

inconvenientes para su participación activa en el medio en el que aspira insertarse.

Referencias

Gresham, F.M. (1986). Conceptual and definitional issues in the assessment of social competence in children. En P.S. Strain; M.J. Guralnick, y H. M. Walker (Eds.), *Children's Social Behavior*. (pp. 143 - 179) New York: Academic Press.

Matson, J.L., Rotatori, A.F. & Helsel, W.J. (1983) Development of a rating scale to measure social skills in children: the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 335-40.

McConnell, R.S., y Odom, S.L. (1986). Sociometrics: Peerreferenced measures and the assessment of social competence. En P. S. Strain, M. J. Guralnick, y H. H. Walker (Eds.), *Children's Social Behavior* (pp. 215-284). New York: Academic Press.

Modelo de evaluación formativo basado en competencias en las prácticas profesionales de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Carlos G. Cagnone
Marcos J. Pravisani
Gabriel Converso
Instituto Universitario del Gran Rosario. Argentina
carloscagnone@gmail.com

Evaluación de los estudiantes en la Educación Superior
Informe de experiencias
Evaluación de aprendizajes, formación por competencias, kinesiología, prácticas supervisadas

Resumen

En la formación de grado del área de la salud las prácticas pre-profesionales supervisadas (PPPS) representan un pilar fundamental. Éstas se desarrollan en escenarios que promueven la formación integral del estudiante ya que permiten la aplicación de saberes en íntimo contacto con la realidad social en la cual, y para la cual, se está formando. Si bien estos espacios curriculares son un eje fundamental para la adquisición de múltiples competencias, se requiere de una sólida articulación entre las unidades docente-asistenciales que responda a un modelo didáctico orientador del proceso. En esta línea, el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría del Instituto Universitario del Gran Rosario contiene una importante carga horaria de PPPS (aproximadamente 30% de la carga horaria total) en efectores públicos de diferentes niveles de complejidad de las ciudades de Rosario y de Santa Fe. A partir del año 2011 se comenzó a implementar un modelo de evaluación formativa basado en competencias genéricas y específicas. Este modelo tiene como fin ofrecer un camino formativo para el alumno facilitando un rol activo en su formación, cumplir la función de instrumento de evaluación y seguimiento del alumno, al mismo tiempo que permite aunar criterios de evaluación al interior del equipo docente. El propósito de esta comunicación es presentar las características del modelo de evaluación mencionado y analizar los resultados según alcances y dificultades de implementación.

Abstract

In healthcare graduate education, supervised pre-professional practices (SPPP), represent a keystone. SPPP develop among scenarios that promote an integral education for students since they allow knowledge application in an intimate contact with the social reality for which they are being trained. Even though these curricular fields are essential centerpieces for multiple competency acquisition it is required a solid interaction among the educational/healthcare units to answer the didactic guider model of the process. In this area, the degree in Physical Therapy from Instituto Universitario del Gran Rosario contains a significant SPPP hour load (approximately 30% of the total hour load) among numerous and different level public healthcare facilities from Rosario and Santa Fe. Since 2011 a generic and specific competency-based educational evaluation model was implemented. This model aims to offer an educational path for the student, allowing an active role on their education by functioning as a student monitoring and evaluation instrument, allowing at the same time to unify the evaluation criteria used by teachers. This communication purpose is to present the characteristics of this evaluation model and analyze the results regarding scope and implementation difficulties.

Introducción

Atendiendo a la necesidad de realizar cambios en el perfil del profesional de la salud, el espacio de las prácticas pre-profesionales supervisadas (PPPS) en la carrera de grado se tornó un centro de miradas, debido a que se asume que los escenarios de enseñanza aprendizaje donde se desarrollan sus actividades deben permitir la formación integral de los estudiantes. El profesional de la salud tradicional se encuentra atravesado por un modelo hegemónico de características principalmente “biologicistas”, y de tipo normativo, en el cual los estudiantes toman una actitud mayormente pasiva en su proceso de aprendizaje. A su vez, los cambios requeridos en el modelo de evaluación tradicional representan un gran desafío con vistas de una revaloración de las subjetividades y de lo cotidiano, las cuales son dimensiones a trabajar en el campo real de la salud, como también objeto de una evaluación dinámica con fines formativos y transformadores (Koifman, 2006). De esta manera, los espacios donde se conjugan la interacción del profesional de salud, el paciente-usuario y el estudiante en el proceso de cuidado de salud “vivo en el acto” representa un escenario con oportunidades de una formación real, con vistas a superar los modelos tradicionales.

Características del modelo de evaluación por competencias en las PPPS

En el plan de estudio de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría del IUGR, vigente desde el año 2008, las actividades de PPPS se organizan en tres asignaturas, Práctica Hospitalaria (PH) I, II y III, en el 3º, 4º y 5º año de la carrera, respectivamente, con una progresión gradual en los niveles de complejidad de atención. Es en este escenario, a partir del año 2011, donde los docentes-instructores de las diferentes Unidades Docentes Asistenciales (UDAs) comienzan a formar parte de una cátedra con obligaciones y características particulares, entre las cuales se encuentra la difícil tarea del proceso de evaluación de los estudiantes. Esto fue afrontado como desafío y como oportunidad. Desafío por el hecho que todos los instructores debían incluir nuevas actividades a las habituales, y oportunidad por ser los primeros pasos para gestar un sentido colectivo de cátedra, lo cual debido a las diferentes locaciones de las UDAs es una tarea compleja.

El propósito de la evaluación aplicada a las PPPS no se limita a establecer una nota categórica estática que represente el grado de acumulación o manejo de un capital teórico. En tanto el cuidado de la salud del paciente requiere la integración de diversos saberes (conocer, saber cómo, saber hacer y saber ser) se definieron objetivos de formación, estrategias de enseñanza y un modelo de evaluación formativa que pueda dar cuenta del proceso de manera integral y acorde a la progresión de la complejidad de las prácticas. Conforme a esto, se diseñó un modelo de evaluación

formativo basado en competencias, asumiendo a éstas en su carácter amplio, incluyendo conocimiento, actitudes, habilidades cognitivas y prácticas de un profesional de salud en un sentido holístico (Bollela, 2010). Se consideraron competencias genéricas y específicas, según recomendaciones tomadas del Proyecto Tuning América Latina, a modo de referencia para establecer los primeros pasos de una planificación curricular por competencias (Beitone P, et al, 2007). El siguiente paso fue dar forma a un instrumento que, a modo de lista de cotejo, permita el registro de lo observado de forma ágil, tal como lo requiere la dinámica de trabajo en el ámbito público. La practicidad de su uso también radica en que resulte comprensible para los estudiantes y que se facilite el feedback real entre docente y alumno en el transcurso de los tres meses que dura cada rotación por una UDA. Como se comentó anteriormente, las competencias incluyen componentes cognitivos y habilidades técnicas básicas, pero también las trascienden, entrando en juego el desarrollo del perfil más humanitario que completan la totalidad del profesional de la salud esperado (Epstein, 2002). Algunas de las competencias genéricas incluidas en la evaluación son: “Actitud proactiva”, “Manejo ético entre compañeros y otros profesionales de la salud”, “Manejo adecuado de la comunicación con el paciente” y “Confección de una Historia Kinésica completa”. Entre las competencias específicas se incluyó “Evaluar y tratar funcionalmente al paciente neurológico”, “Manejar al paciente pediátrico respiratorio ambulatorio” y “Manejar al paciente traumatológico de media a alta complejidad”, dependiendo de la asignatura (PH I, II o III). Se incluyó “Otras competencias específicas de la UDA”, con la intención de dar oportunidad al docente de considerar alguna competencia de interés por la especificidad o características particulares del efector de salud. Con el propósito de unificar en mayor medida la interpretación del alcance de las competencias, las mismas son detalladas y ampliadas en el reverso de la planilla. Se dispuso un espacio para indicar el grado de desarrollo de cada competencia, considerando cinco categorías: *Incorporadas totalmente*, *Superó las competencias mínimas*, *Alcanzó las competencias mínimas*, *No alcanzó las competencias mínimas*, y *No corresponde/No evaluable*.

Este modelo de evaluación es presentado a los estudiantes al inicio de las PPPS en el tercer año de la carrera (PH I) y se revisa su explicación en distintas oportunidades. Las actividades de las PPPS se realizan en las tres asignaturas a lo largo de doce meses, con un período de vacaciones de tres semanas, dividiendo las prácticas en tres rotaciones por diferentes UDAs en PH I y en cuatro rotaciones para los casos PH II y III. Los alumnos ingresan en grupos de cuatro a seis integrantes por rotación. Son informados previamente acerca de las competencias a desarrollar y el instrumento sobre el cual se cotejará su evolución. Situación a partir de la cual se genera un diálogo de ida y vuelta entre alumnos y docentes sobre una base pre-establecida. Los momentos acordados en común por cada una de las cátedras para llevar adelante las instancias de evaluación son el primer, segundo y último mes de la rotación. La primera instancia se realiza a partir de una autoevaluación del alumno en base a las competencias propuestas. Los docentes-instructores solicitan al cumplirse

el primer mes que los alumnos traten de reflejar su autopercepción a través de una autocalificación volcada en la planilla. Al mismo tiempo, esta autocalificación debe ir acompañada de un relato escrito que amplíe la situación del alumno, haciendo foco en las situaciones en las cuales el alumno no se siente competente y las situaciones a las cuales no fue expuesto para desarrollar ciertas competencias. Este registro queda asentado en una libreta de bolsillo personal que acompaña al alumno a lo largo de todas sus PPPS, funcionando ésta como una suerte de diario personal y un espacio donde el docente asienta las evaluaciones con sus respectivas recomendaciones, tomando como eje común lo establecido en la planilla.

Estas evaluaciones periódicas, que se articulan positivamente con el feedback espontáneo que surge del trabajo asistencial, representan una valiosa oportunidad de intercambio en la cual no solo el alumno recibe una devolución de su accionar, sino que también el docente toma conocimiento de las percepciones individuales de los estudiantes y de sus propuestas para alcanzar las metas establecidas. De esta forma la evaluación se torna más dinámica y participativa, al tiempo que ofrece valiosas oportunidades para atender a las motivaciones particulares de los alumnos y guiar los esfuerzos en función de los requerimientos puntuales del paciente. Es considerada esta cuestión primordial para construir una formación integral del profesional de la salud. (NebotAdell, 2009)

Alcances y limitaciones del modelo de evaluación

En el transcurso del período 2011-2013 la implementación del modelo no resultó sencilla, como era de esperarse, debido a que requirió de una coordinación logística de un total aproximado de diecisiete docentes-instructores por asignatura y que son asignados a diferentes UDAs. Por otro lado lo referido a la unificación de criterios respecto a lo incluido en la planilla también fue punto de análisis y debate. Una imposición netamente vertical del modelo podría haber facilitado una coordinación logística precoz, pero la esencia primordial y subjetiva no hubiese tenido el espacio ni el tiempo necesario para su adecuada maduración.

Con el propósito de conocer la opinión de los estudiantes acerca de la implementación de este modelo de evaluación, se realizó una encuesta semiestructurada, a todos los alumnos que estaban realizando sus PPPS. Más concretamente, se consultó acerca del uso y la utilidad percibida de la planilla de competencias y la libreta personal de seguimiento. Esta información permitió visualizar un estado de situación a partir del cual pensar los futuros ajustes en conjunto con los equipos de cátedra.

A los fines de complementar con otras miradas que colaboren a caracterizar y graficar la realidad cotidiana de las PPPS y las formas particulares de implementación del modelo, se realizó un análisis a través de un grupo focal con nueve docentes de PH II a fines del año 2013. Las

preguntas planteadas en este grupo perseguían tratar las siguientes dimensiones: Percepción y valoración de la formación de los alumnos en el espacio de las prácticas supervisadas; Caracterización de la cohorte actual de estudiantes que realizan las PH; Objetivos o metas particulares de cada Instructor para con sus alumnos; Estrategias personales utilizadas para la enseñanza en sus UDAs; Percepción del Instructor respecto a los cambios que atraviesa el alumno a lo largo de sus prácticas (rotación trimestral); Utilidad del modelo didáctico basado en competencias (planilla de competencias) como instrumento de evaluación y seguimiento de los alumnos; Aspectos positivos, a modificar o fortalecer del modelo didáctico actual de las PH.

II. Algunas conclusiones de este análisis enfatizaron cuestiones referidas a que los alumnos correspondientes a las últimas cohortes no tenían muy presentes valores que hacen a la responsabilidad civil; que intuitivamente la primer atención de los alumnos está puesta en la ejecución de la técnica; que la falta de motivación de ciertos alumnos representaba la mayor resistencia para lograr los objetivos establecidos, y por ende el logro de la motivación de los alumnos era visto como eje para elección de las técnicas de enseñanza. Otras cuestiones que salieron a la luz fueron ciertas dificultades en la implementación del modelo, y se formularon propuestas de ajustes para que resulte más operativa su implementación. También se señaló que la utilización de la planilla de competencias en el proceso de evaluación y seguimiento ordena el diálogo con el alumno, como así también permite una unificación de criterios en el interior de la cátedra. En correlación a lo antes mencionado, si bien el uso del modelo de evaluación común aproxima criterios, el sentido de colectivo de cátedra es aún incipiente y una meta a seguir trabajando.

Con el fin de ampliar la experiencia respecto al uso del modelo, y en función a la información recopilada sistemáticamente a partir de encuestas y grupos focales, se habilita la posibilidad de trazar ajustes en la práctica. En este proceso resulta significativa la participación de los docentes, considerados actores fundamentales en estos valiosos escenarios de enseñanza y aprendizaje.

Referencias

- Bollela, V R, Machado, J L M (2010). *Internato baseado em competências: "bridging the gaps"*. San Pablo, Brasil: MedVance.
- Beitone P, et al (2007). Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final –Proyecto Tuning- América Latina 2004-2007. Retirado mayo 26, 2013 de <http://tuning.unideusto.org/tuningal/>
- Epstein, R M, Hundert, E M (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 287(2), 226-235.

Koifman, L., Saippa-Oliveira, G (2006). As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária. En Pinheiro, R., Mattos, R A (Coordinadores), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (pp 245-260). Rio de Janeiro, Brasil: CEPESC/ABRASCO.

Nebot Adell, C, Echevarria, C R, Borrell Bentz, R M (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *RevPanam Salud Pública*. 26(2), 176–83.

Itinerarios y tramos curriculares. Aportes a la flexibilidad y dinamización curricular

Adriana Caillon
Adolfo Stubrin
Natalia Diaz
Universidad Nacional del Litoral. Argentina
adrianacaillon@hotmail.com

La construcción y el desarrollo del curriculum, un desafío para la Educación Superior
Informe de investigación
Flexibilidad, dinamización curricular, itinerarios, tramos curriculares

Resumen

La necesidad institucional de generar información valiosa y confiable para la toma de decisiones de la gestión ha generado este Proyecto que pretende recuperar el Programa Millenium retomando y renovando la metodología y los conceptos utilizados considerando las metas establecidas en la política educativa de la UNL para los próximos 10 años.

Definiendo el campo del curriculum como objeto específico de estudio se redefine *flexibilidad curricular* en un sentido más amplio que el que relaciona correlatividades, optativas o electivas en el diseño curricular, incorporando al itinerario real y posible de los alumnos y otras actividades que pudieran ser reconocidas por el curriculum. Se definen tramos curriculares y se analiza la forma en que han decidido cursarlos y el tiempo que han empleado.

En la descripción del trabajo realizado se presentan los datos utilizados en el análisis de dos carreras de la UNL y las categorías teóricas y analíticas.

Después de formular las hipótesis provisorias, se presentan los nuevos datos y el ajuste de las hipótesis; se muestra cómo se han tipificado los itinerarios curriculares y los tramos o itinerarios parciales, especialmente los itinerarios de alumnos exitosos en relación con la *duración teórica* de