



## Estrategias de evaluación de los aprendizajes en la práctica profesional, algunos elementos para su consideración

*Xenia Pineda<sup>1\*</sup>, Miriam Bracho<sup>1</sup>, Natalia Pinto<sup>1</sup> y Bertha Ortega<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Departamento de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. LUZ.*

*E-mail: xeniapineda@canto.net; mirbi@hotmail.com; natapintog@hotmail.com*

<sup>2</sup>*Departamento de Sistema de Atención Odontológica. Facultad de Odontología. LUZ.*

*E-mail: bortega@luz.edu.ve*

### Resumen

**Objetivo:** Caracterizar las estrategias de evaluación utilizadas por los docentes en la práctica profesional del Centro Integral del Adulto (CIA). **Metodología:** Estudio descriptivo, de campo, no experimental y transeccional. La muestra estuvo constituida por 46 docentes de la FACOLUZ. **Resultados:** Subdimensión conductismo: en la evaluación con énfasis en resultados observables y mensurables, dominio de los primeros pasos antes de progresar a niveles más complejos de desempeño, uso de refuerzos, de modelaje y práctica para asegurar una fuerte asociación estímulo-respuesta, se observó un valor promedio del 70% en las escalas más positivas. Cognoscitividad: los mayores porcentajes se ubicaron en los niveles más altos. Constructivismo y ABP: se evidenció una condición similar a la anterior, lo que refleja la inserción de estrategias de evaluación en la práctica. Asimismo, se reveló una falta de consenso en la evaluación formativa, criterios para la auto y coevaluación. Humanismo: se reflejaron valores superiores al 80% en la sumatoria de las escalas totalmente de acuerdo y de acuerdo. **Conclusiones:** La práctica profesional posee características que fortalecen el proceso de evaluación, sin embargo, devela debilidades que deben ser abordadas para lograr una mayor correspondencia con el modelo educativo, tendente a impulsar una evaluación integral con la participación de los actores involucrados en el proceso educativo.

**Palabras clave:** Estrategias de evaluación, aprendizaje clínico, práctica profesional.

\* Autor para correspondencia: Teléfonos: 058-261-7436335. Fax: 058261-7587328.

## *Learning Evaluation Strategies in Professional Practice Courses: Some Elements to Consider*

### **Abstract**

**Objective:** Characterize the evaluation strategies used by teachers in Integrated Adult Center (IAC) Professional Practice courses. **Methodology:** Descriptive field study, non-experimental and transectional. The sample consisted of 46 teachers at FACOLUZ. **Results:** Behaviorism sub-dimension: in the evaluation emphasizing measurable and observable results, mastery of first steps before progressing to more complex performance levels, use of reinforcement, modelling and practice to assure a strong stimulus-response association, an average value of 70% in the most positive scales was observed. Cognition: greater percentages were located in the highest levels of the scale. Constructivism and LBP: results indicated a condition similar to the previous one, reflecting the insertion of evaluation strategies in the practice. Likewise, a lack of consensus was revealed in formative evaluation, criteria for self- and co-evaluation. Humanism: values above 80% were reflected in the summary of the scales "agree totally" and "agree." **Conclusions:** Professional Practice courses have characteristics that reinforce the evaluation process; nevertheless, they reveals weaknesses that ought to be addressed to achieve greater correspondence with the educational model, fostering integral evaluation with participation of the actors involved in the educative process.

**Key words:** Evaluation strategies, clinical learning, professional practice.

### **I. Introducción**

Tal como lo evidencia la literatura, una de las tendencias históricas en la era moderna es la Globalización, entendida como el "conjunto de procesos que conducen a un mundo único". Las sociedades se vuelven interdependientes en todos los aspectos de su vida tanto económica, política, social y cultural, y el alcance de tales interdependencias deviene realmente global<sup>1</sup>.

Haciendo una retrospectiva histórica del fenómeno de la globalización, se observa una gesta de movimientos a través de los siglos que constituyeron de manera lenta, un sistema que facilitó la expansión del capitalismo comercial y dio inicio al surgimiento de espacios articulados e intensificados, a un modo

particular de vida sociocultural, política y económica en el mundo entero.

En tal sentido, la globalización ha pretendido describir la realidad inmediata como una sociedad planetaria más allá de las fronteras étnicas, religiosas, políticas y condiciones socioeconómicas y culturales, es decir, en un intento por hacer un mundo uniforme.

En el campo educativo de América Latina, la globalización ha generado profundos cambios, tales como la "universalización" del acceso a la educación, pero aún existen exagerados índices de deserción escolar, analfabetismo, desigualdad y problemas en la calidad y acceso a los servicios tanto en la educación inicial como en la superior. La gestión educativa siendo mayormente centralizada, brinda escasamente espacios para que los actores del

proceso educativo puedan participar y contribuir a que la oferta se aproxime de la mejor manera a sus necesidades. De igual manera, la tendencia a la privatización ha ampliado la brecha entre la educación pública y privada, a pesar del número creciente de acciones desarrolladas en materia de educación, en donde el gasto público se realiza de manera homogénea, sin considerar las peculiaridades de la población que se atiende.

En relación al aprendizaje, el tiempo de efectividad suele estar organizado a partir de métodos tradicionales que no logran fomentar el desarrollo cognitivo, afectivo, aptitudinal y axiológico para la vida. La introducción de nuevas tecnologías de la información y la comunicación aún es limitada para apoyar los procesos de aprendizajes y se convierten en un desafío pendiente para incorporarlas adecuadamente, en todos los niveles educativos.

En este contexto de crisis educativa global, compete a las universidades latinoamericanas asumir un papel relevante en el desarrollo de propuestas educativas que impulsen cambios necesarios para la superación de los factores convergentes antes señalados. Su campo de acción fundamental es, entre otros, la investigación educativa; lo relacionado a la adecuación de los perfiles profesionales y técnicos a las necesidades emergentes, la evaluación y revisión de objetivos, contenidos y metas educativas, la educación continua y permanente.

Por su parte la UNESCO (1998), como organismo rector en materia de educación superior, señaló que un análisis del comportamiento histórico de las universidades latinoamericanas, permite develar algunas características de su acción como: escasa vinculación con la realidad social, falta de correspondencia entre ésta y la investigación que se realiza, baja calidad académica e insuficiente formación humanística de los docentes y profesio-

nales de la salud, modelo de formación de recursos humanos en salud centrados en la enfermedad, la alta tecnología, el hospital y la especialización como paradigma de la práctica; y finalmente intereses y responsabilidades del docente y egresado ante la problemática política, socio-cultural y económica de un país<sup>2</sup>. Asimismo, este organismo plantea que la formación de recursos humanos está asentada en modelos de formación predominantemente teóricos, fragmentados, con contenidos curriculares pobremente seleccionados y carentes de una verdadera evaluación integral.

En este sentido, las instituciones de educación superior latinoamericanas, deben actualizar su misión y visión, asumiendo en su concepción filosófica los principios que emanan de este organismo mundial en materia de educación.

Sin lugar a dudas, la educación venezolana y con mayor precisión, la educación universitaria, viven actualmente momentos de duros estremecimientos, productos de situaciones conflictivas internas y externas de diversa índole, especialmente en lo económico, político y social.

Obviamente, este escenario representó un marco de referencia para que las instituciones de educación superior venezolanas, asuman y desarrollen en su dinámica universitaria, un modelo de formación eminentemente crítico, que le permita mejorar su eficiencia independientemente de las urgencias políticas que la conmueven, creando las condiciones propicias para mantener una actitud crítica como conciencia social del país. Esto incluyó la formación de personal de alta calidad para la docencia, investigación científica y extensión, compatible con los planes de desarrollo del país y a la vez orientada a convertirse en vanguardia progresiva de la sociedad, de tal manera que desarrolle su propio proyecto político de cambio o transformación social.

En el caso particular, la concepción educativa de la Universidad del Zulia, se fundamenta en la formación de profesionales integrales, es decir, instruir hombres de una manera holística capaces de desempeñarse, desarrollando su pensamiento crítico, creativo y participativo, dirigida por valores éticos, científicos, estéticos, culturales, en el ámbito comunitario y en el científico-técnico para alcanzar las metas individuales y comunes<sup>3</sup>.

Asumiendo el compromiso de formación integral del hombre, el Consejo Universitario de la Universidad del Zulia, aprobó el Acuerdo 535, que norma las pautas del currículo vigente ajustadas al *Modelo de Currículo Integral* el cual centra la formación del estudiante en un conjunto de experiencias que faciliten la formación profesional, científica, cultural y humanística enmarcadas en los procesos de hominización, culturización y socialización<sup>4</sup>.

En este sentido, el modelo asumido por la institución, se caracteriza por el carácter integral, global en contraposición con la fragmentación del conocimiento, la atomización del aprendizaje y la separación entre el proceso de formación del recurso humano y la sociedad.

Dicho modelo global, parte del establecimiento de relaciones interdisciplinarias, entre la institución y la sociedad, entre la teoría y la práctica, entre la formación básica y la especializada, entre la enseñanza y el aprendizaje, inmerso en la compleja dinámica del mundo actual.

En el marco de las consideraciones señaladas, la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, como institución universitaria centra sus acciones en el desarrollo de un modelo educativo de alta calidad científica, con valores éticos, culturales y orientados hacia la formación del recurso humano altamente comprometido con el entorno social.

Por ello, el currículo de esta institución se fundamenta sobre la base de una estructura curricular innovadora, guiado por criterios

fundamentales como la pertinencia científica y social, calidad y eficiencia, con miras a formar un profesional capaz de enfrentarse a los cambios tecnológicos con capacidad de adaptación y espíritu creador de forma que se convierta en un activo promotor y actor del desarrollo sostenible de la humanidad.

Asimismo, la Facultad de Odontología desarrolla su proceso de formación sobre la base del modelo educativo predominante en la formación odontológica venezolana denominado *docencia-servicio*. Este modelo, se caracteriza por centrar su acción en el estudiante, integrar el conocimiento sobre la base de la resolución de problemas, tener un fuerte componente práctico poniendo en igualdad de importancia el desarrollo de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, así como hacer énfasis en la selección de conocimientos esenciales, centrados en los problemas más frecuentes en la región<sup>5</sup>.

Por otra parte, este modelo educativo permite desarrollar la capacidad analítica que incluye también la autoevaluación sistemática por parte del estudiante de su propio proceso de formación y la posibilidad de desarrollar metas objetivas personales para el mejoramiento profesional, otorgándole relevancia al desarrollo de actitudes y comportamientos de absoluta tolerancia, respeto, sentido ético y compromiso social que incluye cordialidad, empatía y solidaridad con las personas y la comunidad. Asimismo, valora la importancia que tiene el enfoque humanista en la actividad docente y en la práctica odontológica, donde el principio bioético de respeto al otro constituye la base fundamental en el quehacer académico.

Con este marco de referencia, la docencia en la Facultad de Odontología debe convertirse en una auténtica situación de aprendizaje andragógico, sustentada en sus principios rectores, es decir, la puesta en ejercicio de una praxología andragógica dirigida a los proble-

mas filosóficos, axiológicos, sociológicos y antropológicos de la educación superior a los asuntos metodológicos y metódicos del proceso educativo y a los sistemas de evaluación del aprendizaje.

En la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, en el quehacer docente se han efectuado avances importantes en cuanto a la incorporación de estrategias para el aprendizaje y de evaluación en el marco de las nuevas tendencias educativas. Asimismo, intentos para convertir el ambiente de aprendizaje tanto teórico como clínico, en el lugar más adecuado para que el profesor asuma el papel de orientador consciente, crítico y creativo que facilite al alumno el transformarse en un participante adulto con capacidad de asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje, de su auto perfeccionamiento de acuerdo a sus necesidades, intereses y aptitudes.

En este ámbito educativo, la evaluación de los aprendizajes se ha venido estudiando principalmente, bajo dos grandes orientaciones o paradigmas. Una primera, es la concepción evaluativa tradicional, signada por principios reconocidos como cientificistas y positivistas, otra, es aquella que surge bajo la impronta del constructivismo y de los nuevos aportes en la investigación desde los diversos campos de la pedagogía.

Sintetizando, la práctica profesional en la Facultad de Odontología de LUZ, se afianza en mayor grado en la significatividad de los aspectos cognoscitivos y procedimentales. Asimismo, se considera que el carácter de la objetividad radica en el hecho de que el estudiante cumpla un rol pasivo en dicho proceso, se cumple en mayor proporción la heteroevaluación. Las prácticas evaluativas están orientadas a productos (evaluación final) que centran la atención del estudiante en la "nota final" y estimulan el aprendizaje repetitivo y memorístico, bien de procedimientos, fórmu-

las o textos, según las características de la asignatura.

Bajo este paradigma, se hizo necesario desarrollar una metodología de evaluación participativa en los diversos escenarios docentes teóricos y prácticos-clínicos, del proceso de formación que permitan superar las formas tradicionales que históricamente se han basado en la identificación de conocimientos y habilidades.

De acuerdo a los planteamientos antes descritos, esta investigación tuvo como propósito caracterizar las estrategias de evaluación utilizadas en el aprendizaje clínico de la FACO/LUZ, con la finalidad de fortalecer el proceso académico en todas sus dimensiones.

## II. Materiales y Métodos

En atención a los objetivos que orientaron la presente investigación de tipo descriptiva y de campo y en previsión de la necesidad de recopilar información directamente en el escenario donde se encuentra el objeto de estudio. El diseño de investigación seleccionado fue de tipo *no - experimental y transeccional*.

En el caso específico de la presente investigación, la población de estudio se encontró representada por los ciento diecinueve (119) docentes activos de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, con sede en la ciudad de Maracaibo.

En lo que respecta a la muestra de estudio, representó una porción significativa de la población, presentando características comunes. Para el cálculo de la misma se utilizó con el programa estadístico Stats, con un error máximo aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95% y para la identificación de los participantes de la muestra se utilizaron números aleatorios. Finalmente, quedó constituida por cuarenta y seis (46) docentes que participan en

la Práctica Profesional desarrollada en el Centro Integral de Atención al Adulto (CIA).

El tipo de muestreo utilizado fue el probabilístico aleatorio simple, donde cada miembro de la población tuvo una probabilidad igual e independiente de ser seleccionado como parte de la muestra<sup>6</sup>.

Tomando en consideración las bases teóricas, la técnica de recolección de datos utilizada fue la denominada encuesta en la modalidad de cuestionario y el análisis documental.

En cuanto a los instrumentos de investigación se diseñó un cuestionario con opciones de respuestas en una escala tipo Lickert, la cual midió la frecuencia con que se representaron las opiniones o criterios con relación a las variables de estudio. Dicha escala correspondió a: Totalmente de Acuerdo (TA), De Acuerdo (DA), Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo (NAND), En Desacuerdo (ED), Totalmente en Desacuerdo (TD).

El cuestionario estructurado fue sometido a un proceso de validación de expertos, con la finalidad de comprobar si las preguntas diseñadas eran comprensibles y las respuestas a ellas significativas, en orden a la investigación pretendida<sup>7</sup>.

Posteriormente, se procedió al cálculo del índice de confiabilidad para determinar el grado o nivel de congruencia en la medición de las categorías de estudio. Para ello, la confiabilidad se calculó mediante la aplicación del programa estadístico NCSS 2004 Windows 95/98/2000/NT/XP, para determinar el nivel de significación y descripción de los ítems tanto pares como impares.

En este sentido, se obtuvo el alfa de Cronbach en un valor de 0.952, lo cual indicó un alto nivel de confiabilidad del Cuestionario utilizado para la recolección de la información.

El procesamiento y el análisis de las informaciones obtenidas en el desarrollo de la presente investigación, se llevó a cabo me-

dante dos actividades fundamentales: la primera, referida a la tabulación de datos en la cual se diseñó una tabla o matriz de doble entrada, en la que se vaciaron los resultados obtenidos en la investigación; y la segunda, inherente al tratamiento estadístico al que fueron sometidos los datos arrojados.

### **III. Análisis y discusión de los Resultados**

#### **Subdimensión Conductismo**

La Tabla 1 arrojó los siguientes resultados: En cuanto a la evaluación previa, se mostró diversidad en los resultados obtenidos para valorar este ítem. Se observó que el 30% estuvo de acuerdo que en la Práctica Profesional se efectúa dicha evaluación, con el propósito de revisar las condiciones de ingreso de los estudiantes. El 26% respondió estar totalmente de acuerdo y el mismo valor se presentó con la opción en desacuerdo. Finalmente, los resultados evidenciaron que el 11% de los profesores se ubicaron en una posición intermedia (ni en acuerdo ni en desacuerdo) y el 7% manifestó estar totalmente en desacuerdo.

La opinión de la muestra estudiada sobre la evaluación del aprendizaje clínico con énfasis en producir resultados que puedan ser observados en los estudiantes, se refleja que el 43% consideró estar de acuerdo que en la práctica profesional se reconoce esta situación, el 37% se inclinó hacia la opción totalmente de acuerdo, mientras que el resto de la muestra en menor porcentaje estuvo entre las opciones intermedia (7%), en desacuerdo (9%) y totalmente en desacuerdo (4%). Asimismo, los resultados relacionados a la evaluación del aprendizaje clínico con énfasis en producir resultados que puedan ser medibles en los estudiantes cursantes de las prácticas profesionales, evidenciaron los mayores porcentajes en las opciones de acuerdo y totalmente de

**Tabla 1.** Distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario para la variable estrategias de evaluación, subdimensión conductismo.

Ítems	Opciones de Respuesta									
	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evaluación previa	12	26.09	14	30.43	5	10.87	12	26.09	3	6.52
Resultados observables	17	36.96	20	43.48	3	6.52	4	8.70	2	4.35
Resultados medibles	13	28.26	24	52.17	2	4.35	7	15.22	—	—
Dominio de pasos iniciales	24	52.17	16	34.78	1	2.17	5	10.87	—	—
Modelaje	14	30.43	21	45.65	6	13.04	4	8.70	1	2.17
Secuencia de la práctica	27	58.70	13	28.26	3	6.52	2	4.35	1	2.17
3Memorización de conocimientos	4	8.70	10	21.74	15	32.61	9	19.57	8	17.39
Memorización de procedimientos	3	6.52	14	30.43	11	23.91	12	26.09	6	13.04
Evaluación de resultados	6	13.04	21	45.65	9	19.57	5	10.87	5	10.87
Evaluación docente	17	36.96	21	45.65	1	2.17	5	10.87	2	4.35

Fuente: Pineda (2006).

acuerdo, a saber: el 15% de los docentes encuestados, coincidieron con la escala en desacuerdo, el 4% con la intermedia y ningún miembro de la muestra estudiada respondieron hacia la opción totalmente en desacuerdo.

En relación, a la evaluación del aprendizaje clínico con énfasis en el dominio de los pasos iniciales, antes de progresar a niveles más complejos de desempeño, los resultados arrojados mostraron que el 52% de los docentes que participan en el CIA estuvieron totalmente de acuerdo con esta situación y el 35% manifestó estar de acuerdo. Un mínimo porcentaje de la muestra estudiada respondió ni en acuerdo ni en desacuerdo (2%), el 11% en desacuerdo y finalmente ningún docente consideró la opción totalmente en desacuerdo.

El ítem correspondiente a si en la actividad clínica se utiliza el modelaje para asegurar el correcto desempeño, también perteneciente a la subdimensión conductismo, arrojó los si-

guientes resultados: un 46% de las unidades muestrales indicaron estar de acuerdo que en la práctica profesional se considera esta situación; el 30% estuvieron totalmente de acuerdo; el 13% ni en acuerdo ni en desacuerdo; en contraste con el 9% y 2% que se ubicaron en las opciones en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente.

Al analizar la evaluación del aprendizaje clínico en relación con la secuencia de la práctica, se evidenciaron altos porcentajes en las escalas más positivas del instrumento: el 59% de la muestra consideró estar totalmente de acuerdo que la misma se desarrolla siguiendo un orden de complejidad creciente (de lo simple a lo complejo), el 28% estuvo de acuerdo. Igualmente, se mostraron porcentajes bajos en las opciones ni en acuerdo ni en desacuerdo (7%), en desacuerdo (4%) y totalmente en desacuerdo (2%).

Los resultados obtenidos en cuanto a la evaluación del aprendizaje clínico centrada en la memorización de los conocimientos, denotaron que las respuestas estuvieron polarizadas en porcentajes similares entre las opciones de acuerdo (22%) y en desacuerdo (20%), totalmente en desacuerdo (17%) y totalmente de acuerdo (9%), ubicándose el mayor porcentaje (32%) en la escala intermedia. Igualmente, en cuanto a la memorización de los procedimientos, se evidenció una tendencia similar, el 30% de la muestra estudiada optó por la escala de acuerdo, el 26% por la opción en desacuerdo, el 24% estuvieron en la posición intermedia y finalmente el 13% y 7% se ubicaron en totalmente en desacuerdo y totalmente de acuerdo.

En atención a la evaluación del aprendizaje clínico centrado en gran medida en el producto, se observó que el 45% de las unidades muestrales respondieron estar de acuerdo con esta condición, el 20% se mantuvo en la escala intermedia, el 13% en totalmente de acuerdo y el 11% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Finalmente, en el último ítem de la subdimensión conductismo relacionado con la evaluación predominante en el aprendizaje clínico la realizada por el docente, se observaron los mayores porcentajes en las opciones de acuerdo (46%) y totalmente de acuerdo (37%) y los menores valores en las escalas en desacuerdo (11%), totalmente en desacuerdo (4%) y ni en acuerdo ni en desacuerdo (2%).

Sintetizando, los resultados obtenidos en los indicadores relacionados con la subdimensión conductismo evidenciaron, que existe en el aprendizaje clínico de las prácticas profesionales desarrolladas en el Centro Integral de Atención al Adulto (CIA), una tendencia educativa hacia el uso de estrategias de evaluación sustentadas en este enfoque teórico, ya que el empleo de procedimientos se aplican con la finalidad de estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el

entorno como un conjunto de estímulo-respuesta. En este sentido, el desarrollo de la evaluación, tuvo énfasis en producir resultados observables y mensurables en los estudiantes, en el dominio de los primeros pasos antes de progresar a niveles más complejos de desempeño, en el uso de refuerzos y de “pistas” o “indicios”, modelaje y práctica para asegurar una fuerte asociación estímulo-respuesta<sup>8</sup>.

Igualmente, estos resultados reflejaron una correspondencia con los arrojados en la investigación desarrollada por Berrios Bastidas<sup>9</sup>, quién señaló en sus conclusiones que la evaluación manejada por los docentes de la escuela de enfermería de LUZ, es mayoritariamente de tipo conductista. Igualmente, en relación a la evaluación previa se presentó una condición similar, donde la mayoría de los profesores no practican este tipo de evaluación.

### **Subdimensión Cognoscitivismo**

La Tabla 2 permitió evidenciar los siguientes resultados:

El 50% de la muestra consideró estar de acuerdo en que el estudiante asume con responsabilidad su propio proceso de aprendizaje clínico, el 22% estuvo totalmente de acuerdo, el 13% se situó en la posición intermedia, el 11% en desacuerdo y el 4% totalmente en desacuerdo. Al analizar lo referido, se reveló un mayor consenso en las escalas más positivas del cuestionario, con una sumatoria del 77%, lo que se interpretó que el rol del docente se caracteriza por generar hechos reales que sirvan de estímulo al participante, de crear conciencia en su propio proceso cognitivo para lograr un aprendizaje significativo.

Los resultados inherentes al siguiente ítem, reflejaron que el 46% de la muestra estudiada estuvo de acuerdo en que los estudiantes alcanzan un nivel de madurez que les permite efectuar la autoevaluación del desempeño clínico de una manera objetiva, el 17% ma-



**Tabla 2.** Distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario para la variable estrategias de evaluación, subdimensión cognoscitivismo.

Ítems	Opciones de Respuesta									
	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autoaprendizaje	10	21.74	23	50.00	6	13.04	5	10.87	2	4.35
Madurez	8	17.39	21	45.65	8	17.39	9	19.57	—	—
Autoevaluación	8	17.39	18	39.13	9	19.57	10	21.74	1	2.17
Criterios en la autoevaluación	3	6.52	11	23.91	7	15.22	16	34.78	9	19.57
Evaluación objetiva	9	19.57	17	36.96	7	15.22	10	21.74	3	6.52
Motivación	18	39.13	24	52.17	2	4.35	1	2.17	1	2.17
Evaluación formativa	13	28.26	23	50.00	2	4.35	7	15.22	1	2.17
Evaluación formativa sin calificación	7	15.22	16	34.78	7	15.22	12	26.09	4	8.70
Evaluación sumativa Vs episodio didáctico	15	32.61	24	52.17	2	4.35	4	8.70	1	2.17
Comprobación del aprendizaje clínico	10	21.74	28	60.87	5	10.87	—	—	3	6.52
Evaluación sumativa Vs logro de objetivos	10	21.74	28	60.87	3	6.52	3	6.52	2	4.35
Evaluación sumativa Vs desarrollo individual	10	21.74	21	45.65	10	21.74	4	8.70	1	2.17

Fuente: Pineda (2006).

nifestó estar totalmente de acuerdo con lo señalado, el 20% se inclinó hacia la escala en desacuerdo y el 17% estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo. Cabe destacar, que la opción totalmente en desacuerdo no representó ningún porcentaje.

En cuanto a la autoevaluación del estudiante durante el aprendizaje clínico, el 39% de la muestra respondió de acuerdo, el 17% totalmente de acuerdo, el 22% en desacuerdo, el 20% ni en acuerdo ni en desacuerdo y finalmente el 2% estuvo totalmente en desacuerdo. Estos resultados evidenciaron una falta de consenso por parte del personal docente y de

investigación que participa en el CIA, siendo un insumo importante para el fortalecimiento del proceso de evaluación desarrollado en el aprendizaje clínico.

Al evaluar lo referido a sí en el aprendizaje clínico se utiliza un instrumento para la autoevaluación sobre la base de criterios bien definidos, el mayor porcentaje (34%) se concentró en la escala en desacuerdo, el resto de la muestra estuvo distribuida en las opciones de acuerdo con un 24%, totalmente en desacuerdo representado por un 20%, ni en acuerdo ni en desacuerdo con un 15% y el 7% ubicado en totalmente de acuerdo. En los resul-

tados se observó que el mayor consenso se dio en las escalas más negativas del instrumento, lo que permite deducir que existen fallas en el proceso de autoevaluación del aprendizaje clínico.

El ítem 15 perteneciente a la evaluación integral objetiva del aprendizaje clínico, indicó el mayor porcentaje hacia las opciones de acuerdo (36%) y totalmente de acuerdo (20%). Asimismo, mostró un 15% en la posición media, un 22% en la escala de Lickert en desacuerdo y un 7% en totalmente en desacuerdo. De igual manera, los porcentajes obtenidos en este ítem no contemplaron una posible aproximación de un mayor consenso en las opciones relacionadas con las escalas más positivas, lo que evidenció fallas en el proceso de evaluación integral desarrollado en el escenario de docencia servicio.

Los resultados observados con respecto a si el docente estimula las experiencias reales que permiten en el estudiante crear conciencia de su proceso de aprendizaje clínico, revelaron un mayor porcentaje en las opciones de acuerdo (53%) y totalmente de acuerdo (39%), lo que evidenció una fortaleza. Es importante señalar, que las otras escalas utilizadas en el instrumento de recolección de la información representaron los porcentajes más bajos, a saber: ni en acuerdo ni en desacuerdo el 4%, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo solo el 2%.

Los efectos inherentes a la evaluación formativa desarrollada en la práctica profesional, evidenciaron que el mayor consenso de la muestra estudiada se obtuvo en las escalas más positivas del instrumento, a saber: 51% de acuerdo, 28% totalmente de acuerdo, con una sumatoria del 79%, 4% en la escala intermedia, 15% en desacuerdo y finalmente 2% totalmente en desacuerdo. Asimismo, los valores obtenidos demostraron que este tipo de evaluación se efectúa de una manera continua, con el propósito de indagar sobre la marcha del aprendizaje clínico del estudiante.

Al analizar el siguiente ítem, referido a si la evaluación formativa del aprendizaje clínico no genera calificación, se observaron los siguientes valores: 35% de acuerdo, 26% en desacuerdo, 15% totalmente de acuerdo al igual que en la escala ni en acuerdo ni en desacuerdo y 9% en la opción totalmente en desacuerdo. El pastel mostró una polarización de los mayores porcentajes en las escalas de acuerdo y en desacuerdo, evidenciando una falta de consenso en los resultados de la muestra, lo que permitió señalar que probablemente este tipo de evaluación cualitativa se desarrolla en la práctica profesional bajo un enfoque cuantitativo.

En cuanto, a la evaluación sumativa posterior a la culminación del episodio didáctico significativo, los porcentajes obtenidos en la muestra estudiada evidenciaron una fortaleza en el desarrollo de este tipo de evaluación en el aprendizaje clínico, a saber: 52% de acuerdo y 33% totalmente de acuerdo. De igual manera, el gráfico mostró porcentajes poco significativos en las escalas restantes utilizadas en el instrumento de recolección de datos.

Al considerar, el propósito de la evaluación sumativa se reflejó que el 60% de las unidades muestrales se ubicaron en la escala de acuerdo y el 22% en la totalmente de acuerdo. La sumatoria del resultado obtenido permite señalar que el personal docente y de investigación que participa en el CIA tiene claro el propósito de este tipo de evaluación el cual relaciona el aprendizaje clínico con la calificación final. Igualmente, se ubicaron valores en las opciones ni en acuerdo ni en desacuerdo (11%) y en totalmente en desacuerdo (7%). El mismo gráfico mostró que el 60% de los docentes manifestó estar de acuerdo que la evaluación sumativa se centra en el logro de los objetivos del programa instruccional de cada práctica profesional, el 22% se ubicó en la escala totalmente de acuerdo, el 7% en la opción intermedia y en desacuerdo; finalmente el 4% totalmente en de-

sacuerdo. Se evidenció una situación similar en ambos ítems, donde el mayor porcentaje se obtuvo en los escenarios más positivos de la escala, lo que constituyó una fortaleza en cuanto a la evaluación respectiva.

Así mismo, la evaluación sumativa dirigida al desarrollo individual del estudiante, la barra permitió señalar que en los resultados de la muestra el 45% estuvo de acuerdo, 22% totalmente de acuerdo y ni en acuerdo ni en desacuerdo, 9% en desacuerdo y 2% en totalmente en desacuerdo. Aún, cuando se observó distribución de los resultados en las escalas, existió una mayor concentración de los valores en las opciones de acuerdo y totalmente de acuerdo. Sin embargo, este aspecto debe ser considerado como insumo importante para los escenarios de discusión inherentes a la evaluación del aprendizaje clínico.

Los resultados de esta subdimensión mostraron características que contribuyen al fortalecimiento de la evaluación en el marco de este enfoque, develando una gran tendencia de esta teoría de aprendizaje en cuanto al uso de estrategias de evaluación en la Práctica Profesional del CIA. Sin embargo, la falta de consenso mostrada en algunos indicadores permitió identificar algunas debilidades fundamentalmente en relación a los criterios establecidos para la autoevaluación y la evaluación formativa.

De igual manera, estos resultados coincidieron con los hallazgos encontrados por Berrios<sup>9</sup> en su investigación, particularmente lo referido a la gran tendencia que existe en la escuela de enfermería de LUZ, hacia el uso de estrategias de evaluación fundamentadas en la teoría de aprendizaje Cognoscitivismo. Asimismo, coincidieron los resultados obtenidos con respecto a la evaluación formativa, con la diferencia que en este estudio, se reflejó un desarrollo parcial de la evaluación formativa bajo un enfoque cuantitativo.

### **Subdimensión Constructivismo**

La Tabla 3 reflejó en relación a la participación del estudiante de manera activa, continua y permanente en el proceso de evaluación del aprendizaje clínico, una concentración de los valores en las opciones de acuerdo (41%) y totalmente de acuerdo (22%). La diferencia porcentual quedó distribuida en el resto de las escalas ubicándose el 17% en desacuerdo. La opinión de la muestra en torno a si los estudiantes participan en la evaluación del desempeño docente, evidenciaron una polarización de los resultados en las opciones de acuerdo (30%) y en desacuerdo (24%). Cabe destacar, que la escala totalmente en desacuerdo alcanzó un 20% de los resultados. Obviamente, estos datos reflejan una falta de consenso en la muestra, lo que indicó que existe en el aprendizaje clínico, un predominio en la evaluación del docente, es decir énfasis en la heteroevaluación.

Al analizar, la coevaluación en el aprendizaje clínico la barra permite señalar que el 30% estuvo de acuerdo y el 24% de los docentes manifestaron estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Indiscutiblemente, estos valores reflejaron deficiencias para evaluar el desempeño de cada uno de los participantes del grupo con la opinión del profesor al final de cada hecho educativo. Es importante señalar, que los tipos de evaluación deben ser cónsonos con la actividad docente que se lleve a cabo, se presume que estos resultados se obtuvieron ya que en el aprendizaje clínico existe dificultad para el desarrollo de la evaluación cooperativa debido a la naturaleza del mismo. Asimismo, el siguiente ítem acerca de si se utiliza un instrumento para la coevaluación sobre la base de criterios bien definidos, los resultados arrojados coincidieron con los planteamientos anteriores. El mayor porcentaje se ubicó en la escala totalmente en desacuerdo (48%).

En atención al uso de instrumentos en el aprendizaje clínico para la evaluación realiza-

**Tabla 3.** Distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario para la variable estrategias de evaluación, subdimensión constructivismo.

Ítems	Opciones de Respuesta									
	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participación del estudiante	10	21.74	19	41.30	6	13.04	8	17.39	3	6.52
Relación docente-alumno	5	10.87	14	30.43	7	15.22	11	23.91	9	19.57
Coevaluación	4	8.70	14	30.43	6	13.04	11	23.91	11	23.91
Instrumento para la Coevaluación	5	10.87	4	8.70	5	10.87	10	21.74	22	47.83
Instrumento en la Heteroevaluación	15	32.61	14	30.43	3	6.52	7	15.22	7	15.22
Evaluación Integral	17	36.96	18	39.13	4	8.70	4	8.70	3	6.52
Aspectos Cognoscitivos	29	63.04	14	30.43	2	4.35	—	—	1	2.17
Aspectos Procedimentales	28	60.87	17	36.96	—	—	—	—	1	2.17
Aspectos Actitudinales	27	58.70	18	39.13	—	—	—	—	1	2.17
Resolución de problema independiente	8	17.39	20	43.48	9	19.57	6	13.04	3	6.52
Zona de Desarrollo Próximo	13	28.26	24	52.17	2	4.35	5	10.87	2	4.35
Proceso	3	6.52	4	8.70	6	13.04	15	32.61	18	39.13
Producto	5	10.87	3	6.52	3	6.52	16	34.78	19	41.30
Proceso-Producto	23	50.00	15	32.61	—	—	6	13.04	2	4.35
Situaciones para evaluar proceso-producto	13	28.26	18	39.13	3	6.52	9	19.57	3	6.52
Significados construidos	7	15.22	20	43.48	5	10.87	10	21.74	4	8.70
Aprendizaje significativo	6	13.04	23	50.00	8	17.39	6	13.04	3	6.52
Impacto del aprendizaje en la Evaluación	21	45.65	20	43.48	2	4.35	1	2.17	2	4.35
Metas en el aprendizaje clínico	25	54.35	14	30.43	3	6.52	2	4.35	2	4.35
Proceso afectivo	15	32.61	21	45.65	5	10.87	3	6.52	2	4.35

Fuente: Pineda (2006).

da por el docente sobre la base de indicadores, se demostró en el gráfico que los mayores valores se ubicaron en las opciones totalmente de acuerdo (33%) y de acuerdo (31%). Asimismo, se resaltó que el 30% de la muestra distribuyó este valor en las escalas en desacuerdo y en totalmente desacuerdo. Estos datos permitieron evidenciar algunas fallas en la estructuración de los indicadores utilizados en el ins-

trumento, para evaluar los aspectos cognoscitivos, procedimentales y actitudinales en el aprendizaje clínico.

Los resultados inherentes a la evaluación integral del aprendizaje clínico representaron los siguientes resultados: el 76% se ubicó en las opciones de acuerdo y totalmente de acuerdo. Igualmente, los valores obtenidos de los ítems correspondientes a la evaluación de

los aspectos de tipo cognoscitivos, procedimentales y actitudinales apuntaron a los escenarios más positivos de la escala, totalmente de acuerdo y de acuerdo. Los datos finales de estos indicadores, evidenciaron una coherencia interna entre la concepción teórica del currículo integral de la FACO/LUZ y el tipo de evaluación que se desarrolla, ya que incluye todo lo concerniente a las dimensiones del saber, saber hacer y del ser.

Finalmente, en relación a la evaluación del aprendizaje clínico centrado en la resolución de problema de manera independiente, se observó que el 43% estuvo de acuerdo, el 17% totalmente de acuerdo y un 20% se ubicó en la escala intermedia.

El ítem referido a la zona de desarrollo próximo, permitió destacar que el 80% de los profesores consideraron que en el aprendizaje clínico la resolución de un problema se ejecuta bajo la guía del docente o estudiante monitor de mayor capacidad, con la finalidad de que el participante identifique su zona de desarrollo próximo real y alcance la ideal en el marco del modelo educativo docencia servicio de la institución.

Con respecto a los ítems relacionados con el proceso y producto en el aprendizaje clínico, los resultados reflejaron que estos aspectos no deben ser evaluados de forma aislada ni existir el predominio de uno sobre el otro. El consenso de la muestra (83%) opinó que el proceso para dar solución a un problema determinado es tan importante como el producto final. En el siguiente aspecto, concerniente a si se crean situaciones y espacios para que los alumnos aprendan a evaluar el proceso y el resultado de sus propios aprendizajes, se observó que el 68% se ubicó en las escalas de acuerdo y totalmente de acuerdo. Particularmente, en este ítem se evidenció una falta de coincidencia en los resultados lo que demostró ciertas fallas en el proceso de autoevaluación del alumno.

Por último, los ítems correspondientes a los significados construidos como producto del aprendizaje, aprendizaje significativo, impacto positivo del aprendizaje significativo en la evaluación, metas valiosas en el aprendizaje clínico y el desarrollo de una clima afectivo, evidenciaron que más del 60% de la muestra que participó en dicho estudio manifestaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con los planteamientos señalados. Asimismo, se mostraron porcentajes pocos significativos en las otras opciones de la escala Lickert empleada en el instrumento de recolección de datos.

En síntesis, los resultados obtenidos en la subdimensión Constructivismo, develaron la inserción de algunos elementos de la evaluación en la Práctica Profesional. Asimismo, se identificaron algunas debilidades en los aspectos que contempla este enfoque teórico, a saber: participación activa del estudiante en la evaluación, relación docente-alumno, desarrollo de la evaluación cooperativa (coevaluación) con un instrumento claramente estructurado, instrumento utilizado en la heteroevaluación, resolución de problemas de manera independiente, significados construidos y aprendizaje significativo. Cabe destacar, que estos nudos críticos identificados, residen en cierta medida a la falta de un instrumento diseñado para la autoevaluación, y coevaluación, finalmente, en el caso particular de la evaluación cooperativa, se presume que la falla es debido a la naturaleza del aprendizaje clínico desarrollado en este escenario académico.

Estos hallazgos coinciden en cierta medida con los encontrados por Vélchez<sup>10</sup>, en relación a la evaluación de los aprendizajes aplicada por el docente en la educación básica en el marco de la reforma curricular, cuyos resultados fueron los siguientes: la formativa se lleva de manera medianamente adecuada, mientras que la sumativa es inadecuada ya que se desarrolla cuantitativamente, enfocando su interés en los resultados

y no en el proceso. En el caso particular de la presente investigación, existió una relación armónica entre la evaluación del proceso y el producto en la Práctica Profesional.

Finalmente, cabe destacar los resultados obtenidos en el estudio realizado por Velásquez<sup>11</sup> quién señaló en sus conclusiones que la aplicación de estrategias instruccionales y de evaluación enmarcadas en el paradigma constructivista mejora el rendimiento estudiantil.

### **Subdimensión Aprendizaje Basado en Problemas**

En la Tabla 4, el ítem correspondiente a la evaluación del aprendizaje clínico fundamentada en la retroalimentación de fortalezas y debilidades hacia el estudiante, evidenció los mayores porcentajes en las opciones de acuerdo (47%) y totalmente de acuerdo (43%). El 4% respondió ni en acuerdo ni en desacuerdo y la misma condición se presentó en la opción en desacuerdo; por último un 2% totalmente en desacuerdo. La retroalimentación constructiva por parte de los estudiantes demostró los siguientes porcentajes; un 45% manifestó estar de acuerdo, un 33% totalmente de acuerdo; un 1% ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 7% en desacuerdo y un 4% totalmente en desacuerdo. Los porcentajes observados permitieron destacar que la sumatoria de ambos reactivos en las primeras escalas está por encima del 75%.

El reactivo correspondiente a la evaluación de la preparación para la sesión clínica también arrojó los siguientes resultados: un 48% de las unidades muestrales indicaron estar de acuerdo, el 37% estuvo totalmente de acuerdo, un 11% mostró estar en desacuerdo, el 2% respondió estar ni en acuerdo ni en desacuerdo y la misma condición se presentó en la opción totalmente en desacuerdo.

De igual manera, al analizar si el estudiante apoya el proceso del grupo en la eva-

luación del aprendizaje clínico, la barra permitió describir que el 34% estuvo de acuerdo; el 22% en NAND; el 20% totalmente de acuerdo, un 17% en desacuerdo y el porcentaje más bajo en totalmente en desacuerdo (7%). Asimismo, el gráfico mostró los resultados obtenidos referentes a la importancia del comportamiento en grupo y si esta posibilita las relaciones interpersonales, arrojando mayores valores en las primeras escalas, un 48% manifestó estar de acuerdo; un 41% totalmente de acuerdo; un 7% totalmente en desacuerdo; un 2% ni en acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo.

En relación al trabajo en equipo en la evaluación del aprendizaje clínico, los resultados mostraron que el 34% estuvo de acuerdo con el ítem respectivo, un 33% manifestó estar totalmente de acuerdo, un 20% en desacuerdo. Un mínimo porcentaje de la muestra estudiada respondió un 9% en totalmente desacuerdo y un 4% en ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Referente a la evaluación de actitudes y habilidades humanas, se evidenció un alto porcentaje en la opción totalmente de acuerdo 51%, seguido de un 39% la opción de acuerdo, en contraposición de valores bajos en las opciones ni en acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo (4%) y finalmente, un mínimo porcentaje en totalmente en desacuerdo (2%).

Al considerar, la capacidad de generar conocimiento por parte de los estudiantes en el escenario clínico, la barra mostró los siguientes resultados, un 50% esta totalmente de acuerdo, 37% mostró estar de acuerdo, un 9% en desacuerdo, 4% totalmente en desacuerdo y ningún docente consideró la opción ni en acuerdo ni en desacuerdo.

En relación al primer ítem de tabla 4, se evidenció un alto porcentaje en el uso de mapas de representaciones como estrategias de evaluación, dando como resultados que un 43% de los docentes encuestados mostraron estar de acuerdo, un 20% en ni en acuerdo ni

**Tabla 4.** Distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario para la variable estrategias de evaluación, subdimensión aprendizaje basado en problemas (ABP).

Ítems	Opciones de Respuesta									
	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fortalezas y Debilidades del alumno	20	43.48	21	45.65	2	4.35	2	4.35	1	2.17
Retroalimentación constructiva	19	41.30	19	41.30	3	6.52	3	6.52	2	4.35
Preparación para la sesión clínica	17	36.96	22	47.83	1	2.17	5	10.87	1	2.17
Apoyo del estudiante al grupo	9	19.57	16	34.78	10	21.74	8	17.39	3	6.52
Relaciones interpersonales	19	41.30	22	47.83	1	2.17	1	2.17	3	6.52
Trabajo en equipo	15	32.61	16	34.78	2	4.35	9	19.57	4	8.70
Habilidades humanas	23	50.00	18	39.13	2	4.35	2	4.35	1	2.17
Generación de conocimiento	23	50.00	17	36.96	—	—	4	8.70	2	4.35
Mapa de representaciones	7	15.22	20	43.48	9	19.57	7	15.22	3	6.52
autoGuía de categorías	2	4.35	6	13.04	5	10.87	13	28.26	20	43.48
Seminarios	4	8.70	14	30.43	2	4.35	18	39.13	8	17.39
Evaluación del desempeño docente	4	8.70	12	26.09	2	4.35	14	30.43	14	30.43
Ambiente de aprendizaje	3	6.52	14	30.43	8	17.39	8	17.39	13	28.26
Medios instruccionales	5	10.87	12	26.09	8	17.39	10	21.74	11	23.91
Sistema pedagógico	8	17.39	10	21.74	4	8.70	10	21.74	14	30.43
Nivel de complejidad	19	41.30	23	50.00	—	—	3	6.52	1	2.17

Fuente: Pineda (2006).

en desacuerdo, un 15% respondió estar totalmente de acuerdo y la misma condición se presentó en la opción en desacuerdo, por último un 7% manifestó estar en total desacuerdo.

La opinión de la muestra estudiada en cuanto al uso de guías de categorías para evaluar a sus compañeros reflejó que el 44% consideró estar en total desacuerdo con el ítem. Asimismo, el 28% se inclinó hacia la opción en desacuerdo mientras que el resto de la muestra en menor porcentaje estuvo entre las opciones intermedias (11%) ni en acuerdo ni en

desacuerdo, de acuerdo (13%) y totalmente de acuerdo (4%).

En relación a la presentación oral de casos clínicos como estrategia de evaluación el gráfico muestra diversidad en los resultados obtenidos para valorar dicha condición. En él se observó que un 40% de la muestra estuvo de acuerdo, el 30% respondió estar de acuerdo, un 17% manifestó estar en total desacuerdo, estando los más bajos porcentajes en las opciones totalmente de acuerdo 9% y NAND un 4%.

Asimismo, evidenció los mayores porcentajes en la opción en desacuerdo con un 31% referente a la participación del estudiante en el desempeño docente, seguido con un 30% en la opción totalmente en desacuerdo. El 26% de los docentes encuestados coincidió en la escala de acuerdo, y con porcentajes más bajos observamos con un 9% totalmente de acuerdo y un 4% ni en acuerdo ni en desacuerdo.

En cuanto a la evaluación de las condiciones del ambiente de aprendizaje se arrojaron los siguientes resultados; un 31% manifestó estar de acuerdo; un 28% totalmente en desacuerdo. El 17% respondió estar en desacuerdo con el ítem, la misma condición se presentó con la opción ni en acuerdo ni en desacuerdo; y con el porcentaje más bajo la opción totalmente de acuerdo con un 7%.

Al analizar la evaluación de medios instruccionales en cada sesión clínica el gráfico evidenció similares porcentajes en las diversas opciones. El 26% manifestó estar de acuerdo con el ítem, un 24% en total desacuerdo, un 22% en desacuerdo, un 17% ni en acuerdo ni en desacuerdo y un 11% totalmente de acuerdo.

El ítem correspondiente a la evaluación del sistema pedagógico reflejó que un 30% de las unidades muestrales indicaron estar en total desacuerdo, el 22% en desacuerdo; con los mismos resultados la opción de acuerdo con un 22%; con un 17% totalmente de acuerdo y un 9% ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Se observó también un alto resultado en la opción de acuerdo con un 50% referente a la evaluación en relación al nivel de complejidad de la Práctica Profesional, un 41% totalmente de acuerdo; un 7% en desacuerdo, un 2% totalmente en desacuerdo y finalmente ningún docente consideró la opción ni en acuerdo ni en desacuerdo.

En cuanto a, los resultados obtenidos en las estrategias de evaluación enmarcadas en el aprendizaje basado en problemas, igualmente

se presentaron características cónsonas con este enfoque. Sin embargo, se develaron algunas debilidades en relación al uso de estrategias de evaluación, fundamentalmente lo inherente al uso de una guía de categorías de evaluación por parte del alumno que le ayuda al proceso de evaluación del compañero, retroalimentación del tutor acerca de la manera en que participó con el grupo y el uso de presentaciones orales como medio instruccional que contribuye al desarrollo de habilidades cognitivas.

Puntualizando, se presentó una situación similar a la del Constructivismo, estando en mayor proporción la inserción de algunos elementos de la evaluación bajo este enfoque teórico.

### **Subdimensión Humanismo**

En relación a si el docente desarrolla una evaluación cualitativa, el mayor porcentaje de los docentes encuestados manifestaron estar de acuerdo en un 65%, 22% totalmente de acuerdo, 9% ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 2% respondió estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (Tabla 5).

El interés del docente por el alumno como ser íntegro arrojó los siguientes resultados; un 49% de la muestra encuestada manifestó estar de acuerdo, similar porcentaje (43%) respondió estar totalmente de acuerdo con el ítem. El resto de las opciones arrojaron bajos resultados tales como: un 4% totalmente en desacuerdo, un 2% en desacuerdo y otro 2% ni en acuerdo ni en desacuerdo.

En cuanto a la actitud receptiva hacia nuevas formas de enseñanza por parte del docente, se evidenciaron los siguientes resultados: un 47% de las unidades muestrales indicaron estar totalmente de acuerdo, el 37% indicó estar de acuerdo, en contraste un 7% manifestó ni en acuerdo ni en desacuerdo, al igual que un 7% en total desacuerdo, dando como porcentaje más bajo un 2% en desacuerdo.



**Tabla 5.** Distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario para la variable estrategias de evaluación, subdimensión humanismo.

Ítems	Opciones de Respuesta									
	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evaluación cualitativa	10	21.74	30	65.22	4	8.70	1	2.17	1	2.17
Alumno como ser íntegro	20	43.48	22	47.83	1	2.17	1	2.17	2	4.35
Actitud receptiva	22	47.83	17	36.96	3	6.52	1	2.17	3	6.52
Espíritu cooperativo	21	45.65	20	43.48	1	2.17	1	2.17	3	6.52
Comprensión a los estudiantes	17	36.96	23	50.00	2	4.35	2	4.35	2	4.35
Sensibilidad humana	16	34.78	20	43.48	7	15.22	1	2.17	2	4.35
Disposición del docente	32	69.57	10	21.74	2	4.35	—	—	2	4.35

Fuente: Pineda (2006).

En relación al fomento del espíritu cooperativo por parte del docente hacia los estudiantes de CIA, los resultados del gráfico arrojaron lo siguiente: un 46% de la muestra manifestó estar totalmente de acuerdo con el ítem, similar porcentaje la opción de acuerdo con un 43%; y con bajos porcentajes las opciones totalmente en desacuerdo con un 7%; con un 2% ni en acuerdo ni en desacuerdo, al igual que la opción en desacuerdo.

En la misma tabla se observó en relación a la comprensión de los estudiantes en la evaluación del aprendizaje clínico un 50% en la opción de acuerdo; seguido de un 37% en totalmente de acuerdo. En las escalas ni en acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, se mostraron porcentajes similares (4%).

En el ítem correspondiente a la sensibilidad humana por parte del docente en la práctica profesional hacia las percepciones y sentimientos de los estudiantes, arrojó los siguientes resultados; un 44% de las unidades muestrales indicaron estar de acuerdo con el ítem, el 35% totalmente de acuerdo, un 15% de la muestra evidenció estar ni en acuerdo ni en

desacuerdo y con bajos porcentajes las opciones totalmente en desacuerdo con un 4% y con un 2% en desacuerdo.

Finalmente, en cuanto a la disposición de conocimientos y experiencias por parte del docente a sus alumnos, se observó el mayor porcentaje en la escala totalmente de acuerdo con un 70%, seguido de un 22% en la opción de acuerdo. Porcentajes menores resultaron las opciones ni en acuerdo ni en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (4%), finalmente ningún docente encuestado consideró la opción en desacuerdo.

Los resultados obtenidos en esta subdimensión, evidenciaron una coherencia interna entre lo conceptualmente definido y la operatividad del modelo educativo de la Facultad de Odontología/LUZ, el cual apunta hacia el desarrollo de una Odontología Social sustentada primordialmente en el enfoque humanista. En este sentido, el diseño curricular vigente busca una mayor pertinencia sociocultural de la Odontología fundamentada en esta teoría, donde el hombre es considerado como un ser social, objeto y sujeto de su transformación.<sup>5</sup>

En este contexto, los resultados evidenciaron la inserción de los principios bioéticos en el quehacer académico de la práctica profesional, donde el docente durante el proceso de evaluación asume roles inscritos en un modelo educativo caracterizado por ser holístico, integral y desarrollado sobre la base de una ciencia humana per sé. Asimismo, se constituye en un ser con conciencia moral, fortaleciendo las relaciones humanas, el compromiso hacia la salud bucal y a elevar la calidad de vida de la población.

#### IV. Conclusiones

- En la Práctica Profesional existe una tendencia hacia el uso de estrategias de evaluación bajo el enfoque *Conductista*, con énfasis en la memorización de aspectos cognoscitivos, procedimentales y en la evaluación de resultados observables y medibles. Asimismo, los resultados develaron el carácter cuantitativo en relación al alcance de los objetivos propuestos en el sistema instruccional.
- Igualmente, se observó una gran tendencia hacia el enfoque *Cognoscitivista*, ya que el docente en forma concreta propicia hechos reales que sirven de estímulos al participante, para lograr de él mismo un aprendizaje significativo.
- En cuanto a las subdimensiones, *Construccionismo y Aprendizaje Basado en Problemas*, se evidenció en los resultados que el docente que participa en la Práctica Profesional inserta en el proceso de evaluación, algunas estrategias consideradas en estos enfoques teóricos. Sin embargo, se develaron ciertas debilidades dirigidas principalmente hacia la evaluación formativa, sumativa (auto y coevaluación) y los instrumentos utilizados en la heteroevaluación.
- La evaluación desarrollada en el CIA, descansa en mayor proporción sobre el docente y el cursante en casi todas las actividades de aprendizaje se convierte en un ente completamente pasivo.
- En cuanto a la subdimensión humanismo, los resultados revelaron que los docentes en un porcentaje significativo desarrollan un proceso de evaluación sobre la base de estrategias que contribuyen a la formación integral de estudiantes, capaces de tomar decisiones dentro de un ámbito donde prime el respeto a los derechos humanos, evidencia que permite afianzar el componente axiológico del modelo curricular de la FACO/LUZ.
- Los resultados obtenidos en esta investigación, permitieron afirmar posiciones de algunos autores reconocidos en el ámbito educativo, en relación a la aplicación de estrategias para el aprendizaje sólo bajo un enfoque teórico, su importancia radica en el uso de diversas estrategias que contemplan los enfoques de acuerdo a la naturaleza de la situación del hecho educativo.
- El modelo de evaluación aplicado en el CIA, principalmente en cuanto al uso de estrategias en el marco de las tendencias educativas actuales, presentó características que muestran cierta coherencia con los criterios de evaluación establecidos para la Práctica Profesional y en el Reglamento de Evaluación y Rendimiento Estudiantil (RERE) de LUZ.
- La Práctica Profesional del CIA particularmente el proceso de evaluación, develó fortalezas congruentes con la política de formación establecida en la institución en los últimos años, el cual se centró en un objetivo estratégico que contribuyera a elevar el nivel de formación académica en la planta profesoral en los aspectos inherentes al componente docente, investigativo y extensivo.

## Referencias

1. Ávila F., Francisco y col. Globalización, Conocimiento y Nuevas Tecnologías de la Información al Servicio de la Investigación Educativa. Ponencia presentada en las III Jornadas de Actualización sobre Investigación Educativa. UNERMB. 1997.
2. UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI. Visión y Acción. Paris. 1998.
3. Peñalosa Ramelia, Walter. El Currículum Integral. volumen I. Primera edición. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. 1995.
4. Universidad del Zulia. ACUERDO 535. Consejo Universitario. 2006.
5. Facultad de Odontología. Diseño Curricular 2005. Maracaibo. Universidad del Zulia. 2005.
6. Hernández, R; Fernández, y col. Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc Graw – Hill de México, S.A. de c.v. 1997.
7. Sierra Bravo, Restituto. Técnicas de Investigación Social. Ejercicios y Problemas. Madrid. Editorial Paraninfo, S.A. 1991.
8. Peggy A y col. Conductismo, cognoscitvismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. 1993.
9. Berrios Bastidas, M. Estrategias de Evaluación de los Aprendizajes utilizadas por los Profesores de la Escuela de Enfermería de LUZ. Universidad Nacional Experimental Rafael Maria Baralt, Maracaibo-Venezuela. 2003.
10. Vílchez Vílchez, Nair. Evaluación de los Aprendizajes aplicada por el Docente de Educación Básica en el Marco de la Reforma Curricular. Junio. 2003.
11. Velásquez, L. Efecto de la aplicación de estrategias instruccionales y de evaluación dentro de un contexto constructivista sobre el rendimiento estudiantil: caso UDONE. 2003.