

La mirada pediátrica como itinerario formativo

Informe global de evaluación docente de Pediatría I y Pediatría II
Análisis integrado de la voz del alumnado · Curso 2025–2026

Juan Antonio Ortega García

Profesor de Pediatría

Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología

Facultad de Medicina

Universidad de Murcia

Mayo de 2026

**Una Pediatría integrada para comprender, razonar, explorar, comunicar y
acompañar al niño real y a su familia**



Facultad
de Medicina

UNIVERSIDAD DE
MURCIA





Referencia recomendada: Ortega García, J. A. (2026). *La mirada pediátrica como itinerario formativo: informe global de evaluación docente de Pediatría I y Pediatría II. Análisis integrado de la voz del alumnado. Curso 2025–2026*. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

DOI: 10.5281/zenodo.20256426.

© 2026 Juan Antonio Ortega García.

Este informe se distribuye bajo licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Se permite su lectura, descarga, copia y distribución siempre que se cite adecuadamente la autoría, no se utilice con fines comerciales y no se generen obras derivadas sin autorización.

Archivos complementarios: bases de respuestas anonimizadas de los dos grupos de alumnado utilizadas para el análisis descriptivo cuantitativo y cualitativo, disponibles en el registro Zenodo asociado.



Resumen ejecutivo

El análisis integrado de las encuestas del alumnado muestra una valoración global positiva de la experiencia formativa en Pediatría, con una demanda clara de mayor integración entre teoría, práctica clínica, evaluación y continuidad entre Pediatría I y Pediatría II.

Pediatría I fue percibida como una asignatura con fuerte identidad pedagógica: participación activa, mirada integral, dimensión social y ambiental, casos reales, experiencias fuera del aula y un marco de mínimos que ayudó a ordenar el aprendizaje. Esa experiencia elevó las expectativas del alumnado sobre lo que puede ser la enseñanza de la Pediatría.

Pediatría II es reconocida como clínicamente útil, especialmente para razonar desde órganos y sistemas. Sin embargo, el alumnado solicita que ese razonamiento clínico sea más explícito, más homogéneo y más conectado con prácticas, casos, familias, Atención Primaria y seguimiento longitudinal.

Un hallazgo relevante del informe es que buena parte de las demandas del alumnado no surgen de una insatisfacción aislada con Pediatría II, sino del cambio de expectativas generado por la reforma curricular de Pediatría I. Al incorporar participación activa, mirada bio-psico-social y ambiental, Pediatría Social, salud mental, prevención de cronicidad, casos, territorio, Huella Pediátrica y *Minimum Necessarium*, Pediatría I configuró una nueva forma de entender la enseñanza pediátrica. El alumnado parece solicitar ahora que esa lógica se extienda, se consolide y se traduzca en Pediatría II en razonamiento clínico, práctica estructurada, seguimiento y continuidad asistencial.

La idea de cronicidad y trayectoria vital desde la infancia aparece como uno de los aprendizajes mejor consolidados. El alumnado ha entendido que la Pediatría no se limita a enfermedades infantiles, sino que permite comprender el inicio de trayectorias de salud, vulnerabilidad, prevención y cuidado.

Las principales áreas de mejora se concentran en la conexión entre clases y prácticas, la coordinación entre bloques docentes, la flexibilidad de la participación, la homogeneidad de las prácticas y la consolidación del *Minimum Necessarium* II como herramienta de orientación de los contenidos esenciales.

La conclusión general es que el alumnado no pide una Pediatría más sencilla, sino una Pediatría más coherente: más práctica real, más casos integrados, más comunicación con familias, más continuidad asistencial y una evaluación alineada con competencias clínicas reales.

Tabla A. Hallazgos globales del informe

Dimensión	Lectura integrada
Huella formativa	Empatía, ilusión, vocación, conciencia, aprendizaje y nueva mirada pediátrica.
Fortaleza cuantitativa	Comprensión de la cronicidad desde la infancia (Pediatría I) y utilidad clínica de Pediatría II.
Necesidad principal	Más integración entre teoría, prácticas, casos reales, familia y evaluación.
Área más variable	Conexión teoría-práctica y homogeneidad de las prácticas según grupo o rotación.
Dirección de mejora	Pediatría más práctica, longitudinal, comunicativa y centrada en el niño real.





Recomendaciones

Las recomendaciones deben interpretarse en el contexto de la reforma curricular iniciada en la Pediatría I, que introdujo una mirada más integrada, participativa, longitudinal, social, ambiental y orientada a lo esencial. Muchas demandas del alumnado al final de Pediatría II no expresan una crítica aislada, sino el efecto positivo de haber generado una nueva expectativa formativa: aprender Pediatría como razonamiento clínico, práctica, contexto y acompañamiento.

1. Consolidar el *Minimum Necessarium II* como herramienta estructural.

El *Minimum Necessarium* de Pediatría I fue percibido como útil para distinguir lo esencial de lo accesorio. En continuidad con esa experiencia, se elaboró y envió posteriormente el *Minimum Necessarium II*. Se recomienda mantenerlo, usarlo desde el inicio del curso o de cada bloque, alinearlos con objetivos prácticos y evaluativos, y revisar su impacto. Sus mínimos deben centrarse en decisiones, signos de alarma, diagnóstico diferencial, tratamiento inicial, criterios de derivación y seguimiento.

2. Reforzar la práctica clínica estructurada.

No solo aumentar horas, sino definir objetivos de rotación, preparación previa y retorno docente posterior para conectar lo visto en la práctica con lo aprendido en clase.

3. Incorporar casos clínicos integrados y longitudinales.

Diseñar casos que atraviesen bloques y sigan al niño desde el síntoma inicial hasta diagnóstico, tratamiento, familia, contexto, seguimiento y evolución.

4. Homogeneizar la experiencia práctica.

Reducir la variabilidad entre servicios, tutores y grupos mediante una guía común de observación clínica, competencias mínimas y objetivos básicos por rotación.

5. Mantener la participación activa, revisando su flexibilidad.

Conservar QR, preguntas finales y asistencia como herramientas de aprendizaje, pero mejorar alternativas justificadas, flexibilidad y percepción de proporcionalidad.

6. Reforzar la comunicación con niños, adolescentes y familias.

Entrenar entrevista pediátrica, comunicación familiar, acompañamiento emocional, entrevista al adolescente y manejo de situaciones complejas como competencias clínicas transversales.

7. Integrar Pediatría I y Pediatría II como un único itinerario.

Pediatría I introdujo una mirada longitudinal, preventiva, social, ambiental y centrada en el niño. Pediatría II debe consolidarla en la clínica de órganos y sistemas, explicitando en cada bloque el impacto de las enfermedades sobre seguimiento, calidad de vida, familia, escolarización, transición a la vida adulta y prevención de cronicidad.

8. Mantener experiencias con pacientes, familias, residentes y comunidad.

Conservar y ampliar testimonios, casos reales, Atención Primaria, participación de residentes, territorio y determinantes sociales o ambientales.

Mensaje central: la mejora prioritaria no es añadir más teoría, sino transformar el conocimiento pediátrico en competencia clínica visible, practicada y evaluable. Las demandas del alumnado son, en buena medida, una consecuencia positiva de la reforma de Pediatría I: al experimentar una Pediatría más integrada, participativa y orientada a lo esencial, ahora solicitan que esa coherencia se consolide en todo el itinerario Pediatría I–II.





Preguntas analizadas y metodología

El informe integra las respuestas de dos grupos de alumnado recogidas online mediante la plataforma AhaSlides realizado en el aula al final del ultimo tema de clase de pediatría II. El objetivo fue captar tanto la huella subjetiva de la asignatura como la valoración cuantitativa de varias dimensiones docentes y las propuestas concretas de mejora.

Tabla B. Preguntas del cuestionario

Pregunta	Descripción	Tipo de análisis
1. En una palabra	¿Qué te ha dejado Pediatría hasta ahora?	Campo semántico y huella formativa.
2. Escala 1-5	Valoración de conexión I-II, razonamiento clínico, prácticas, cronicidad y evaluación.	Descriptivo cuantitativo: medias, medianas y distribución.
3. Conservar, cambiar y crear	Qué debe mantenerse, modificarse o incorporarse en Pediatría.	Codificación cualitativa multietiqueta y recuentos por categoría.
4. Cambio con más impacto	Priorización de cambios en Pediatría II.	Ranking ponderado tipo Borda: 3, 2 y 1 puntos.
5. Niño, familia y trayectoria	Qué debería cambiar para comprender mejor al niño, su familia y su trayectoria de salud.	Análisis cualitativo temático y recuentos descriptivos.

Metodología seguida

- Diseño descriptivo mixto, combinando análisis cuantitativo simple y análisis cualitativo temático.
- Integración de dos grupos de estudiantes, manteniendo comparación por grupos cuando aportaba información relevante.
- Codificación cualitativa multietiqueta: una misma respuesta podía pertenecer a varias categorías. Por ello, los recuentos no son excluyentes.
- Exclusión de respuestas vacías o no interpretables cuando no aportaban contenido analizable.
- Uso de frecuencias, medias, medianas, distribuciones y ranking ponderado para las preguntas cuantitativas.
- Interpretación docente orientada a mejora institucional, no a inferencia estadística.

Nota metodológica: Los recuentos cualitativos deben interpretarse como señales de peso temático, no como porcentajes excluyentes. Su valor es descriptivo y orientado a la toma de decisiones docentes.





Informe global por preguntas

A continuación se presenta el análisis integrado de las cinco preguntas del cuestionario, con resultados cuantitativos, lectura cualitativa y recomendaciones docentes derivadas.





Pregunta 1. En una palabra: ¿qué te ha dejado Pediatría hasta ahora?

Esta pregunta funciona como indicador de huella formativa. No mide un contenido concreto, sino la impronta emocional, vocacional, cognitiva y profesional que la asignatura deja en el alumnado.

Tabla 1. Volumen de respuestas

Grupo	Participantes	Palabras o respuestas breves
Grupo 1	44	117
Grupo 2	41	119
Total integrado	85	236

Tabla 2. Campos semánticos dominantes

Campo semántico	Interpretación docente
Empatía, humanidad, ternura, cuidado	La Pediatría como aprendizaje de sensibilidad hacia el niño y la familia.
Ilusión, vocación, interés, ganas	Descubrimiento o refuerzo vocacional.
Conocimiento, aprendizaje, curiosidad	Crecimiento académico y clínico.
Conciencia, responsabilidad, prudencia	Toma de conciencia profesional ante la vulnerabilidad infantil.
Nueva mirada pediátrica	El niño entendido como sujeto diferente al adulto.
Práctica, prevención, familia, comunidad	Pediatría como medicina aplicada, preventiva y contextual.

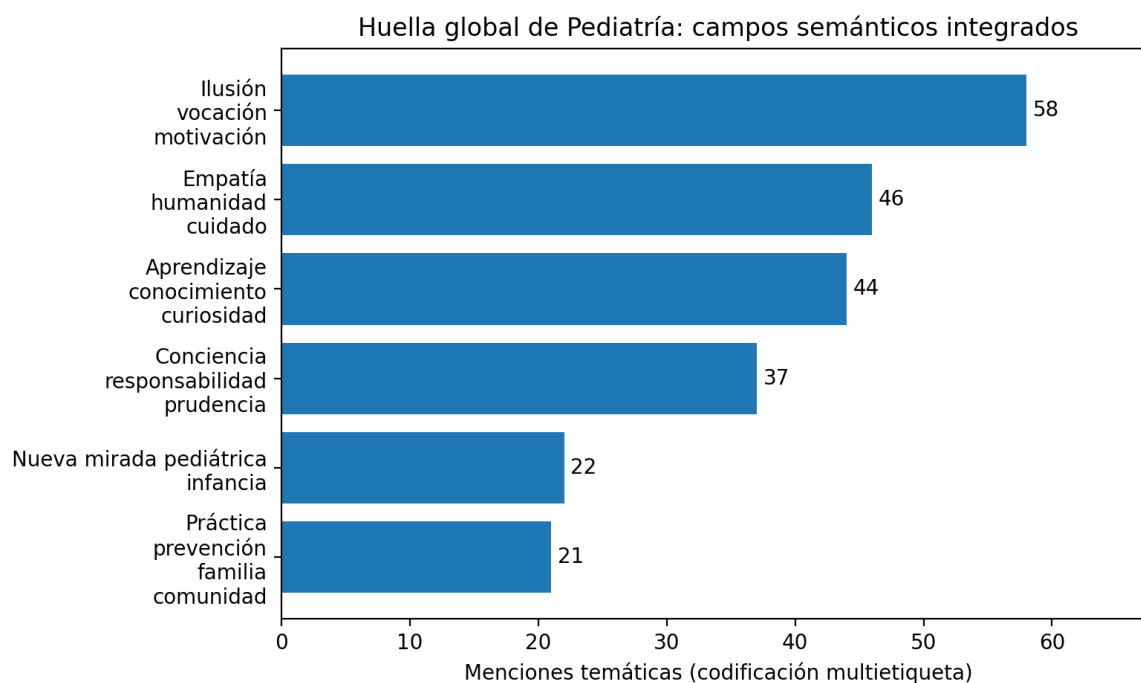


Figura 1. Campos semánticos globales de la pregunta 1.

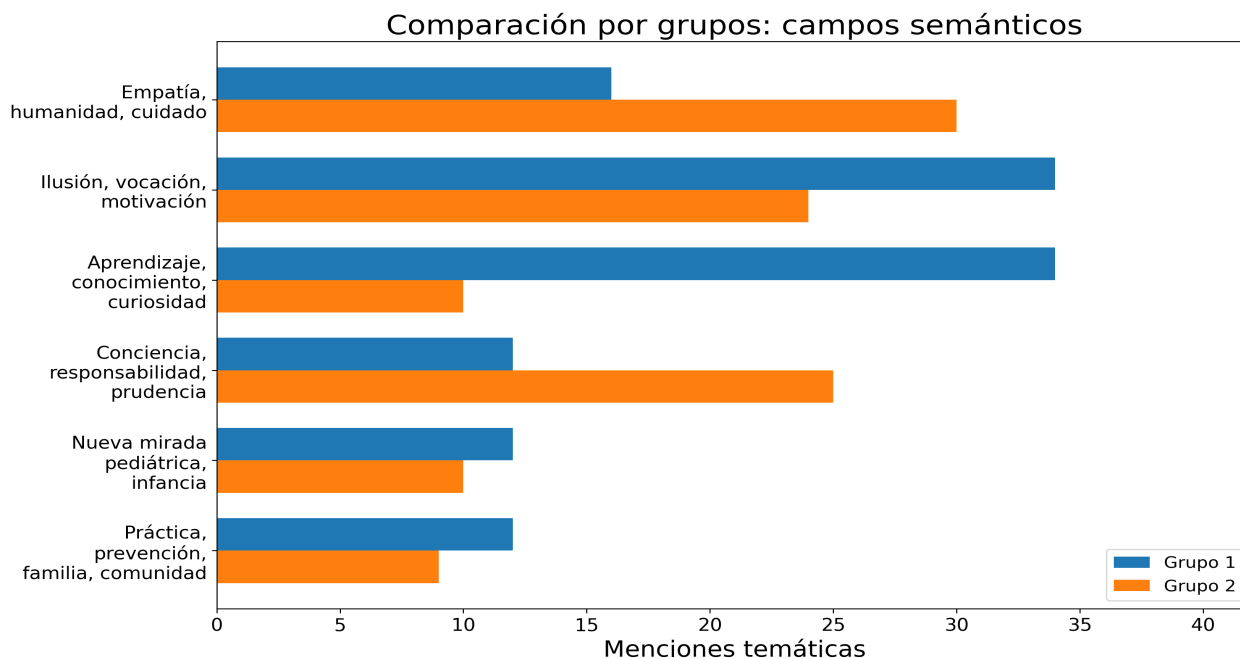


Figura 2. Comparación de campos semánticos entre grupos.

Lectura integrada

La Pediatría deja en el alumnado una doble huella: humana y académica. Humana, porque predominan términos como empatía, humanidad, cuidado y responsabilidad; académica, porque aparecen aprendizaje, conocimiento, curiosidad y razonamiento. La asignatura no solo transmite contenidos: contribuye a construir identidad médica.

El grupo 2 expresa con más intensidad la dimensión humanista y reflexiva; el grupo 1 subraya más el aprendizaje, la curiosidad y la ilusión. La integración de ambos perfiles muestra una asignatura que enseña conocimientos y, al mismo tiempo, modifica la forma de mirar al niño, comprender a la familia y situarse profesionalmente ante la vulnerabilidad infantil.

Síntesis: La Pediatría no solo les ha enseñado enfermedades infantiles; les ha dejado empatía, ilusión, conciencia y una nueva forma de mirar al niño.



Pregunta 2. Escala 1-5

La segunda pregunta evalúa cinco dimensiones centrales: conexión entre Pediatría I y II, razonamiento clínico, conexión entre prácticas y clases, comprensión de la cronicidad desde la infancia y adecuación de la evaluación.

Tabla 3. Resultados globales integrados

Ítem	Media	Mediana	Lectura rápida
La asignatura ayuda a entender la cronicidad desde la infancia	4,33	4	Muy alto
Pediatría II ayuda a razonar clínicamente	4,09	4	Alto
La evaluación refleja lo que debemos saber como médicos	3,85	4	Bueno, con margen
Las prácticas se conectan con lo aprendido en clase	3,56	4	Intermedio, heterogéneo
Pediatría I y Pediatría II están bien conectadas	3,51	4	Intermedio, heterogéneo

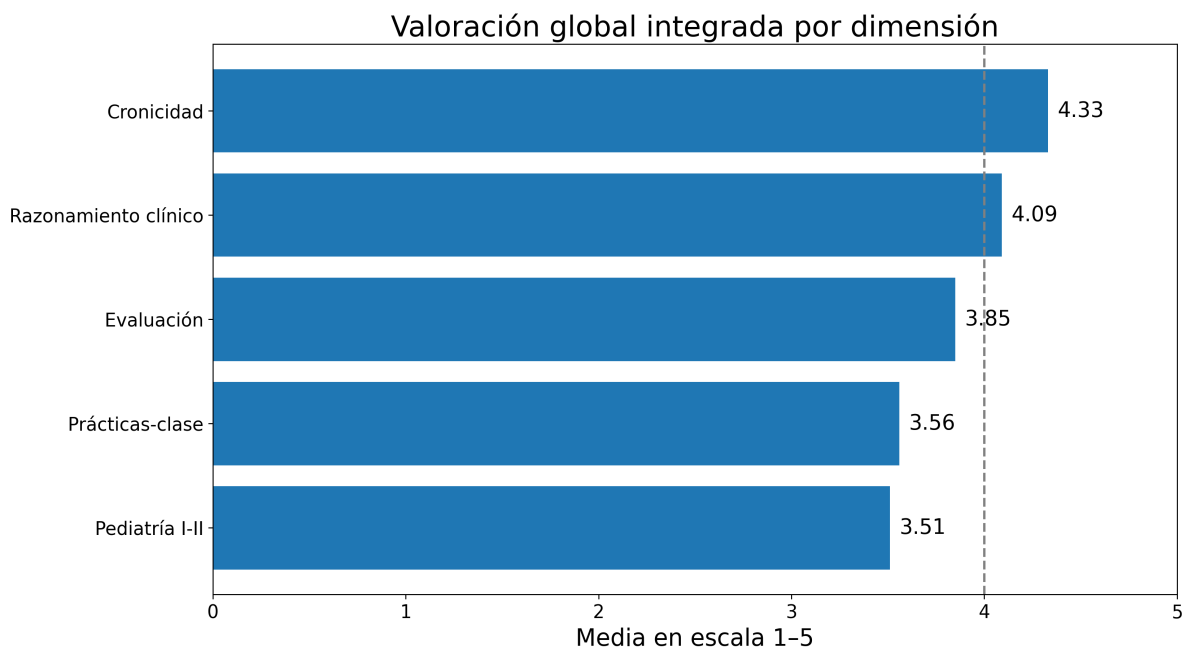


Figura 3. Medias globales integradas por dimensión evaluada.

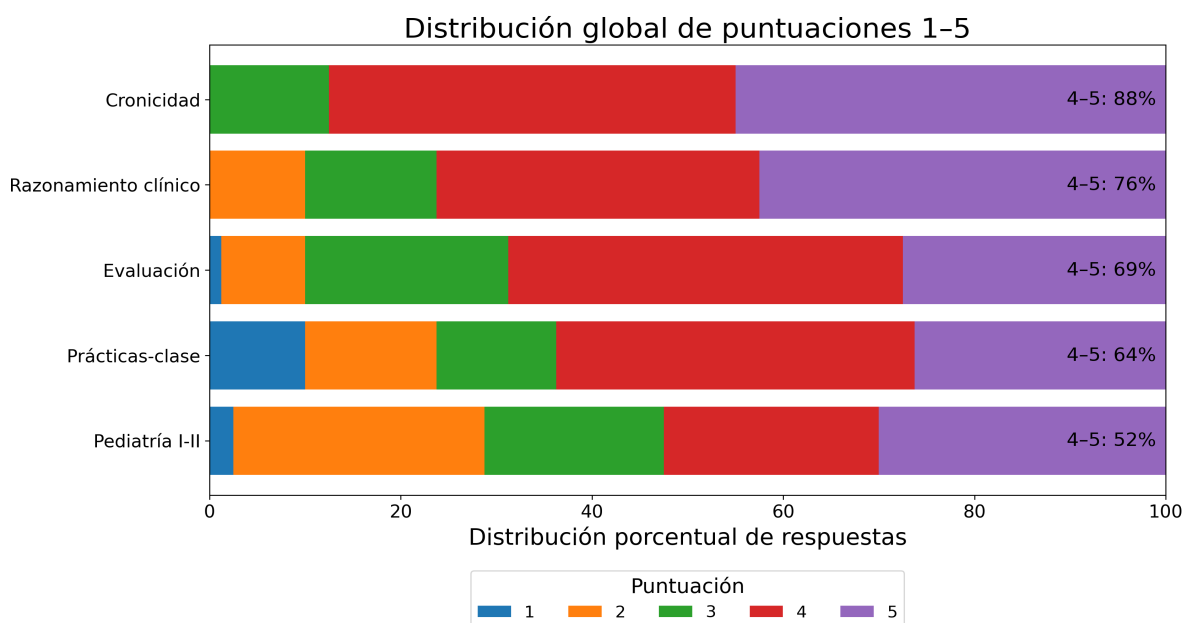


Figura 4. Distribución integrada de respuestas en escala 1-5.



Tabla 4. Distribución integrada de respuestas

Ítem	1	2	3	4	5
Cronicidad desde la infancia	0	0	10	34	36
Razonamiento clínico en Pediatría II	0	8	11	27	34
Evaluación ajustada a lo que debemos saber	1	7	17	33	22
Conexión Pediatría I-II	2	21	15	18	24
Conexión prácticas-clase	8	11	10	30	21

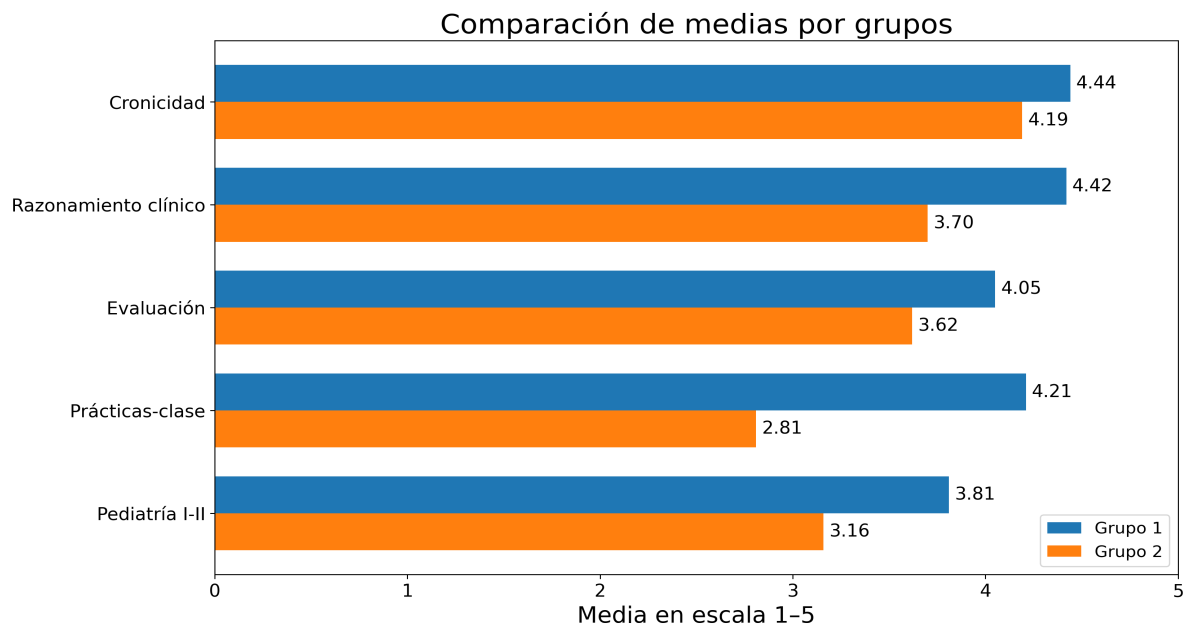


Figura 5. Comparación de medias entre grupos.

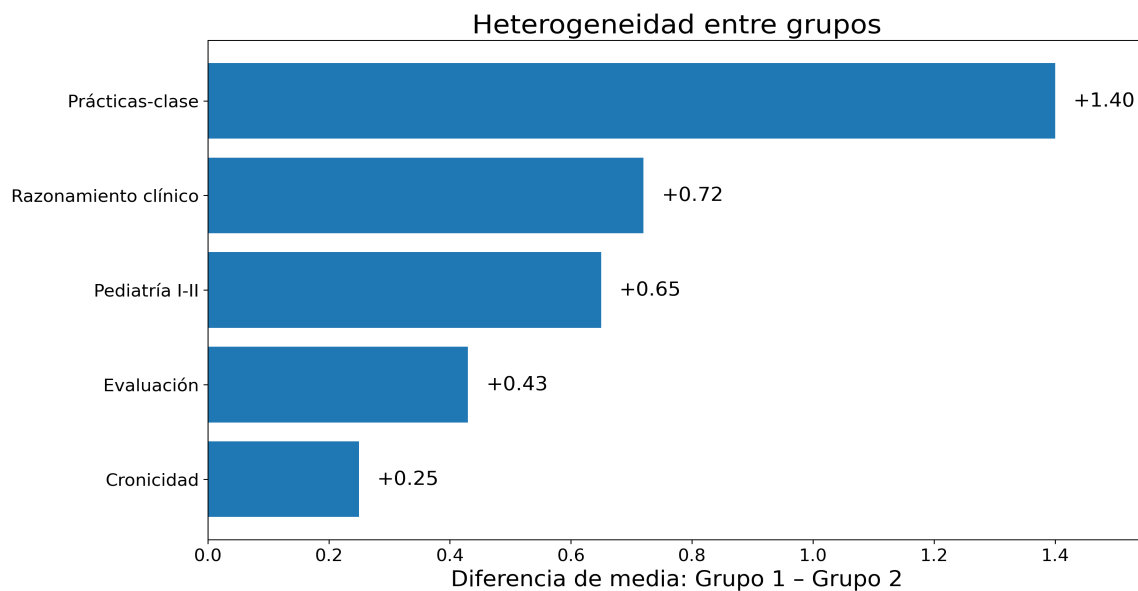


Figura 6. Diferencias entre grupos por dimensión.

Lectura integrada

La escala muestra una valoración global favorable. La comprensión de la cronicidad desde la infancia es el resultado más sólido y homogéneo: ningún estudiante puntúa 1 o 2. El razonamiento clínico en Pediatría II también obtiene una valoración alta, lo que confirma que la asignatura se percibe como clínicamente útil.



Las dimensiones más variables son la conexión entre Pediatría I y II y la conexión entre prácticas y clases. Esta última muestra la diferencia más marcada entre grupos, lo que sugiere que la experiencia práctica no es uniformemente deficitaria, pero sí desigual. La prioridad debe ser homogeneizar objetivos, tutorización y retorno docente de las prácticas.

Síntesis: La alta puntuación en comprensión de la cronicidad desde la infancia refleja, probablemente, uno de los principales logros de Pediatría I: haber introducido una mirada longitudinal, preventiva y contextual de la salud infantil. Pediatría II parece consolidar parcialmente esa mirada al aplicarla a patologías concretas por órganos y sistemas, pero el origen conceptual más claro se sitúa en la reforma de Pediatría I. El siguiente paso es construir mejores puentes entre asignaturas, prácticas, evaluación y casos reales.



Pregunta 3. Qué conservar, qué cambiar y qué crear en Pediatría

Esta pregunta obliga al alumnado a realizar tres operaciones distintas: reconocer qué ha funcionado, identificar qué genera fricción y proponer qué debería incorporarse o reforzarse.

Tabla 5. Volumen de respuestas

Bloque	Grupo 1	Grupo 2	Total bruto	Total válido analizado
Conservar	33	35	68	64
Cambiar	33	31	64	60
Crear	32	25	57	52
Total	98	91	189	176

Tabla 6. Qué conservar

Tema	Total	Grupo 1	Grupo 2
Profesorado, implicación, vocación docente	19	15	4
Participación, asistencia, evaluación continua, QR	17	6	11
Salida de campo, Portmán, Pediatría social/ambiental	13	2	11
Prácticas, contacto clínico, hospital/AP	13	5	8
Clases dinámicas, interactivas, aplicadas	12	4	8
Minimum Necessarium, catecismo, materiales guía	10	7	3
Enfoque integral, humanista, preventivo	9	2	7
Casos, testimonios, pacientes, familias	7	1	6

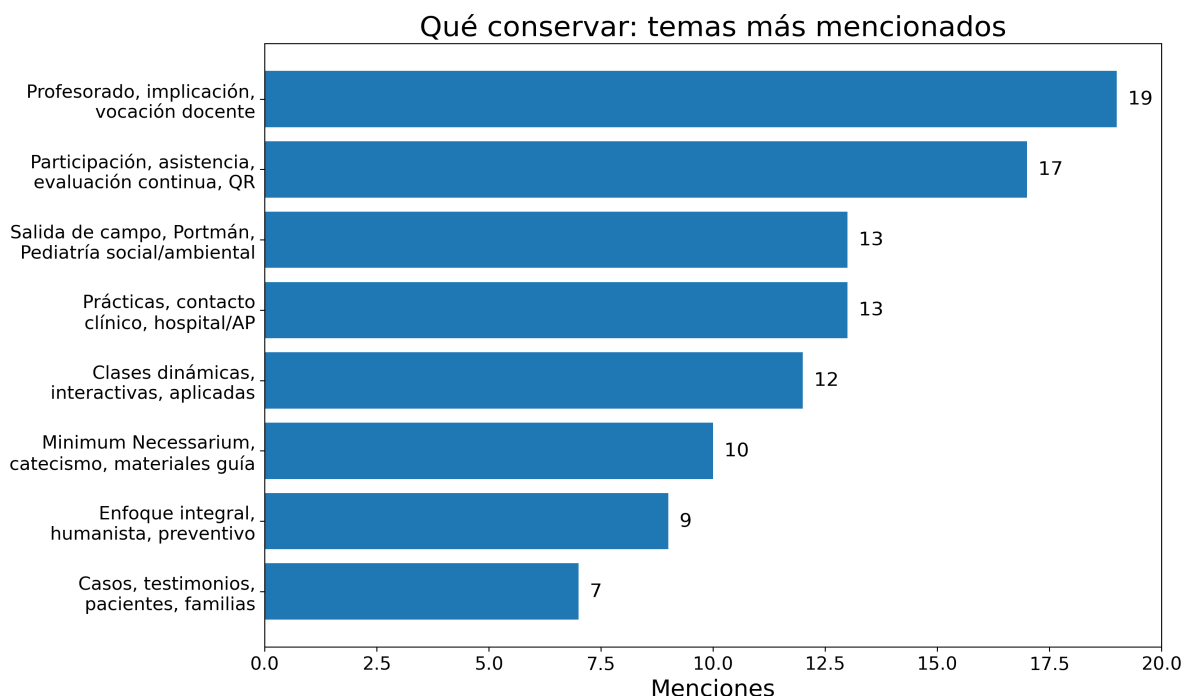


Figura 7. Categorías principales que el alumnado desea conservar.

Tabla 7. Qué cambiar

Tema	Total	Grupo 1	Grupo 2
Asistencia, QR, flexibilidad, evaluación continua	23	10	13
Evaluación, examen, trabajos, artículos	18	6	12
Prácticas, rotaciones, oferta, subespecialidades	17	5	12
Organización, horarios, imprevistos, temario	16	12	4
Coordinación Pediatría I-II, continuidad	12	7	5
Clases teóricas, densas o poco dinámicas	7	5	2
Balance de dificultad y contenidos	5	2	3
Nada o sin cambios relevantes	2	0	2

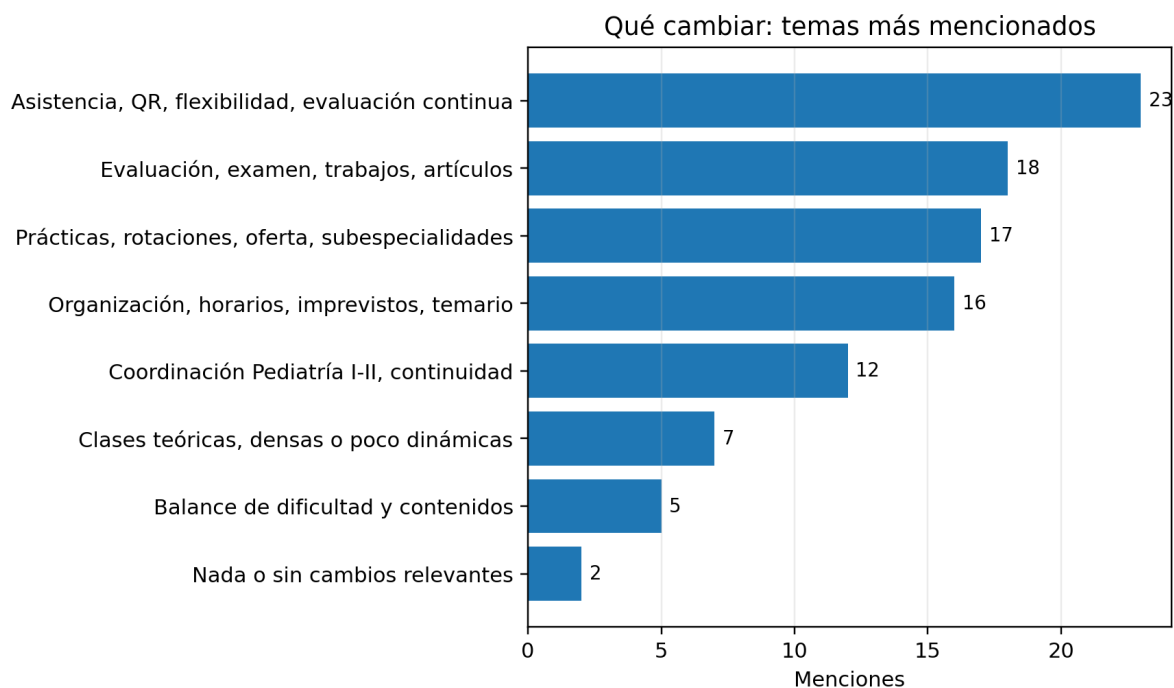


Figura 8. Categorías principales que el alumnado propone cambiar.

Tabla 8. Qué crear o reforzar

Tema	Total	Grupo 1	Grupo 2
Más prácticas, rotaciones y contacto con pacientes	24	8	16
Entrenamiento práctico de habilidades pediátricas	17	2	15
Coordinación, organización, conexión Pediatría I-II	15	6	9
Casos clínicos, testimonios, vídeos, residentes	14	3	11
Clases dinámicas, seminarios, participación	12	7	5
Atención a diversidad y comunicación adaptada	6	3	3
Consolidación y uso temprano del Minimum Necessarium II	4	3	1
Más salidas de campo y experiencias fuera del aula	4	0	4



Figura 9. Categorías principales que el alumnado propone crear o reforzar.



Lectura integrada

Lo que el alumnado quiere conservar no es solo un conjunto de actividades, sino una forma de aprender Pediatría: activa, clínica, humana, contextual y orientada a lo esencial. Lo que debe cambiar no es la exigencia ni la participación, sino la rigidez, la variabilidad y la desconexión entre algunas partes del itinerario docente.

La categoría de simulación se interpreta de forma subordinada al entrenamiento práctico de habilidades pediátricas. No debe plantearse como sustituto de la práctica real, sino como herramienta auxiliar para preparar, reforzar o completar competencias que la rotación clínica no siempre garantiza.

Síntesis: El alumnado no reclama una Pediatría más sencilla, sino una Pediatría más coherente, práctica e integrada.



Pregunta 4. ¿Qué cambio tendría más impacto en Pediatría II?

La pregunta 4 aporta una priorización útil para la toma de decisiones docentes, porque obliga al alumnado a ordenar los cambios según el impacto esperado. Se aplicó un ranking ponderado tipo Borda: 3 puntos para el primer lugar, 2 para el segundo y 1 para el tercero.

Tabla 9. Ranking integrado de cambios con más impacto

Prioridad	Cambio propuesto	Puntuación ponderada
1	Más casos clínicos integrados	74
2	Más coordinación teoría-prácticas	70
3	Más Atención Primaria y continuidad asistencial	50
4	Más salud mental y adolescencia	43
5	Más seminarios con familias/pacientes/residentes	42
6	Más experiencias fuera del aula	32
7	Más continuidad con Pediatría I	31
8	Mejor ajuste de evaluación	18
9	Más enfoque en cronicidad y trayectorias	7

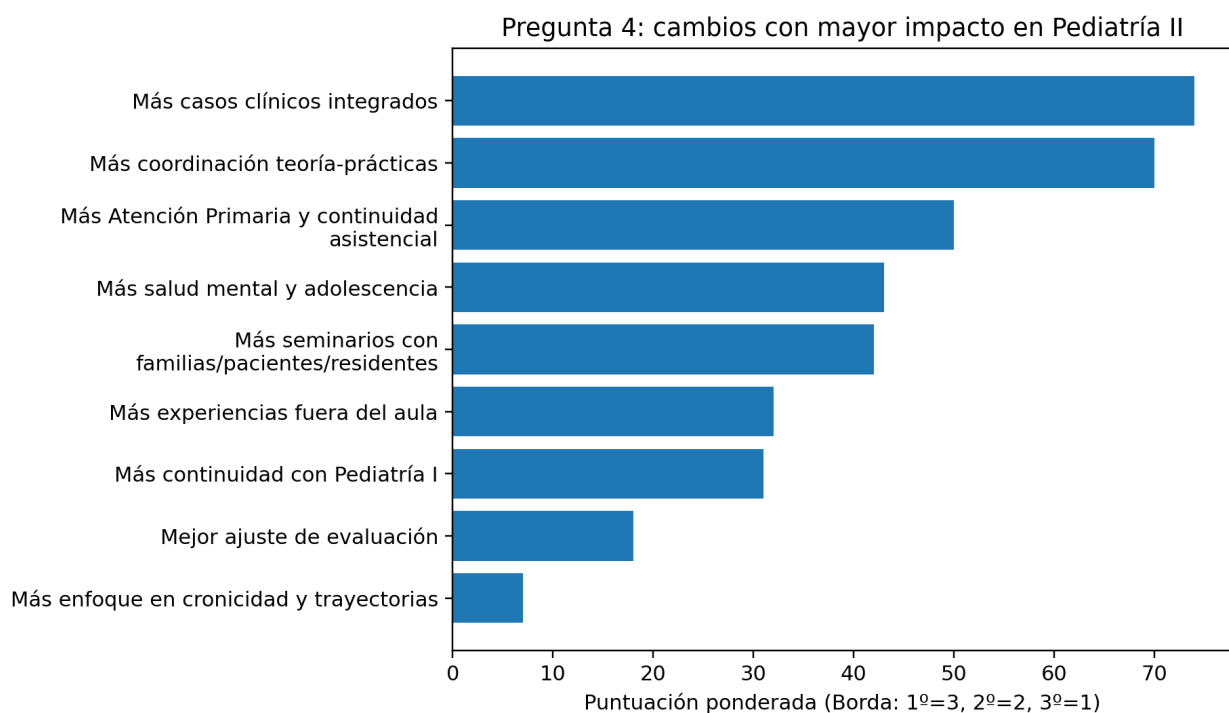


Figura 10. Ranking ponderado global de cambios con más impacto.

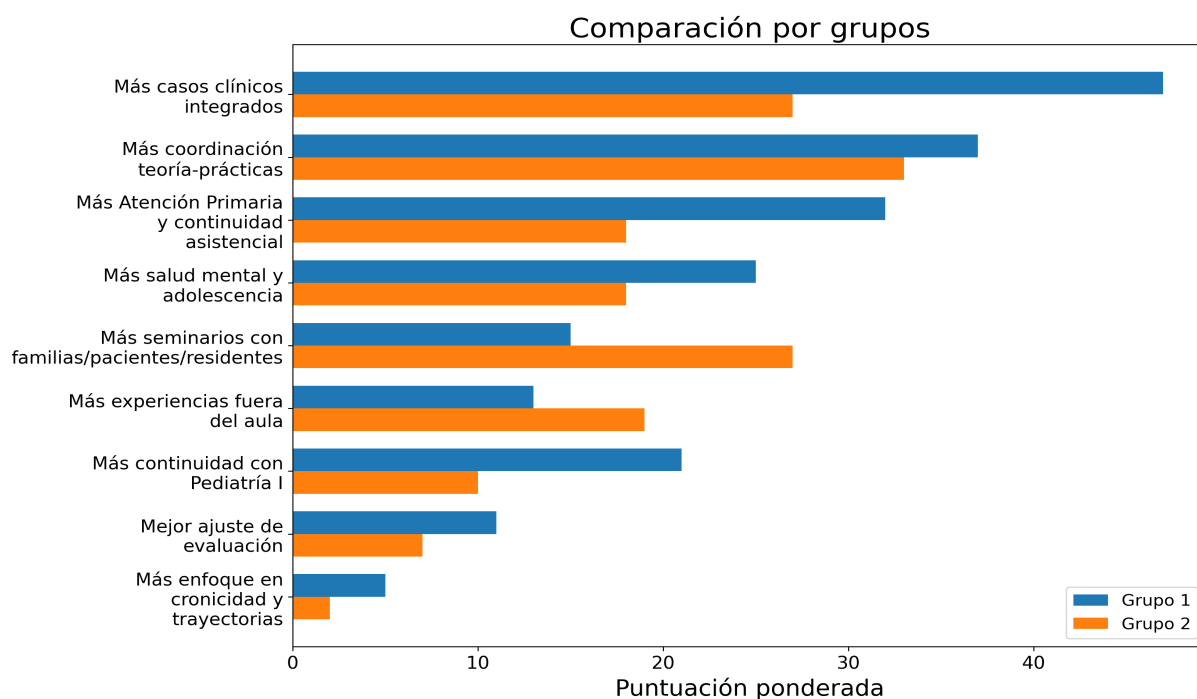


Figura 11. Comparación de puntuación ponderada por grupos.

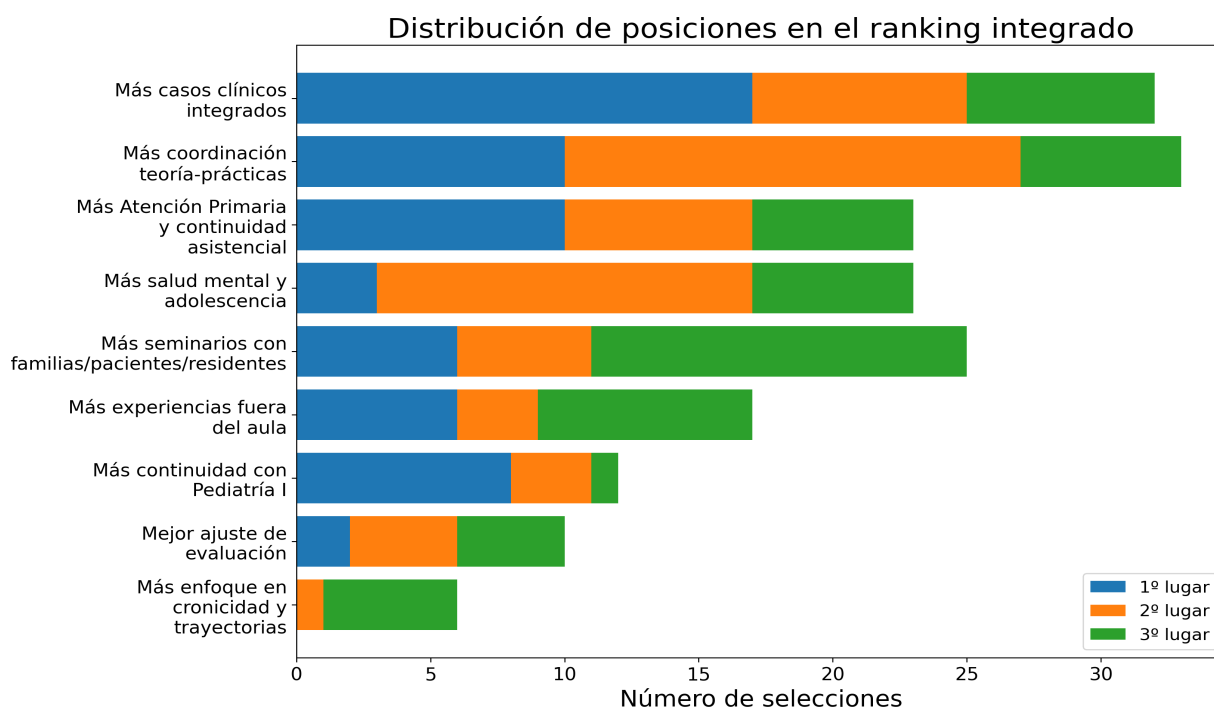


Figura 12. Distribución por posiciones en el ranking.

Lectura integrada

El resultado integrado sitúa en primer lugar los casos clínicos integrados, seguidos muy de cerca por la coordinación teoría-prácticas. Este hallazgo desplaza el centro del debate: la prioridad no es reducir contenidos ni rebajar exigencia, sino aprender Pediatría razonando como médicos.

Atención Primaria, continuidad asistencial, salud mental, adolescencia y seminarios con familias o pacientes aparecen como un segundo nivel de mejora. La evaluación se percibe como mejorable, pero no como la demanda central.

Síntesis: El cambio de mayor impacto sería convertir Pediatría II en una asignatura más integrada alrededor de casos clínicos, práctica real y continuidad asistencial.



Pregunta 5. ¿Qué debería cambiar para comprender mejor al niño, su familia y su trayectoria de salud?

La pregunta 5 recoge la dimensión más profunda del cuestionario: qué cambios ayudarían a comprender no solo la enfermedad pediátrica, sino al niño, su familia y su trayectoria de salud.

Tabla 10. Categorías principales

Categoría	Total	Grupo 1	Grupo 2
Práctica clínica y contacto real	36	19	17
Casos clínicos, testimonios y experiencias reales	23	15	8
Familia, comunicación y acompañamiento	20	7	13
Trayectoria, mirada integral y contexto	19	10	9
Conexión teoría-práctica y metodología aplicada	15	11	4
Sin cambios / valoración positiva	8	4	4
Prácticas más largas, variadas y estructuradas	7	5	2
Salud mental, adolescencia y dimensión emocional	3	2	1



Figura 13. Temas globales más mencionados en la pregunta 5.

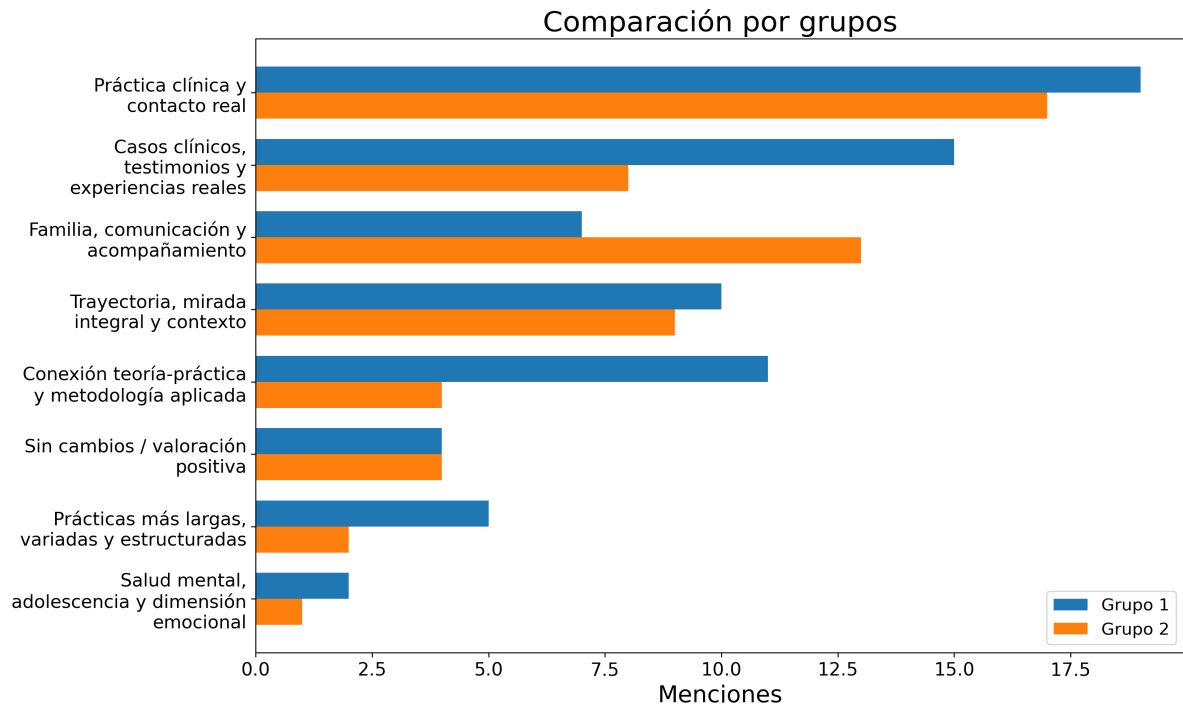


Figura 14. Comparación de menciones entre grupos.

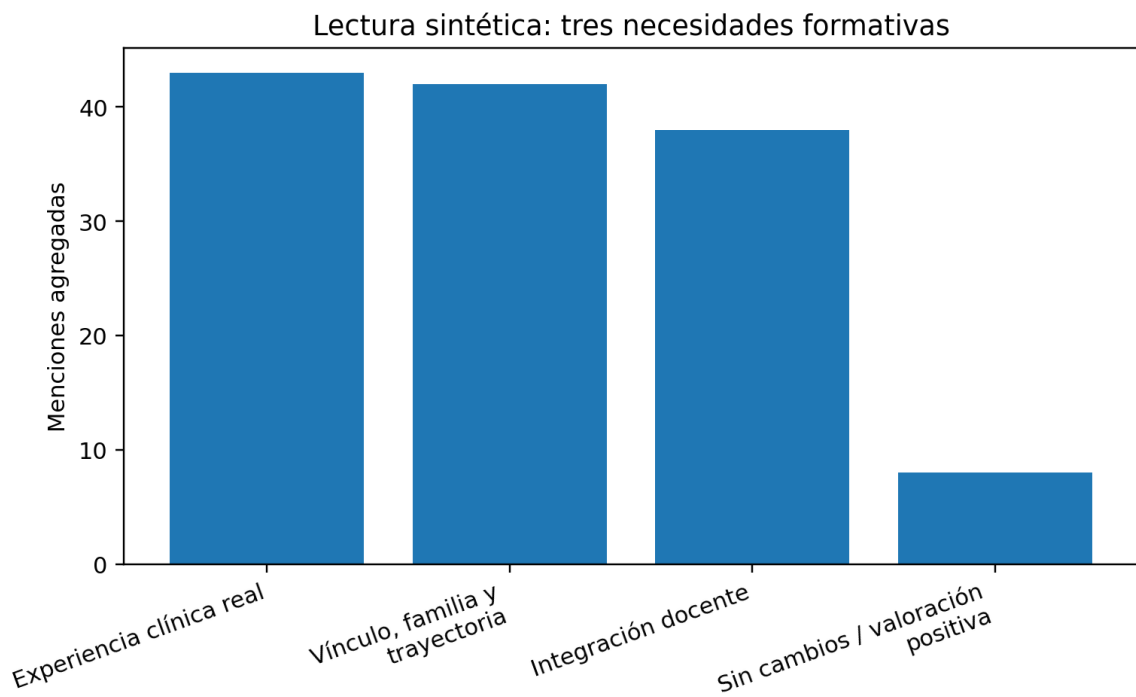


Figura 15. Lectura sintética en tres necesidades formativas.



Tabla 11. Citas representativas

Eje	Cita breve
Práctica real	Necesitamos más contacto con ellos, y que este no sea meramente teórico.
Familia	Prácticas orientadas al contacto con los familiares en el manejo de las enfermedades y sus sentimientos.
Trayectoria	Ver el conjunto de su historia, todos los factores influyentes y no solo el niño y su enfermedad.
Teoría-práctica	Intentar que haya más correlación teoría-práctica, ya que el aprendizaje es mejor cuando hay experiencias de por medio.
Casos reales	La medicina, y en este caso la Pediatría, no es la enfermedad en un papel, sino que tiene vidas detrás.

Tabla 12. Recapitulación interpretativa

Necesidad detectada	Qué significa	Respuesta docente sugerida
Realidad clínica	Ver, explorar y hablar con pacientes y familias.	Prácticas estructuradas, rotaciones variadas y objetivos mínimos.
Integración	Conectar teoría, casos, prácticas y evaluación.	Casos longitudinales y sesiones de retorno desde la práctica.
Comunicación	Aprender a tratar con niño, adolescente y familia.	Talleres prácticos y observación guiada de entrevistas clínicas.
Trayectoria	No reducir al niño a una enfermedad aislada.	Seguimiento, Atención Primaria, contexto familiar y desarrollo evolutivo.

Lectura integrada

La lectura global no apunta a una Pediatría más sencilla, sino a una Pediatría más encarnada en la realidad del paciente. El alumnado pide ver, hablar, explorar, razonar y acompañar. La asignatura debe ayudar a pasar de la enfermedad escrita en el tema a la vida concreta del niño y su familia.

La comunicación con la familia no debe interpretarse como un complemento humanista separado de la clínica. En Pediatría forma parte del acto médico: condiciona la anamnesis, la adherencia, la toma de decisiones, el seguimiento y la seguridad emocional del niño.

Síntesis: Pediatría debe ayudar a pasar de la enfermedad en el papel al niño real, con su familia, su contexto y su trayectoria de vida.





Conclusión general del informe

El conjunto de las cinco preguntas muestra que la experiencia formativa en Pediatría ha dejado una huella humana, académica y clínica. La reforma de Pediatría I generó una mirada amplia y elevó las expectativas del alumnado; Pediatría II es percibida como clínicamente útil y constituye el espacio natural para consolidar esa mirada en razonamiento, práctica y seguimiento.

El alumnado no solicita menos exigencia, sino más coherencia: casos integrados, práctica estructurada, comunicación con familias, continuidad asistencial, homogeneidad entre grupos y evaluación alineada con competencias clínicas. La oportunidad para el Departamento es consolidar un itinerario Pediatría I–II único, longitudinal y progresivo.

La Pediatría no debe dividirse entre mirar y actuar: debe enseñar, de forma integrada, a comprender, razonar, explorar, comunicar y acompañar al niño real y a su familia.

Este informe se cierra con agradecimiento al alumnado de Pediatría I y Pediatría II del curso 2025–2026 por su participación, reflexión crítica y contribución a la mejora docente.