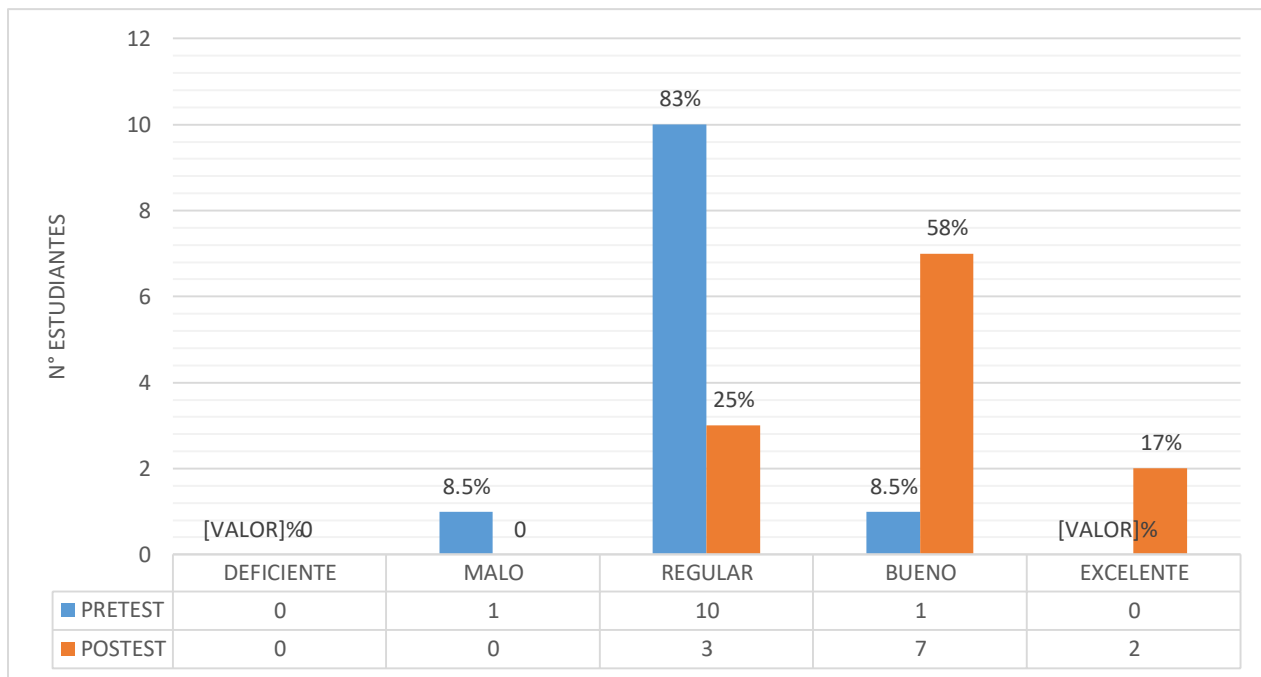
TABLA N° 16

INDICADORES ESTADÍSTICOS DEL PRETEST Y POSTEST EN EL GRUPOS EXPERIMENTAL

INDICADORES ESTADÍSTICOS	GRUPO EXPERIMENTAL	
	PRETEST	POSTEST
MEDIA	12,17	16,08
MEDIANA	11,50	16,00
MODA	11	16
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2,167	1,165
VARIANZA	4,697	1,356
MÍNIMO	9	14
MÁXIMO	16	18

Fuente: IBIDEM

GRÁFICO N° 12
COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS
RESULTADOS DEL PRETEST Y POSTEST APLICADO AL GRUPO
EXPERIMENTAL



Fuente: Pretest y Postest del grupo experimental.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°12 se muestran de manera comparativa los resultados del pretest y postest del grupo experimental, evidenciándose la incidencia de la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) para mejorar el nivel de conocimiento de las patologías más comunes. Se observa que antes de la aplicación de la estrategia, los estudiantes se encontraban en los niveles malo (8.5%), regular (83%) y Bueno (8.5%), con calificaciones entre 5 y 16. Después de aplicarse la estrategia, 02 estudiantes (17%) alcanzaron un nivel excelente, 07 (58%) lograron un nivel bueno y solo 03 (25%) un nivel regular.

En la tabla N° 16 se describen los indicadores estadísticos, donde la **media aritmética** correspondiente a este grupo en el pretest es de 12,17 y 16,08 en el postest, obteniéndose una ganancia interna de **4 puntos**, con la cual podemos evidenciar una mejoría significativa, gracias a la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas.

4.2. DISCUSIÓN

Muchas publicaciones manifiestan que el método del aprendizaje basado en problemas (ABP), está dando buenos resultados en la enseñanza aprendizaje en el pregrado en diferentes escuelas de diversas Universidades del mundo, incluso en el Perú algunas facultades de Medicina y otras escuelas académicas lo están poniendo en práctica para mejorar el nivel de conocimiento de sus estudiantes. Pero en nuestro país al igual que en otros países, carecemos de estudios, trabajos y datos estadísticos suficientes que demuestren que la aplicación de este método de enseñanza aprendizaje mejore el nivel de conocimiento en las patologías más frecuentes que enfrenta el interno de Medicina durante su año de internado.

En el presente estudio los resultados del pre test aplicados al grupo de control y al grupo experimental demuestran que hay mayor desconocimiento en la patología de Insuficiencia renal aguda e insuficiencia cardiaca, y que existe mayor saber en las patologías de Crisis asmática y hemorragia digestiva alta. En la comparación de los resultados del grupo de control y el grupo experimental, aplicando la Prueba T de student no existe diferencia significativa en las calificaciones. Así como no hay diferencia en la media aritmética, mediana, ni varianza entre ambos grupos.

Los resultados del postest del grupo de control destaca que 7(58%) alumnos alcanzaron el nivel regular con notas que varían de 10 a 15; 5(42%) alumnos alcanzaron el nivel bueno con notas que varían de 16 a 17, y que hay más desconocimiento en la patología de Insuficiencia renal aguda, y hay mayor conocimiento en la patología de crisis asmática. En este grupo control la media aritmética es de 14.83, la mediana 14,50, la moda de 14, la desviación estándar de 1,743, la varianza de 3,061, con una dispersión moderada.

Los resultados de la aplicación del postest en el grupo experimental, 3(25%) alumnos alcanzaron el nivel regular con notas que varían de 10 a

15; 7(58%) alumnos alcanzaron el nivel bueno con notas de 16 a 17; 2(17%) alumnos obtuvieron el nivel excelente con notas de 18 a 20. Y permanece un pequeño porcentaje con desconocimiento en la patología de Insuficiencia renal aguda, y un alto índice de conocimiento en las patologías de Crisis asmática, Hemorragia digestiva alta e insuficiencia cardiaca. La media aritmética de 16,08, la mediana de 16, moda de 16, desviación estándar de 1,165, varianza de 1,165, con una dispersión muy leve.

Comparando el postest del grupo de control y el grupo experimental, en la Igualdad de varianza aplicando la Prueba de Levene = P-valor = 0.045 menor alfa 0.05. Existe diferencia significativa. Aplicando la Prueba de T de student 0.049 que es menor que alfa = 0.05. Se acepta la H1: la aplicación del ABP mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre patologías más frecuentes. Nivel regular: 7(58%) alumnos del grupo control y 3(25%) alumnos del grupo experimental. Nivel bueno: 5(42%) alumnos del grupo control y 7(58%) alumnos del grupo experimental. Nivel excelente 0 alumnos del grupo control y 2(17%) alumnos del grupo experimental. Se destaca que ningún alumno está en el nivel deficiente ni malo. En la comparación de medias con la prueba de Levene se determina que existe diferencia significativa entre las variaciones en el antes y después de la aplicación del ABP. Y con la aplicación de la prueba de T de student se confirma la hipótesis de la investigación: La aplicación del ABP mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre las patologías más frecuentes (Insuficiencia cardiaca, crisis asmática, hemorragia digestiva alta e Insuficiencia renal aguda).

Comparando los resultados del Pre y Postest en el grupo de control se tiene que 2(17%) alumnos estuvieron en el nivel deficiente en el pretest, mientras que en el postest ningún alumno estuvo en este nivel; 10(83%) alumnos alcanzaron el nivel regular en el pretest, mientras que 7(58%) alumnos estuvieron en el nivel regular en el postest. Ningún alumno en el nivel bueno en el pretest, mientras que 5(42%) alcanzó el nivel bueno en el postest. Ningún alumno alcanzó el nivel excelente en el pre y postest. La

media aritmética del pretest fue de 11.83, y de 14.83 posttest. Que determina una ganancia de 3 puntos que representa una mejora mínima.

Comparando los resultados del pre y Posttest en el grupo experimental se tiene que antes de aplicar el ABP en el pretest 1(8.5%) alumno estuvo en el nivel malo, 10(83%) alumnos en el nivel regular, y 1 (8.5%) alumno en el nivel bueno. Después de aplicar el método de ABP en el posttest: 2(17%) alumnos alcanzaron el nivel excelente, 7(58%) alumnos alcanzaron el nivel bueno y 3(25%) alumnos alcanzaron el nivel regular, ningún alumno estuvo en el nivel malo ni deficiente. La media aritmética en el Pretest fue de 12.17 y de 16.08 en el Posttest, que muestra una ganancia interna de 4 puntos y esto determina que mejora significativamente gracias a la aplicación del ABP.

Observando los resultados del pretest del grupo de control y experimental el 83% de ambos estuvo en el nivel regular, que concuerda con el trabajo publicado por el Dr. Gutiérrez, (2005). Sobre conocimientos, actitudes y prácticas, sobre protección solar en internos de Medicina de cinco hospitales generales en Lima y Callao que determina que los internos de Medicina presentan en general un nivel de conocimiento intermedio o bajo sobre protección solar. Asimismo concuerda con el trabajo publicado por el Dr. Saucedo, (2013). Sobre conocimientos y prácticas de Bioseguridad en Internos de Medicina Humana en el hospital de Lambayeque, en el que manifiesta: Los internos de medicina tienen un nivel de conocimiento regular y la mayoría practican parcialmente las medidas de bioseguridad durante la atención de los pacientes. Y se discrepa con el trabajo del Dr. Palma, N (2009). En el cual nos muestra que solamente el 23% del personal de salud conoce sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica. De igual modo se discrepa con el estudio del Dr. Jasso, A (2011), que concluye que el nivel de conocimiento del personal Médico del servicio de urgencias es en general insuficiente con respecto al manejo inicial del paciente intoxicado, por lo cual debería implementarse programas que ayuden a mejorar este aspecto.

En relación a la comparación de los resultados del pre y postest del grupo experimental, y luego de la aplicación del ABP, 2(17%) alumnos alcanzaron el nivel excelente, 7 (58%) alumnos alcanzaron el nivel bueno, y 3 (25%) el nivel regular, ningún alumno estuvo en el nivel malo ni deficiente. Que concuerda con el estudio de Trejo, J; Larios, H (1998) "Evaluación de la competencia clínica de los alumnos al iniciar el internado Médico de pregrado". Concluyó que los resultados obtenidos corroboraron las ventajas de este instrumento, que lo hace idóneo para evaluar íntegramente las capacidades clínicas y para detectar el grado de avance y las deficiencias en el desarrollo de estas. Lo que justifica su aplicación en el proceso formativo de los Médicos. Y que concuerda parcialmente con el estudio publicado por Gómez, V (2009) "Evaluación del impacto del internado de pregrado en la solución de problemas clínicos", en el que destaca la aptitud clínica mejoró al término del internado de pregrado y ubicándose el 22% de los alumnos en el nivel medio de la escala de desarrollo de la aptitud clínica, situación que no ocurrió al ingreso de su internado, donde 96% de los alumnos se centró en el nivel bajo de aptitud clínica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. CONCLUSIONES

1. La aplicación del método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) mejoró significativamente el nivel de conocimiento sobre las patologías más frecuentes en los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.
2. El nivel de conocimiento, sobre las patologías más frecuentes (Insuficiencia cardíaca, Crisis asmática, Hemorragia digestiva alta, Insuficiencia renal aguda) que tuvieron los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, de Nuevo Chimbote, 2015, al iniciar su internado médico, fue regular, lo cual implica un manejo del 50 a 69 % del logro del conocimiento.
3. Al aplicar el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), sobre las patologías más frecuentes, en los internos de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, el 58% alcanzó un nivel de conocimiento bueno con promedios que varían entre 16 y 17, incluso; el 17% de los internos alcanzó un nivel de conocimiento excelente, con promedios que varían entre 18 y 20.
4. Después de la aplicación del método del ABP, ningún interno de medicina se encontró en el nivel malo o deficiente; las patologías de (crisis asmática, hemorragia digestiva alta e insuficiencia cardíaca) muestran nivel bueno de conocimiento (aplica de 70 a 84%). Incluso las patologías de Insuficiencia Cardíaca, y hemorragia digestiva alta muestran nivel excelente de conocimiento (aplica más del 85%).

5.2. SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES

- 1 El método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) debería aplicarse a los alumnos que culminan sus estudios de pregrado en las facultades de Medicina y que van a iniciar su internado Médico en los distintos hospitales.
- 2 Este método de ABP se debería aplicar a las principales o más frecuentes de las patologías que a diario se enfrenta el interno de medicina, para tener un mejor conocimiento de cómo diagnosticar y actuar frente a cada uno de sus pacientes.
- 3 Educar a los internos de Medicina para que adopten un método o estrategia de enseñanza aprendizaje, para que puedan elevar el nivel de conocimiento que traen de los claustros universitarios y hospitales donde han realizado sus estudios de pregrado, sobre las patologías más frecuentes con el que ingresan a realizar su internado Médico.
- 4 En el futuro se puede incorporar el método del ABP no solo en las facultades de Medicina, sino también en otras facultades afines.
- 5 Motivar futuras investigaciones en cuanto a la aplicación del ABP y/u otras estrategias, especialmente en los internos de Medicina e internados afines. Ya que no existen o si los hay son muy escasos los trabajos tanto a nivel nacional como internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, M. (1998). *Creatividad, motivación y rendimiento académico*. Madrid: ALJIBE.

Alleyne, T., Shirley, A., Bennett, C., Addae, J., Walrond, E., West, S. & Pereira, L. (2002). *En comparación con los métodos tradicionales en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de las Indias Occidentales basado en problemas: un estudio modelo*. Madrid: Cultura y Educación.

Álvarez, A., Del Rio, P. (2000). *Educación y desarrollo. La teoría de Vygotsky y la zona de desarrollo próximo*. Madrid: Alianza ed.

Barrel, J. (1999). *Aprendizaje basado en problemas. Un enfoque investigador*. Buenos Aires, Argentina: Ed Monumental.

Barrows, H. (1986). *Una taxonomía de los métodos de aprendizaje basado en problemas, en la educación médica*. España: EFE.

Benito, A. & Cruz, A. (2005). *Nuevas claves para la docencia universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: Narcea. –

Bervian, A. L. (1990). *Niveles de Conocimiento*. Ed. Mc Graw Hill.

Branda, L. (2009). *El aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a res popularis*. México: EducMed.

Bugental, J. (1965). *La búsqueda de la autenticidad, el enfoque analítico-existencial*. New York: Holt.

Bunge, M. (1979). *La investigación científica, su estrategia y su filosofía* (4ta Edic.). Barcelona: Edit. Ariel.

- Cabrera, R. & Peñalver, C. (2009). *Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento* (4ª Ed). México: Aula médica.
- Carretero, M. (2001). *Constructivismo y educación* (8 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Cervantes, R. (2009). *Educación Médica. Papel del interno como futuro Profesional de salud*. (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Dewey, J. (1978). *Democracia y educación*. Buenos Aires: Losada.
- Díaz, V (2010). *El internado de Medicina: de la Universidad a la realidad Hospitalaria*. Miembro del comité del médico joven. Colegio Médico del Perú.
- Escuela de medicina "Dr. José Sierra Flores". (2014) .*Universidad de Medicina. Plan de estudios de la carrera de medicina*. Recuperado en <http://www.Facmed.UNAM.mx/inp/pregradohtm>.
- Gutiérrez, E. (2005). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre protección solar en Internos de Medicina de cinco hospitales generales de Lima y Callao (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Harrison,T.(2012). *Principios de medicina interna*. (18ª ed.). España: Mc Graw Hill Interamericana.
- Jasso, A. (2011). *Nivel de conocimiento del personal Médico del HGZ/UMF No 8, sobre el manejo inicial del paciente intoxicado en el servicio de urgencias*. (Tesis de Postgrado). Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Medicina, México.
- Latapi, P. (2006).*Una buena Educación: Reflexiones sobre la calidad*. México: CCHEP.

- Lawrence, M. & Tierney, J. (2002). *Diagnóstico clínico y tratamiento* (37ª ed.)
Español: EWS.
- Morales, P; Y Landa, V. (2004). *Aprendizaje basado en problemas, en Teoría*.
Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf>
- Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company*. New York:
Oxford University Press.
- Palma, R. (2005). *Determinación del nivel de conocimiento, habilidades y prácticas en Reanimación cardiopulmonar básica en personal de Enfermería, personal técnico e internos de Medicina en el Hospital Regional de Cajamarca – 2009*. (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Pinar del Rio, J. (2007). *Docencia en cirugía general*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Programas de actualización. (2013). *Logros de aprendizaje de los estudiantes de educación básica regular*. Lima: PELA 2013-2016.
- Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. (23ª ed). Madrid: Espasa.
- Restrepo, G. (2005). Una innovación didáctica para la enseñanza universitaria.
Colombia: Educación y educadores ISSN-e 0123-1294, pág. 9- 20.
- Rogers, C. (1978). *Libertad y creatividad en la educación*. Buenos Aires:
Paidós.
- Sánchez, C. (1998). *Metodología y Diseño en la Investigación Científica*. Lima,
Perú: Edit. Mantaro.

Saucedo, A. (2013). *Conocimientos y prácticas de Bioseguridad en Internos de Medicina Humana en Hospital de Lambayeque*. (Tesis de Postgrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Trejo, J. y Larios, H. (1998). *Evaluación de la competencia clínica de los alumnos al iniciar el internado Médico de pregrado* (Tesis de postgrado). Universidad Autónoma de México, México.

Villegas, M. (1986). *La psicología humanista: historia, concepto y método*. Anuario de psicología.

Vivas, S. (2014). *Aprendizaje basado en problemas*. México: Sistema Nacional de Bachillerato.

Zelayaran, D. (2002). *Metodología de Investigación Jurídica*. Lima: Jurídicas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DELSANTA ESCUELA DE POSTGRADO

ANEXO No 01

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas, encierre con un círculo la alternativa que usted considere correcta.

Nombre y apellidos:.....
Institución:..... Fecha:.....

1.-En la definición de insuficiencia cardíaca (IC).Marcar lo Falso.

- a) Es un síndrome clínico.
- b) Ocurre en pacientes a causa de anomalías hereditarias.
- c) Ocurre en pacientes a causa de anomalías adquiridas.
- d) No producen frecuentemente hospitalización.

2.-Son causas frecuentes de Insuficiencia cardíaca. Excepto.

- a) Infarto de miocardio
- b) Enfermedad de chagas.
- c) Hipertensión arterial.
- d) Valvulopatías con insuficiencia.

3.-Pacientes con enfermedad cardíaca que produce ligera limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo pero la actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea, o dolor anginoso.Aque capacidad funcional pertenece según la clasificación de la New York HeartAsociación.

- a) Clase II
- b) Clase I
- c) Clase III
- d) Clase IV.

4.- Los síntomas cardinales de la insuficiencia cardíaca son:

- a) Fatiga y palpitaciones.
- b) Fatiga y dolor torácico
- c) Fatiga y disnea
- d) Disnea y palpitaciones.

- 5.-En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Marcar lo Verdadero.
- a) Se recomienda la restricción dietética de 6 g. al día.
 - b) Los diurétcostiazidicos actúan en túbulo contorneado proximal.
 - c) Los IECA y Betabloqueadores, no deben faltar en el tratamiento.
 - d) Los ARA II no deben usarse en el tratamiento.
- 6.-En relación a la definición de crisis asmática. Marcar lo Verdadero.
- a) Se caracteriza por presentar sibilancias, dolor torácico, fiebre.
 - b) Se caracteriza por presentar tos, disnea y sibilancias.
 - c) Estos síntomas generalmente son más frecuentes en las mañanas.
 - d) La obstrucción al flujo aéreo es reversible solo con tratamiento.
- 7.-En la clasificación de la severidad de la crisis asmática. Marcar lo Verdadero.
- a) Intermitente, persistente, asma fatal.
 - b) Leve, moderada, grave, insuficiencia respiratoria inminente.
 - c) Intermitente leve, persistente leve, persistente moderada.
 - d) Leve, moderada y severa.
- 8.-Son factores desencadenantes de la crisis asmática. Excepto.
- a) Esfuerzos y ejercicios
 - b) Irritantes inespecíficos
 - c) Polución ambiental
 - d) Infecciones micóticas.
- 9.-En relación al FEM (valoración funcional) mayor de 80, se refiere a una exacerbación de la severidad:
- a) leve
 - b) Moderada
 - c) Grave
 - d) Riesgo vital.
- 10.-En el tratamiento de la crisis asmática. Los fármacos utilizados generalmente son: Excepto.
- a) Agonistas B de acción rápida y corta.
 - b) Anticolinérgicos
 - c) Sedantes.
 - d) Corticoides sistémicos.
- 11.-En relación a la Hemorragia digestiva alta. Marcar lo Verdadero.
- a) El sangrado se encuentra por encima del duodeno.
 - b) Es una urgencia médica poco frecuente.
 - c) Es más frecuente en el sexo masculino (2:1)
 - d) Clínicamente se manifiesta como hematoquecia.

- 12.-Son causas menos frecuentes de Hemorragia digestiva alta:
- a) Ulcus gastroduodenal.
 - b) Varices gastroesofágicas.
 - c) Coagulopatías.
 - d) Síndrome de Malloryweiss.
- 13.-Para la localización del sangrado en la Hemorragia digestiva alta, se debe preguntar los antecedentes personales: Excepto.
- a) Historia de hemorragia digestiva previa.
 - b) Hepatoptía crónica con hipertensión portal más varices.
 - c) Antecedentes de insuficiencia renal aguda.
 - d) Ingesta de gastroerosivos.
- 14.-En la exploración física en un paciente con Hemorragia digestiva alta, se debe realizar todo. Excepto.
- a) Recoger cifras de PA, FC, FR, y signos de hipoperfusión periférica.
 - b) No es importante el nivel de conciencia.
 - c) Estigmas de hepatopatías o enfermedades hematológicas.
 - d) Tacto rectal, sonda nasogástrica.
- 15.-Son medidas generales en el tratamiento de la Hemorragia digestiva alta: Excepto.
- a) Semiincorporarlo para evitar vómitos y aspiraciones.
 - b) Sonda nasogástrica.
 - c) Reposición de volumen con soluciones glucosadas.
 - d) Transfusión sanguínea.
- 16.-La insuficiencia renal aguda se caracteriza por: Excepto.
- a) Es el deterioro brusco, en horas o días de la función renal.
 - b) Hay retención de productos nitrogenados.
 - c) No hay desequilibrio ácido-base.
 - d) Hay alteración de la regulación hidroelectrolítica.
- 17.-El fracaso renal-prenal se debe a: Excepto.
- a) Por descenso del volumen circulante.
 - b) Disminución de las resistencias vasculares renales.
 - c) Alteración de la dinámica arteriolar del glomérulo.
 - d) Aumento de las resistencias vasculares renales.

18.-En la exploración física de la insuficiencia renal aguda: Marcar la respuesta Falsa.

- a) Estado del sistema circulatorio y la hidratación.
- b) Edemas y signos de congestión pulmonar.
- c) Palpación abdominal: valorar soplos vasculares, globo vesical, etc.
- d) No tiene importancia las lesiones en piel y mucosas.

19.-En relación a los exámenes complementarios en la insuficiencia renal aguda: Marcar la respuesta Falsa.

- a) El Hgma es importante para el diagnóstico diferencial entre IRA e IRC.
- b) Bioquímica: Úrea, creatinina, iones, glucosa.
- c) La creatinina plasmática aumenta más de 1.5 mg/día.
- d) Determinar osmolaridad plasmática.

20.-En la insuficiencia renal aguda Prerenal, en relación al tratamiento. Marcar la alternativa Verdadera.

- a) Sondaje vesical a todos los pacientes.
- b) Forzar diuresis.
- c) Corrección de los trastornos electrolíticos.
- d) Prevención de las hemorragias digestivas, con anti H2.

SESIONES DE APRENDIZAJE

SESIÓN DE APRENDIZAJE 01

I) DATOS GENERALES

1. **INSTITUCIÓN:** Hospital Eleazar Guzmán Barrón
2. **AULA:** de reunión del servicio de Medicina
3. **DENOMINACION:** Lineamientos generales del ABP
4. **SESIÓN:** 01
5. **FECHA:** 22/10/15
6. **APLICADOR:** Br: Emilio Pérez Lujan

II) PROGRAMACIÓN

CAPACIDADES	TEMÁTICA
Explica	Concepto de método o estrategia del ABP a utilizar, patologías, síntomas y signos

III) ACTITUDES

Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo

V) SECUENCIA METODOLÓGICA

ACTIVIDADES DE INICIO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• A través de un problema holístico, lluvias de ideas, lista de aquello que se conoce o no, definición del problema, obtener resultados y presentación de resultados.	Pizarra acrílica Exposición, USB, computadoras. Video.	15
ACTIVIDADES DE PROCESO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">. leer y analizar el escenario del problema. Realizar una lluvia de ideas. Hacer una lista con aquello que se conoce. Hacer una lista con aquello que no se conoce. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema. Definir el problema. Obtener información. Presentar resultados	Texto Separatas Diapositivas Aplicación	75
ACTIVIDADES FINALES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Aplica	Cuestionario	30

VI.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

CAPACIDADES	INDICADORES DE LOGRO	INSTRUMENTO
Identifica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los aspectos básicos del ABP, a partir de un problema de salud, y a través de la participación activa y en grupos con ayuda de un facilitador o tutor 	
ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES	
Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente y en grupo durante la sesión 	

VII) BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, REVISTAS, ARTÍCULOS, TESIS, PÁGINAS WEB
Harrison, T. (2012). Principios de medicina interna. 18ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España S.L.
Lawrence, M; Tierney, Jr. (2002). Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. Español.
Cabrera, R; Peñalver, C. (2009). Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento, 4ª ed
Morales, P; y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas, en Teoría, Vol.13. Págs. 145-157. [Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf]

SESIÓN DE APRENDIZAJE 02

I) DATOS GENERALES

1. **INSTITUCIÓN:** Hospital Eleazar Guzmán Barrón
2. **AULA:** de reunión del servicio de Medicina
3. **DENOMINACION:** Insuficiencia cardiaca aplicando la estrategia ABP
4. **SESIÓN:** 02
5. **FECHA:** 29/10/15
6. **APLICADOR:** Br: Emilio Pérez Lujan

II) PROGRAMACIÓN

CAPACIDADES	TEMÁTICA
Reconoce la insuficiencia cardiaca	Definición, etiología, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento

III) ACTITUDES

Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo

V) SECUENCIA METODOLÓGICA

ACTIVIDADES DE INICIO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• . A través de un problema de salud poder llegar a la definición conceptual, etiología o causas, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento	Pizarra acrílica Exposición, USB, computadoras. Video.	15
ACTIVIDADES DE PROCESO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">. leer y analizar el escenario del problema. Realizar una lluvia de ideas. Hacer una lista con aquello que se conoce. Hacer una lista con aquello que no se conoce. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema. Definir el problema. Obtener información. Presentar resultados	Texto Separatas Diapositivas Aplicación	75
ACTIVIDADES FINALES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Aplica	Cuestionario	30

VI.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

CAPACIDADES	INDICADORES DE LOGRO	INSTRUMENTO
Identifica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los Síntomas de la insuficiencia cardíaca como son: (fatiga, disnea) y signos (edemas, ingurgitación yugular, estertores crepitantes pulmonares, cardiomegalia, hepatomegalia. 	1.-Cuál es la definición de insuficiencia cardíaca 2.-Son causas frecuentes de Insuficiencia cardíaca.
ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES	3.-Pacientes con enfermedad cardíaca que produce ligera limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo pero la actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea, o dolor anginoso. A que capacidad funcional pertenece según la clasificación de la New York Heart Association.
Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente y en grupo durante la sesión 	4.- Los síntomas cardinales de la insuficiencia cardíaca son: 5.- Cúal es el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

VII) BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, REVISTAS, ARTÍCULOS, TESIS, PÁGINAS WEB
Harrison,T. (2012). Principios de medicina interna. 18ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España S.L.
Lawrence, M; Tierney, Jr. (2002). Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. Español.
Cabrera, R; Peñalver, C. (2009). Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento, 4ª ed
Morales, P; y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas, en Teoría, Vol.13. Págs. 145-157. [Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf

SESIÓN DE APRENDIZAJE 03

I) DATOS GENERALES

1. **INSTITUCIÓN:** Hospital Eleazar Guzmán Barrón
2. **AULA:** de reunión del servicio de **Medicina**
3. **DENOMINACION:** Crisis asmática aplicando la estrategia ABP
4. **SESIÓN:** 03
5. **FECHA:** 12/11/15
6. **APLICADOR:** Br: Emilio Pérez Lujan

II) PROGRAMACIÓN

CAPACIDADES	TEMÁTICA
Reconoce la crisis asmática	Definición, etiología, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento

III) ACTITUDES

Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo

V) SECUENCIA METODOLÓGICA

ACTIVIDADES DE INICIO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• . A través de un problema de salud poder llegar a la definición conceptual, etiología o causas, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento	Pizarra acrílica Exposición, USB, computadoras. Video.	15
ACTIVIDADES DE PROCESO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">. leer y analizar el escenario del problema. Realizar una lluvia de ideas. Hacer una lista con aquello que se conoce. Hacer una lista con aquello que no se conoce. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema. Definir el problema. Obtener información. Presentar resultados	Texto Separatas Diapositivas Aplicación	75
ACTIVIDADES FINALES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Aplica	Cuestionario	30

VI.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

CAPACIDADES	INDICADORES DE LOGRO	INSTRUMENTO
Identifica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los síntomas de la crisis asmática como son : (tos, disnea), signos(Sibilancias, roncantes, uso de músculos accesorios, PEF disminuido) 	1.- Definición de crisis asmática. 2.-Cuál es la clasificación de la severidad de la crisis asmática.
ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES	
Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente y en grupo durante la sesión 	3.-Son factores desencadenantes de la crisis asmática. 4.-En relación al FEM (valoración funcional) mayor de 80, se refiere a una exacerbación de la severidad: 5.-En el tratamiento de la crisis asmática. Los fármacos utilizados generalmente son:

VII) BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, REVISTAS, ARTÍCULOS, TESIS, PÁGINAS WEB
Harrison,T. (2012). Principios de medicina interna. 18ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España S.L.
Lawrence, M; Tierney, Jr. (2002). Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. Español.
Cabrera, R; Peñalver, C. (2009). Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento, 4ª ed
Morales, P; y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas, en Teoría, Vol.13. Págs. 145-157. [Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf

SESIÓN DE APRENDIZAJE 04

I) DATOS GENERALES

1. **INSTITUCIÓN:** Hospital Eleazar Guzmán Barrón
2. **AULA:** de reunión del servicio de Medicina
3. **DENOMINACION:** Hemorragia Digestiva Alta aplicando la estrategia ABP
4. **SESIÓN:** 04
5. **FECHA:** 26/11/15
6. **APLICADOR:** Br: Emilio Pérez Lujan

II) PROGRAMACIÓN

CAPACIDADES	TEMÁTICA
Reconoce la Hemorragia Digestiva Alta	Definición, etiología, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento

III) ACTITUDES

Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo

V) SECUENCIA METODOLÓGICA

ACTIVIDADES DE INICIO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• . A través de un problema de salud poder llegar a la definición conceptual, etiología o causas, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento	Pizarra acrílica Exposición, USB, computadoras. Video.	15
ACTIVIDADES DE PROCESO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">. leer y analizar el escenario del problema. Realizar una lluvia de ideas. Hacer una lista con aquello que se conoce. Hacer una lista con aquello que no se conoce. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema. Definir el problema. Obtener información. Presentar resultados	Texto Separatas Diapositivas Aplicación	75
ACTIVIDADES FINALES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Aplica	Cuestionario	30

VI.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

CAPACIDADES	INDICADORES DE LOGRO	INSTRUMENTO
Identifica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los síntomas de la Hemorragia Digestiva Alta como son; (Debilidad, sudoración, disnea), signos (Vómito con sangre o achocolatado, heces negras o melena, palidez de piel y mucosas) 	<p>1.-Definición de la Hemorragia digestiva alta.</p> <p>2.-Son causas menos frecuentes de Hemorragia digestiva alta:</p>
ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES	<p>3.-Para la localización del sangrado en la Hemorragia digestiva alta, se debe preguntar los antecedentes personales.</p> <p>4.-En la exploración física en un paciente con Hemorragia digestiva alta, se debe realizar:</p> <p>5.-Son medidas generales en el tratamiento de la Hemorragia digestiva alta:</p>
Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente y en grupo durante la sesión 	

VII) BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, REVISTAS, ARTÍCULOS, TESIS, PÁGINAS WEB
Harrison,T. (2012). Principios de medicina interna. 18ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España S.L.
Lawrence, M; Tierney, Jr. (2002). Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. Español.
Cabrera, R; Peñalver, C. (2009). Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento, 4ª ed
Morales, P; y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas, en Teoría, Vol.13. Págs. 145-157. [Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf

SESIÓN DE APRENDIZAJE 05

I) DATOS GENERALES

1. **INSTITUCIÓN:** Hospital Eleazar Guzmán Barrón
2. **AULA:** de reunión del servicio de Medicina
3. **DENOMINACION:** Insuficiencia Renal Aguda aplicando la estrategia ABP
4. **SESIÓN:** 05
5. **FECHA:** 10/12/15
6. **APLICADOR:** Br: Emilio Pérez Lujan

II) PROGRAMACIÓN

CAPACIDADES	TEMÁTICA
Reconoce la Insuficiencia Renal Aguda	Definición, etiología, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento

III) ACTITUDES

Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo

V) SECUENCIA METODOLÓGICA

ACTIVIDADES DE INICIO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• . A través de un problema de salud poder llegar a la definición conceptual, etiología o causas, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento	Pizarra acrílica Exposición, USB, computadoras. Video.	15
ACTIVIDADES DE PROCESO	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">. leer y analizar el escenario del problema. Realizar una lluvia de ideas. Hacer una lista con aquello que se conoce. Hacer una lista con aquello que no se conoce. Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema. Definir el problema. Obtener información. Presentar resultados	Texto Separatas Diapositivas Aplicación	75
ACTIVIDADES FINALES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Aplica	Cuestionario	30

VI.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

CAPACIDADES	INDICADORES DE LOGRO	INSTRUMENTO
Identifica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los síntomas de la insuficiencia renal aguda como son: (oliguria, anuria), signos (Deshidratación, edemas, lesiones en piel y mucosa, globo vesical). 	1-La insuficiencia renal aguda se caracteriza por: 2.-El fracaso pre-renal se debe a:
ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES	3.-En la exploración física de la insuficiencia renal aguda encontramos:
Demuestra interés, responsabilidad y tolerancia trabajando en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente y en grupo durante la sesión 	4.-Describe los exámenes complementarios en la insuficiencia renal aguda: 5.-Mencione el tratamiento de la insuficiencia renal aguda Pre-renal.

VII) BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, REVISTAS, ARTÍCULOS, TESIS, PÁGINAS WEB
Harrison, T. (2012). Principios de medicina interna. 18ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España S.L.
Lawrence, M; Tierney, Jr. (2002). Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. Español.
Cabrera, R; Peñalver, C. (2009). Tratado de urgencias en medicina, diagnóstico y tratamiento, 4ª ed
Morales, P; y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas, en Teoría, Vol.13. Págs. 145-157. [Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29901314.pdf

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSGRADO

ANEXO N° 02

Autorización para participación en estudio

Por medio del presente yo:

Interno de Medicina, año 2015. Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. En uso de mis facultades autorizo mi participación voluntaria en el estudio de investigación titulado: APLICACIÓN DEL ABP (APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS) PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN INTERNOS DE MEDICINA HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015. En aras de la educación e investigación científica.

Nuevo Chimbote..... de..... de 2015

.....

Firma del participante