



No solo aprendimos **PEDIATRÍA** *Aprendimos a mirar*

Curso 2025-2026

Prof. Dr. Juan antonio Ortega García

Coordinación Pediatría I

Departamento de Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia

Facultad de Medicina - Universidad de Murcia

Memoria docente del curso 2025–2026



UNIVERSIDAD DE
MURCIA





Tabla de contenido

RESUMEN EJECUTIVO.....	3
1. INTRODUCCIÓN: UN CURSO DE TRANSFORMACIÓN PROFUNDA	3
1.1. Una renovación curricular de gran alcance.....	5
1.2. Participación, territorio y reflexión: una radiografía del compromiso del alumnado.....	5
1.3. Un curso reformado, cohesionado y transformador	6
2. MARCO INSTITUCIONAL, ESTRUCTURA DOCENTE Y SISTEMA DE EVALUACIÓN	6
2.1. Estructura de la evaluación	6
2.2. Regla del 80 % y garantía de calidad.....	7
2.3. Evaluación global (REVA 8.6)	7
3. PARTICIPACIÓN ACTIVA: UN NUEVO MODELO DE AULA	7
3.1. Resultados cuantitativos y cualitativos	8
3.2. Reflexión pedagógica	8
4. ANÁLISIS DEL PATRÓN DE ASISTENCIA: UN HALLAZGO EXCEPCIONAL	8
4.1. Clases llenas durante el cuatrimestre	9
4.2. Distribución general de la asistencia: una concentración en valores altos.....	10
4.3. Variabilidad interna: un grupo cohesionado alrededor de la regularidad	11
4.4. Persistencia más allá del incentivo: densidad y motivación intrínseca	11
4.5. Progresión del grupo: un ascenso rápido hacia altas asistencias.....	12
4.6. Interpretación pedagógica del fenómeno	12
4.7. Un fenómeno raro y de enorme valor educativo	13
5. SEMINARIOS AF3: APRENDIZAJE ÉTICO, EMOCIONAL Y CLÍNICO.....	13
6. AF4 – PRÁCTICA DE CAMPO: LA UNIÓN – PORTMÁN.....	14
6.1. Objetivos formativos	14
6.2. Desarrollo de la experiencia	14
6.3. Impacto externo.....	14
6.4. Participación y alternativa académica equivalente	15
7. PRÁCTICAS CLÍNICAS: INTEGRACIÓN REAL ENTRE TEORÍA Y ASISTENCIA	17
7.1. Aprendizajes observados durante la rotación	17
7.2. Integración teoría-práctica.....	18
7.3. Dificultades detectadas.....	18
7.4. Propuestas de mejora	19
7.5. Competencias mínimas y fortalecimiento de la estructura docente.....	19
7.6. Mínimo clínico exigible: competencias transversales comunes a todas las unidades.....	19
7.7. Competencias específicas por unidad docente.....	20
7.8. Una experiencia formativa clave en el curso.....	20
7.9. Un valor formativo decisivo	20
8. LA HUELLA PEDIÁTRICA: APRENDIZAJE REFLEXIVO, HUMANISTA Y PROFESIONAL	20
8.1. Participación excepcional: 184 trabajos entregados.....	21
8.2. Diversidad de formatos, riqueza de voces	21
8.3. Temas recurrentes y aprendizajes expresados por el alumnado	21
8.3.1. La infancia como territorio de vulnerabilidad y esperanza.....	21
8.3.2. El sufrimiento infantil y la resiliencia	22



8.3.3. Territorio, desigualdad y justicia ambiental.....	22
8.3.4. La mirada pediátrica como mirada ampliada	22
8.3.5. El valor formativo de la semana de prácticas.....	23
8.3.6. Vocación y descubrimiento personal	23
8.4. Una herramienta para construir identidad profesional	23
8.5. Un archivo testimonial con valor institucional	24
8.6. Un puente hacia la práctica médica futura	24
9. RESULTADOS GLOBALES DEL CURSO.....	25
9.1. Participación y asistencia: un compromiso sostenido.....	25
9.2. Trabajo de campo y alternativa académica: participación masiva	25
9.3. Huella Pediátrica: impacto humanista demostrado	25
9.4. Competencias clínicas: adquisición sólida y homogénea.....	26
9.5. Aprendizaje percibido: crecimiento conceptual y profesional	26
9.6. Clima docente: cohesión, diálogo y crecimiento colectivo	26
9.7. Evaluación: transparencia, equidad y rigor	27
9.8. Un curso exitoso en todas sus dimensiones.....	27
10. EVALUACIÓN FINAL DEL CURSO: ESTRUCTURA, MODALIDADES Y DESARROLLO.....	28
10.1. Examen tipo A: prueba principal (22 de diciembre, 12:50 h)	28
10.2. Examen oral (modalidad especial).....	30
10.3. Examen tipo B (REVA 8.6): actividad sustitutiva de la participación	30
10.4. Comparación entre modalidades.....	30
10.5. Conclusiones de la evaluación final	31
11. LA COORDINACIÓN: CLARIDAD, DISPONIBILIDAD Y ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE	31
11.1. Agilidad en la gestión: resolución inmediata de la evaluación continua	31
11.2. Una coordinación accesible y cercana: más de 170 correos recibidos y más de 350 enviados ..	32
11.3. Coordinación docente: cohesión, comunicación y presencia.....	32
11.4. Participación del profesorado en la dinámica del curso	32
11.5. Un estilo de coordinación centrado en las personas	32
11.6. La columna vertebral de la reforma: el profesorado.....	33
CONCLUSIONES FINALES.....	34



Resumen ejecutivo

El curso 2025–2026 de Pediatría I ha supuesto una transformación estructural y metodológica orientada a alinear la docencia con la Pediatría contemporánea, incorporando de forma explícita la mirada bio-psico-social y ambiental, la Pediatría Social, la salud mental, la salud digital y la prevención de enfermedad crónica desde la infancia. El rediseño se apoyó en un marco común de mínimos (*Minimum Necessarium – Fundamenta Paediatricae*) y en un modelo de aula basado en participación activa diaria, con evaluación continua verificable y transparente mediante regla binaria ($\geq 80\%$ = puntuación completa).

De los **214 estudiantes matriculados**, **173 ($\approx 81\%$)** alcanzaron la evaluación continua de participación, con un patrón de asistencia excepcional: la mayoría asistió de forma sostenida y continuó acudiendo incluso tras alcanzar el umbral evaluativo. La experiencia de campo AF4 (La Unión–Portmán) alcanzó una participación masiva en modalidad presencial y alternativa académica equivalente, garantizando equidad de acceso y consolidando el aprendizaje contextual sobre determinantes ambientales. La **Huella Pediátrica** se consolidó como herramienta de aprendizaje reflexivo y profesional, con **184 entregas ($\approx 86\%$)**, constituyendo un archivo testimonial de alto valor institucional.

La evaluación final se desarrolló con un modelo mixto: **191 estudiantes realizaron el examen tipo test**, **3 fueron evaluados mediante examen oral** y **12 estudiantes realizaron el examen tipo B** en sustitución de la evaluación continua, en modalidad REVA 8.6. El examen tipo test mostró una distribución equilibrada de dificultad y una distribución de notas centrada en valores medios-altos (media $\sim 6,26$; mediana $\sim 6,5$ -sobre un máximo de 7,5), coherente con el alto compromiso del alumnado y con la alineación entre docencia y evaluación. En conjunto, el curso presenta evidencias consistentes de éxito académico, pedagógico, humano e institucional, con propuestas de mejora centradas en homogeneización de prácticas, refuerzo de retroalimentación y consolidación anual del banco de preguntas y del mínimo clínico exigible.



1. Introducción: Un curso de transformación profunda

El curso 2025–2026 de *Pediatría I* ha supuesto una **transformación estructural, metodológica y conceptual** en la manera en que se enseña y se aprende la Pediatría en cuarto curso del Grado en Medicina. La asignatura emprendió una reforma profunda cuyo objetivo fue alinear la docencia con la **práctica pediátrica contemporánea**, caracterizada por la complejidad clínica, la diversidad social, la presión ambiental y la creciente presencia de problemas de salud mental. Se llevó a cabo una transformación diseñada para situar al estudiante en el centro del aprendizaje y para alinear la formación pediátrica con las necesidades del siglo XXI.

Este nuevo modelo se articuló sobre una convicción central: la Pediatría exige una mirada ampliada con un enfoque más global, capaz de integrar la biología con los vínculos, la familia, el contexto social y educativo, los determinantes ambientales, la salud mental y los estilos de vida. La enseñanza debía reflejar esa complejidad, ofreciendo una experiencia rigurosa, humana y clínicamente relevante.

Con este propósito, la asignatura se estructuró sobre siete pilares fundamentales:

1. **Participación activa real.** Cada sesión incorporó una actividad de cierre diseñada para estimular la atención sostenida, el razonamiento clínico y la reflexión personal. Este sistema permitió transformar el aula en un espacio dinámico, donde el estudiante no fue receptor pasivo, sino protagonista activo de su aprendizaje.

2. **Evaluación continua verificable y transparente.** Se implantó un sistema de seguimiento técnico fiable (registro de participación en tiempo real), con una regla binaria simple y equitativa: alcanzar el 80 % de participaciones otorgaba la totalidad de la puntuación. El objetivo fue convertir la asistencia y participación en un hábito y no en una estrategia instrumental.

3. **Aprendizaje experiencial y humanista.** La asignatura incorporó actividades vivenciales que permitieron al estudiante observar de cerca la realidad del niño y su entorno. Las actividades con familias, residentes y profesionales ofrecieron una perspectiva emocional, ética y práctica que no puede transmitirse únicamente a través de teoría.

4. **Trabajo de campo y análisis del territorio.** La experiencia en la Sierra Minera de La Unión–Portmán permitió comprender de forma directa cómo los determinantes ambientales y sociales influyen en la salud infantil. Para quienes no pudieron asistir, se desarrolló una alternativa académica equivalente rigurosa, centrada en análisis crítico, diseño de cribado y reflexión clínica.

5. **Integración clínica progresiva.** El curso integró la aplicación clínica de casos o situaciones reales propuestos por los profesores que obligó al alumnado a movilizar conocimientos de genética, desarrollo, nutrición, metabolismo, digestivo, salud mental y pediatría social, integrados en un razonamiento pediátrico contextualizado.

6. **Mirada contextual (bio-psico-social y ambiental) y competencias transversales.** Coherente con los desafíos reales que rodean a la infancia contemporánea. Poniendo el foco en las competencias transversales propias de la práctica pediátrica: comunicación con familias, ética, sensibilidad social, lectura del entorno y prevención de enfermedad crónica.

7. **Marco conceptual común y núcleo de mínimos.** El curso incorporó por primera vez un marco común: el **Minimum Necessarium – Fundamenta Paediatricae**, pequeño libro que define las ideas clave mínimas de cada uno de los 38 temas, las preguntas esenciales para el aula y los fundamentos biológicos, éticos y clínicos que todo estudiante debe dominar de Pediatría I. Su adopción sirvió como brújula para estudiantes y profesorado, reforzando la equidad evaluativa, la cohesión docente y la claridad formativa para el alumnado.



1.1. Una renovación curricular de gran alcance

La reforma no se limitó a la metodología: supuso una reformulación significativa de los contenidos. El temario 2025/26 incorporó de forma estructural áreas que reflejan los retos actuales de la Pediatría:

- **Pediatría Social**, desarrollada como un eje temático que aborda pobreza, desigualdad, violencia estructural, barreras de acceso al sistema sanitario, lectura del contexto y protección infantil. Por primera vez se integra explícitamente el acoso escolar y el ciberacoso como problemas de salud.
- **Salud Mental infantil y adolescente**, convertida en competencia troncal. El estudiante aprendió cribado básico, señales de alerta, entrevista HEADSSS, trauma, sufrimiento emocional, consumo de tóxicos y coordinación escuela-familia-sanidad.
- **Ultraprocesados, malnutrición y obesidad infantil**, contenidos esenciales para comprender el impacto metabólico, conductual y social de los estilos de vida en la enfermedad crónica.
- **Salud digital e infancia conectada**, ante el peso creciente de la exposición a pantallas en el desarrollo neuroconductual.
- **Prevención de las enfermedades crónicas desde la infancia** para enfatizar la oportunidad de abordar estas enfermedades desde la mirada pediátrica.
- **Salud medioambiental pediátrica**, tratada como área estructural y reforzada por la experiencia de campo.
- **Aplicación clínica transversal**, mediante un módulo específico de casos reales que integra razonamiento clínico, ética y contexto.

Estos contenidos constituyen ahora una columna vertebral robusta, coherente con la práctica pediátrica actual.

1.2. Participación, territorio y reflexión: una radiografía del compromiso del alumnado

El comportamiento del alumnado confirma la profundidad del cambio pedagógico. Los datos globales fueron:

- **214 estudiantes matriculados**
- **173 (81%) superaron la evaluación continua / participación en el aula (QR)**
- **115 (54%) asistieron presencialmente a la experiencia de trabajo de campo la Sierra Minera y 44 completaron la alternativa académica equivalente**
- **184 (86%) entregaron la Huella Pediátrica (86 %)**

El **patrón de asistencia** mostró un fenómeno pedagógicamente excepcional: la mayoría del alumnado asistió de manera **sostenida y más allá del umbral**, con un predominio de 32 a 37 participaciones. Este comportamiento indica motivación intrínseca, sentido de pertenencia y un valor percibido alto de las sesiones.

La **actividad de territorio** —con 115 asistentes presenciales— permitió comprender el impacto sanitario de un entorno históricamente contaminado y relacionarlo con patología infantil. La alternativa académica ofreció un itinerario igualmente exigente y formativo, garantizando equidad.

Por su parte, la **Huella Pediátrica** generó un archivo de 184 trabajos que revelan un impacto formativo profundo: los estudiantes describieron cambios en su manera de observar al niño, escuchar a las familias, interpretar el contexto y relacionar lo aprendido con su identidad profesional.



1.3. Un curso reformado, cohesionado y transformador

El conjunto de esta transformación —contenidos renovados, metodología activa, **mirada contextual**, experiencia de campo, evaluación transparente, coherencia entre docentes y marco mínimo común— convirtió Pediatría I 2025/26 en una asignatura **intensa, exigente, participativa y humanista**, donde el aprendizaje no fue solo una adquisición de conocimientos, sino una modificación profunda de la mirada profesional hacia la infancia.

No solo se transmitieron conocimientos:

se cambió la forma de mirar, pensar y entender la Pediatría.

Es, en términos pedagógicos, académicos y humanos, un **éxito colectivo**.

2. Marco institucional, estructura docente y sistema de evaluación

Pediatría I es una asignatura obligatoria del **cuarto curso del Grado en Medicina**, con **6 ECTS** y una estimación de **150 horas de trabajo**, organizada en **38 temas distribuidos en siete bloques formativos**. Su diseño académico responde a una visión integral del desarrollo humano, desde el periodo prenatal hasta la adolescencia, incorporando de manera equilibrada los fundamentos biológicos, clínicos, sociales y preventivos de la salud infantil.

El plan docente se estructura en torno a áreas esenciales de la Pediatría contemporánea: **crecimiento y desarrollo, neonatología, nutrición, metabolismo, patología digestiva, salud mental y social**, así como **promoción y prevención de la salud**. Una parte significativa de estos contenidos se ha reformulado y ampliado durante el curso 2025/26 con la incorporación de temas como pediatría social, salud digital, ultraprocesados y obesidad, y salud ambiental pediátrica, prevención de las enfermedades crónicas del adulto desde la infancia que actualizan la asignatura y la alinean con los problemas reales de la infancia actual.

Junto al contenido clínico, la asignatura incorpora competencias transversales esenciales: **comunicación efectiva con el niño y la familia, sensibilidad ética, análisis del entorno, identificación de determinantes sociales y ambientales, y razonamiento clínico contextualizado**. Estas competencias forman parte explícita del perfil profesional que se espera del futuro médico y se integran en la docencia teórica, práctica y experiencial.

2.1. Estructura de la evaluación

La evaluación de Pediatría I responde a un modelo **claro, transparente y coherente**, que combina una base teórica sólida con una participación activa y un componente práctico y reflexivo. El sistema se organiza en cuatro elementos:

- Examen tipo test: 7,5 puntos
 - Participación en clase: 1,5 puntos
 - Prácticas clínicas: 0,5 puntos
 - Huella Pediátrica + Trabajo de campo / actividad equivalente: 0,5 puntos
- Total: 10 puntos

La evaluación continua **solo se incorpora a la calificación final cuando el examen está aprobado**, lo que asegura que el rendimiento académico mínimo esté garantizado antes de añadir los componentes formativos complementarios.



2.2. Regla del 80 % y garantía de calidad

La participación activa en el aula se evaluó mediante un sistema binario simple:

- Alcanzar ≥ 80 % de las actividades de participación otorgaba la puntuación completa (1,5 puntos).
- < 80 % suponía **0 puntos**, sin prorrateos ni recuperaciones.

La participación se registró mediante herramientas digitales con control de **hora, dispositivo, IP y tiempo real**, lo que permitió asegurar la trazabilidad y autenticidad de la actividad realizada, garantizando equidad y evitando/mitigando prácticas fraudulentas.

2.3. Evaluación global (REVA 8.6)

Para aquellos estudiantes que no pudieron seguir la evaluación continua por **causas sobrevenidas y acreditadas**, se habilitó la modalidad de **evaluación global tipo B**, que sustituye únicamente la participación (1,5 puntos) en el aula sin modificar el resto de componentes.

Al inicio del curso, se tramitaron **15 solicitudes**, de las cuales fueron **aceptadas 13**, manteniendo un equilibrio entre flexibilidad y rigor académico.

3. Participación activa: un nuevo modelo de aula

Uno de los ejes transformadores del curso 2025/26 fue la implantación de un **modelo de participación activa** auténtica, diseñado para sustituir la pasividad tradicional por una forma de aprender basada en la implicación sostenida. Cada sesión concluía con una pregunta esencial, una breve actividad o una reflexión que el alumnado realizaba en tiempo real. Su objetivo no era “comprobar si se sabía el tema”, sino estimular:

- la atención continuada,
- el pensamiento crítico,
- la reflexión clínica inmediata,
- y la conexión con la realidad del niño y su contexto.

Este sistema transformó la dinámica del aula. El alumnado dejó de ser un receptor pasivo y comenzó a participar con preguntas, dudas, razonamientos diagnósticos y comentarios espontáneos. Los profesores se sintieron más motivados para ampliar la participación del alumnado. Las sesiones se volvieron más vivas, más prácticas y cercanas a la forma en que se trabaja en la clínica real.

La participación activa se registraba mediante un sistema digital que controlaba hora, dispositivo, IP y tiempo real, garantizando trazabilidad y equidad. La combinación de actividades breves, inmediatas y significativas ayudó a que los estudiantes mantuvieran **un ritmo de estudio progresivo**, evitando la tradicional “acumulación en la semana del examen” y reforzando una comprensión más profunda y menos memorística.



3.1. Resultados cuantitativos y cualitativos

Los datos obtenidos reflejan la potencia de este modelo:

- **más del 80 % del alumnado realizó ≥ 80 % de las actividades en el aula.**
- **173 estudiantes** alcanzaron la evaluación continua completa de participación,
- la asistencia mostró un patrón excepcional: la mayoría continuó asistiendo incluso después de alcanzar el umbral evaluativo,
- las clases se hicieron notablemente más dinámicas,
- aumentó el número de intervenciones espontáneas y discusiones clínicas reales,
- y se observó una **mayor comprensión de los temas conceptualmente complejos**, como dismorfología, embriología y salud ambiental.

El análisis del patrón de asistencia demostró que la participación sostenida **no se explicaba solo por el incentivo evaluativo**, sino por un fenómeno de **motivación intrínseca, cohesión de grupo y valor percibido del aprendizaje**. La curva de densidad de asistencia se concentró entre las **30 y 37 sesiones**, una distribución muy poco habitual en estudios universitarios.

3.2. Reflexión pedagógica

Este modelo exige más trabajo tanto del estudiante como del docente. Requiere preparación continua, vigilancia técnica, diseño didáctico y capacidad de retroalimentación inmediata. Pero la recompensa es evidente: el aprendizaje se vuelve más profundo, significativo y estable.

Como se expresa en las reflexiones docentes del curso: **“Se aprende más y mejor cuando se participa.”**

La participación activa no fue simplemente un mecanismo evaluativo, sino una **herramienta educativa vertebral** que permitió al alumnado integrar conocimientos, verbalizar dudas, comprometerse con el contenido y sentirse parte del proceso.

En definitiva, este nuevo modelo de aula consolidó la idea de que la Pediatría —por su dimensión clínica, social y humana— **solo puede enseñarse de manera participada**, y que el compromiso del estudiante es un componente esencial del aprendizaje.

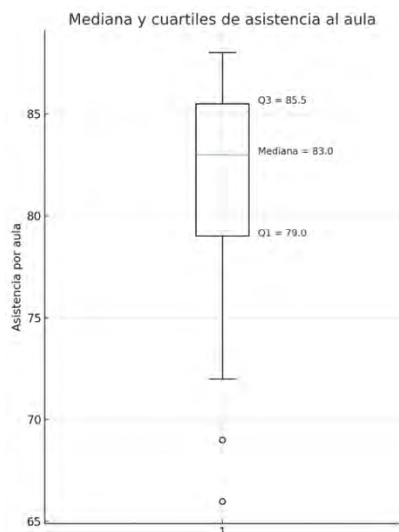
4. Análisis del patrón de asistencia: un hallazgo excepcional

El análisis detallado del patrón de asistencia del curso 2025/26 reveló un fenómeno pedagógicamente excepcional y muy poco frecuente en contextos universitarios: la mayoría del estudiantado **superó ampliamente el umbral de 29 asistencias**, necesario para obtener el máximo de puntos de participación, y mantuvo su presencia en el aula incluso cuando **ya no existía beneficio evaluativo adicional alguno**.

Este comportamiento no solo indica cumplimiento, sino **motivación sostenida**, un hábito consolidado y un clima docente que favoreció la continuidad. La asistencia dejó de ser un acto “instrumental” para convertirse en una práctica integrada en la rutina académica del alumnado.



4.1. Clases llenas durante el cuatrimestre



Alumnos en el aula de pediatría (media entre los grupos).

- **Q1 (cuartil 25%) = 79.0**
- **Mediana = 83.0**
- **Q3 (cuartil 75%) = 85.5**

El **50% central** de todas las clases tuvo entre **79 y 85.5** participantes en las actividades del aula.

La participación **típica** (mediana) está en torno a **83 alumnos** por aula.

Los valores bajos (≈ 66 y 69) se ven como puntos atípicos (*outliers*).

El máximo supera los **87 alumnos** por aula.



En la imagen de la izquierda el Prof. Sánchez-Solís al inicio de curso, y a la derecha el Prof. Gil-Ortega durante la última clase teórica del cuatrimestre (Tema 38).



La asistencia es alta y estable en el 70% del curso. Con una mediana de **83** y Q3 de **85.5**, la mayor parte del curso se trabaja con aulas llenas. **Hay dos mínimos naturales y esperables: Tema 9 (69):** ajuste inicial y **Tema 32 (66):** fatiga de noviembre. Ambos encajan con la dinámica académica normal.



La recuperación final es clara y sostenida. No solo sube la cifra real, sino también la tendencia suavizada. El sistema termina con una nota positiva.

Interpretación final

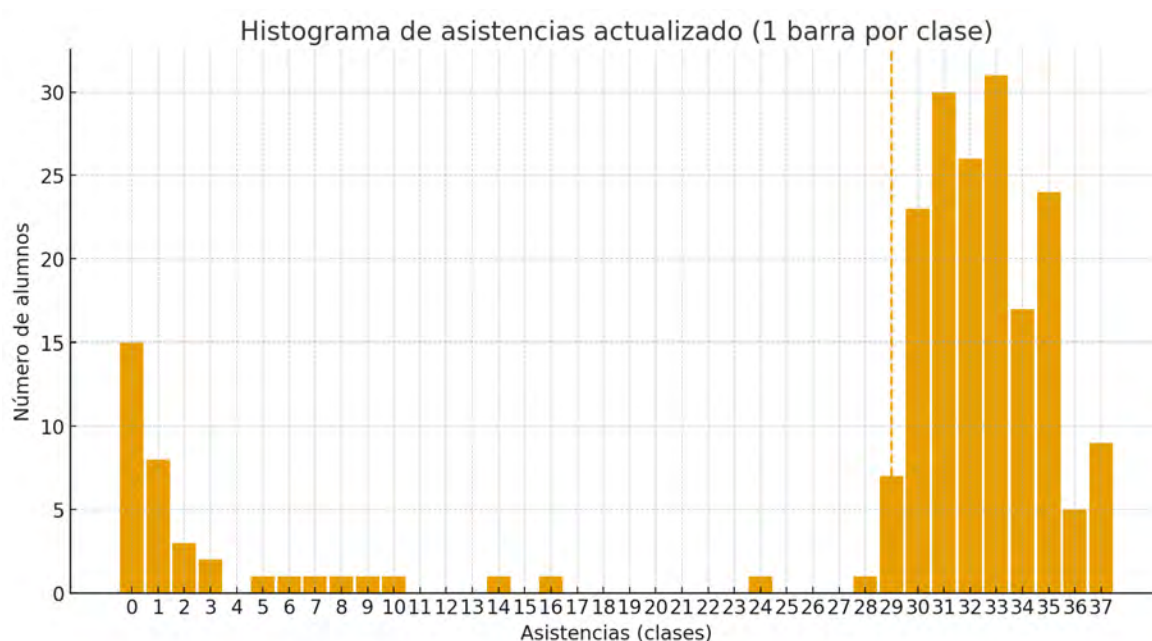
La asistencia muestra un patrón muy sano:

arranque fuerte → pico estable → descenso por fatiga → recuperación final,
con una mediana alta y un comportamiento muy regular de la mayoría del alumnado.

4.2. Distribución general de la asistencia: una concentración en valores altos

Los gráficos de análisis aportan una visión clara del fenómeno.

→ HISTOGRAMA



Nota: El histograma permite visualizar de manera directa la fuerte asimetría de la distribución: una gran masa de estudiantes supera ampliamente el umbral de 29, mientras que los valores bajos se concentran en un número reducido de casos. La estructura del gráfico sugiere que la asistencia se ha convertido en un hábito consolidado para la mayoría.

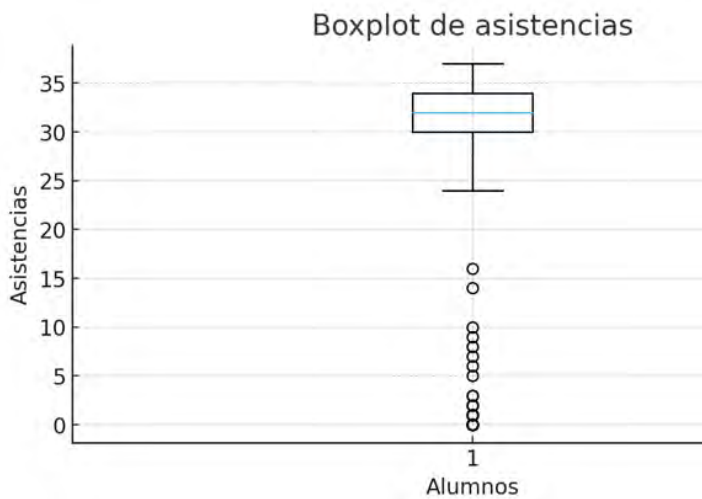
El histograma muestra una concentración muy intensa en el tramo **30–37 asistencias**, con apenas estudiantes situados en la zona baja. No existe la típica acumulación alrededor del umbral mínimo; por el contrario, la distribución se desplaza hacia valores altos, señal de que la asistencia se sostuvo más allá de la necesidad evaluativa. “La estructura del gráfico sugiere que la asistencia se ha convertido en un hábito consolidado para la mayoría.”.

El histograma refleja un grupo pequeño con asistencias entre 0 y 10. Estos alumnos actúan de forma distinta: probablemente están **desvinculados del proceso académico** desde el inicio. La existencia de este grupo marginal refuerza la interpretación central: **quien entra en la dinámica, permanece en ella hasta el final.**

Nota: la clase del tema 17 no pudo darse por motivos excepcionales y alertas climatológicas.

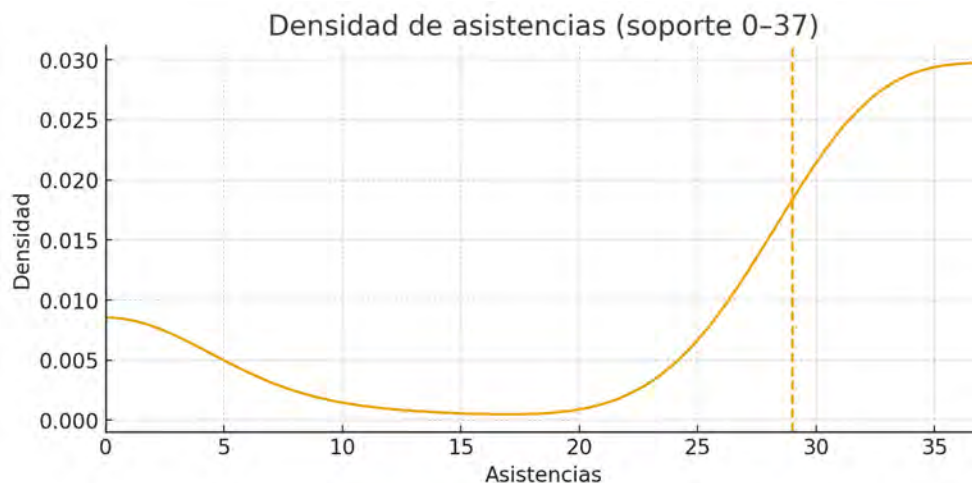


4.3. Variabilidad interna: un grupo cohesionado alrededor de la regularidad



El diagrama de caja confirma que el **rango intercuartílico se sitúa entre 30 y 34 asistencias**, con una mediana en 32. Esto indica que la mayoría del grupo asistió de manera regular durante todo el cuatrimestre. Los valores bajos existen, pero son residuales y no alteran la estructura global y central de la distribución.

4.4. Persistencia más allá del incentivo: densidad y motivación intrínseca → CURVA DE DENSIDAD



La curva de densidad refuerza el hallazgo: la mayor parte del alumnado no solo cumplió el requisito, sino que mantuvo una asistencia elevada. La densidad se acumula en el tramo alto. La densidad en las zonas bajas es escasa, lo que refuerza la idea de que los casos de baja asistencia constituyen excepciones y no representan la dinámica general del grupo.

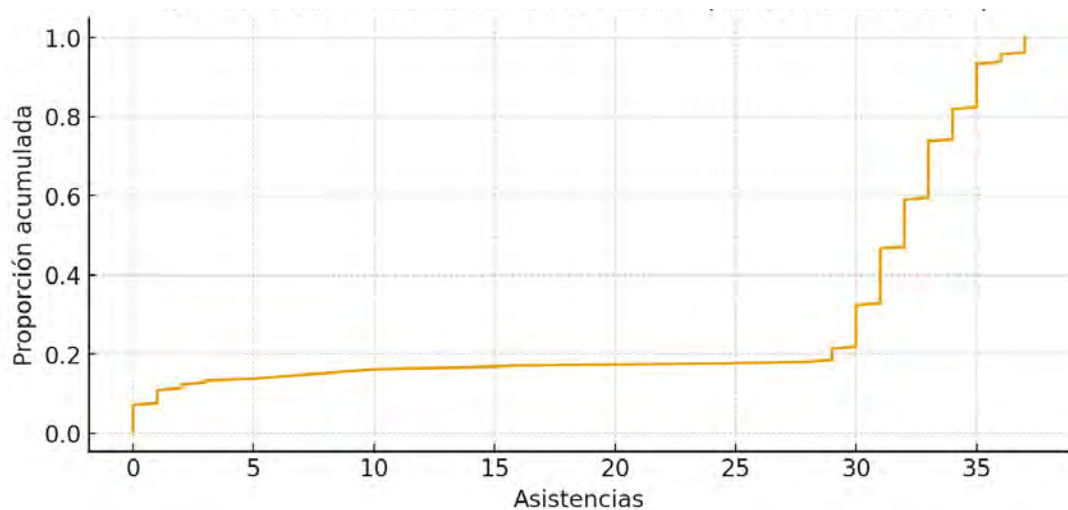
“La asistencia no se explica solamente por el incentivo evaluativo.”

Esto sugiere un proceso de **internalización del hábito**, donde asistir se convierte en una práctica coherente con la identidad del estudiante dentro del curso.



4.5. Progresión del grupo: un ascenso rápido hacia altas asistencias

→ CURVA ACUMULATIVA



La curva acumulativa muestra cómo la proporción de estudiantes que supera las 29 asistencias aumenta de forma muy rápida. En torno al tramo alto de la distribución, el porcentaje acumulado es ya cercano al **80 %**.

“La proporción de alumnos que supera las 29 asistencias aumenta rápidamente, hasta alcanzar valores muy altos en el tramo superior.”

4.6. Interpretación pedagógica del fenómeno

La asistencia sostenida incluso después de haber asegurado los 1,5 puntos de participación indica que el comportamiento del grupo estuvo guiado por cuatro factores principales:

1. *Motivación intrínseca*

Cuando el estudiante percibe **valor real** en las sesiones —claridad, ritmo, utilidad, conexión clínica, la asistencia deja de depender del incentivo.

2. *Inercia conductual positiva (momentum)*

Cuando un estudiante ha asistido 20, 25 o 28 veces, se activa una lógica psicológica: “A estas alturas, ya voy siempre; sigo hasta el final.” Este fenómeno es muy potente: la frecuencia genera hábito, y el hábito se vuelve identidad (“soy de los que va”).

3. *Cohesión social del grupo*

El comportamiento colectivo establece normas implícitas: si la mayoría asiste, el resto tiende a alinearse. La participación se vuelve parte de la cultura del curso. El alumnado tiende a alinearse con el comportamiento mayoritario.

4. *Valor añadido percibido del docente y de la clase*

La combinación de participación activa, claridad de objetivos, estructura consistente y sentido práctico refuerza la utilidad de asistir. El alumnado interpreta que la clase “merece la pena” más allá de la calificación.

“Se ha generado un ciclo de motivación, hábito y cohesión: la asistencia se mantiene incluso sin necesidad.”



4.7. Un fenómeno raro y de enorme valor educativo

Lo más destacable del análisis es que la asignatura consiguió algo inusual: **que el estudiantado siguiera asistiendo incluso después de haber obtenido todos los puntos posibles.**

En términos de psicología educativa, esto refleja una **internalización del comportamiento**, un modelo en el que las condiciones externas (puntos, incentivos) dejan de ser el motor y pasan a serlo la **utilidad percibida**, la **experiencia en el aula**, la **cohesión del grupo** y la **identidad académica**.

El patrón de asistencia observada constituye, por tanto, **una evidencia objetiva del éxito pedagógico del curso.**

5. Seminarios AF3: aprendizaje ético, emocional y clínico

Los seminarios AF3 constituyeron una de las experiencias formativas más significativas del curso. Su objetivo fue acercar al alumnado a las dimensiones **emocionales, éticas y humanas de la práctica pediátrica**, aspectos que no pueden entenderse únicamente desde la teoría y que requieren una exposición directa a voces reales, vivencias auténticas y situaciones clínicas de alto impacto.

Estas sesiones incluyeron:

- El **testimonio de una madre** cuyo hijo falleció tras superar dos leucemias, un relato de enorme fuerza emocional que permitió al alumnado comprender la complejidad del acompañamiento pediátrico, la incertidumbre del pronóstico y el sufrimiento profundo de las familias.
- **Intervenciones de residentes de Pediatría**, que compartieron su experiencia cotidiana: la carga emocional del servicio, la toma de decisiones en entornos de presión, las dificultades de conciliación y el sentido vocacional de la especialidad.
- **Una sesión dedicada a lactancia materna**, abordada desde una triple mirada clínica, antropológica y humana, que permitió contextualizar el acto de amamantar en las realidades culturales, sociales y fisiológicas del cuidado infantil.

Estas actividades tuvieron un fuerte impacto en el estudiantado. Muchos describieron estas sesiones como un “punto de inflexión” que cambió su manera de entender la Pediatría, y reflejaron en sus **Huellas Pediátricas** la importancia de haber escuchado sufrimiento, resiliencia, vulnerabilidad y esperanza directamente de quienes lo han vivido.

Los seminarios AF3 reafirmaron un principio esencial de la asignatura: **la Pediatría es una disciplina profundamente humana**. Las familias, los vínculos, las emociones, los duelos y las decisiones difíciles forman parte inseparable del trabajo clínico. La formación del futuro pediatra debe incluir esta dimensión para evitar reducir la práctica a una mera transmisión de datos o protocolos.



6. AF4 – Práctica de campo: La Unión – Portmán

La experiencia AF4, realizada en la **Sierra Minera de La Unión – Portmán**, fue una de las actividades docentes más valiosas del curso. Su finalidad fue que el estudiantado comprendiera de forma directa el peso que los **determinantes ambientales, sociales e históricos** ejercen sobre la salud infantil.

La salida permitió observar un territorio profundamente transformado por más de un siglo de actividad minera y contaminación por metales pesados, y entender cómo estas condiciones repercuten en las familias, las escuelas y la comunidad.

6.1. Objetivos formativos

- Comprender el impacto real de los **determinantes ambientales** sobre la salud infantil.
- Relacionar **territorio y patología pediátrica**, especialmente problemas derivados de contaminación por plomo y otros metales pesados.
- Observar cómo el contexto social y ecológico afecta al desarrollo, la calidad de vida y el bienestar de niños y adolescentes.
- Desarrollar una mirada clínica **contextualizada**, más allá del síntoma o del diagnóstico aislado.

6.2. Desarrollo de la experiencia

Durante la salida, el alumnado recorrió:

- La **bahía de Portmán**, ejemplo emblemático de degradación ambiental.
- El **Llano del Beal**, una de las zonas con mayor evidencia de contaminación histórica.
- Barrios y entornos vulnerables donde se observan desigualdades sociales y efectos acumulados sobre la infancia.
- Espacios escolares y comunitarios afectados por la historia minera.

A lo largo de la mañana se generaron conversaciones clínicas, sociales y éticas guiadas por el profesorado, donde se abordaron casos reales, datos epidemiológicos, historia del territorio y reflexiones sobre justicia ambiental.

6.3. Impacto externo

La actividad tuvo **repercusión en prensa regional**, destacándose en medios autonómicos que “la contaminación tiene un efecto real” sobre la salud de la infancia. Esta visibilidad pública subraya el valor de formar médicos capaces de comprender la relación entre salud y territorio, y sitúa a la asignatura como una propuesta docente innovadora y socialmente comprometida.



Facultad
de Medicina



Facultad de Medicina
Edificio
Dirección
30001 Murcia
ESPAÑA

email@um.es
Tlf.: 868 88 0000
um.es

UNIVERSIDAD
DE MURCIA



Alumnos de cuarto de Medicina de la UMU, el sábado en la ladera de la bahía de Portmán, junto al lavadero Roberto. **cedida**

Clase de Medicina en la Sierra Minera: «La contaminación tiene un efecto real»

Alumnos de cuarto curso de la UMU recorren Portmán y Llano del Beal en una actividad organizada por Juan Antonio Ortega

JAVIER PÉREZ PARRA

MURCIA. Cualquier alumno de Medicina aprende a lo largo de la carrera que la presencia en sangre de metales como el plomo puede tener efectos muy perjudiciales. Pero no es lo mismo leer unos apuntes que pisar un terreno contaminado durante siglos, escuchar a las familias que conviven con este riesgo y entender la importancia de los factores sociales a la hora de establecer medidas preventivas.

Esto es precisamente lo que hicieron este sábado 110 estudiantes de cuarto curso de la Facultad de Medicina de la Universi-

dad de Murcia. En una actividad coordinada por el pediatra Juan Antonio Ortega, jefe de la Unidad de Salud Medioambiental de La **Arrixaca** y profesor de la UMU, los futuros facultativos recorrieron Portmán, Llano del Beal y otros puntos de la Sierra Minera de Cartagena y La Unión.

«En clase nos centramos mucho en síntomas, tratamientos, virus, bacterias o genes. Poner el foco en los factores ambientales y sociales ha sido una experiencia distinta, un cambio de perspectiva», cuenta Alejandro Mundo, uno de los alumnos de Ortega.

El jefe de Salud Medioambiental de La **Arrixaca** lleva años advirtiendo del impacto de la contaminación en los suelos de la Sierra Minera. En 2019 presentó en la Asamblea Regional los resultados de un cribado realizado entre algo más de 200 vecinos de Llano del Beal, Portmán, La Unión y otras poblaciones cercanas como El Al-



Los estudiantes, frente a la mina Sultana, en Llano del Beal. **cedida**

gar. En 12 de ellos, los niveles de plomo superaban los 5 microgramos por decilitro de sangre, y en 22 vecinos, los 3,5. Seis de ellos

eran niños, y también había una mujer embarazada. Estas conclusiones, que fueron publicadas posteriormente en la revista 'Medici-

na clínica', contrastan con las de un estudio realizado por la Consejería de Salud que descartó la presencia de niveles de plomo y cadmio particularmente elevados en esta población.

En la investigación comandada por Ortega, la mayoría de participantes que superaron los 5 microgramos de plomo residían en la zona 'cero' de la contaminación minera: Llano del Beal. Allí estuvieron el sábado los alumnos de la UMU, escuchando testimonios de los vecinos y analizando casos clínicos. «Lo que demostramos en su día, en nuestro estudio, es cómo los niveles de plomo de estas personas se redujeron gracias a las medidas preventivas: una alimentación adecuada, con hierro y vitaminas, y actuaciones como evitar que los niños jugasen en los suelos más contaminados», detalla Ortega. Por todo ello, el experto reclama que las pruebas para determinar la presencia de plomo en sangre se generalicen en Primaria en esta comarca.

«El riesgo que supone la contaminación existe y es real. La lección más importante para los estudiantes ha sido conocer el contexto, conectar con la comunidad y reconocer hogares vulnerables», reflexiona el pediatra.

Los determinantes sociales

En definitiva, los futuros médicos pudieron comprobar el sábado cómo «el entorno afecta directamente a la salud infantil» y cómo es necesario integrar «la mirada clínica con la realidad social y ambiental de los territorios». Formar a los estudiantes «implica prepararlos para reconocer en la clínica no solo enfermedades, sino también los determinantes ambientales y sociales que las condicionan», explica el profesor de la UMU.

Con este objetivo, Ortega no solo ha introducido en el programa educativo de la asignatura de Pediatría este tipo de actividades sobre el terreno. También ha incluido en la guía docente aspectos como «la pediatría social», los ultraprocesados y la obesidad infantil, la salud digital y la adicción a las pantallas, o el acoso escolar.

En tiempos de revolución tecnológica y digital, Juan Ortega Ortega reivindica una medicina «enraizada en la comunidad» que no se quede encerrada en la consulta.



6.4. Participación y alternativa académica equivalente

- **115 estudiantes** asistieron presencialmente a la salida de campo.
- Para quienes no pudieron asistir, se ofreció una **actividad académica equivalente** (159 participantes) compuesta por:
 - Análisis crítico de un artículo científico sobre cribado ambiental en la zona.
 - Diseño de un **protocolo clínico** adaptado a un centro de salud en territorio contaminado.
 - Una reflexión profesional sobre desigualdad ecológica y práctica pediátrica.

Ambas vías —la presencial y la alternativa— compartieron la misma finalidad: consolidar la capacidad del estudiantado para **leer el entorno**, identificar factores de riesgo y comprender que la Pediatría requiere mirar al niño dentro de su **territorio, su familia y su comunidad**.

7. Prácticas clínicas: integración real entre teoría y asistencia

Las prácticas clínicas constituyeron un pilar esencial de la asignatura, al ofrecer al estudiantado la oportunidad de trasladar los conocimientos adquiridos en el aula a escenarios reales de atención pediátrica. Se desarrollaron en **centros de salud, unidades de maternidad y servicios de urgencias pediátricas**, y permitieron que cada estudiante viviera una semana de contacto directo con familias, recién nacidos y equipos profesionales.

La planificación se diseñó con dos objetivos complementarios:

1. **Adquirir habilidades clínicas básicas en Pediatría**, especialmente anamnesis, exploración física, comunicación con familias y razonamiento diagnóstico inicial.
2. **Integrar los contenidos teóricos del curso**, de manera que la experiencia clínica reforzara los bloques de crecimiento y desarrollo, neonatología, nutrición, salud mental, digestivo y pediatría social.

7.1. Aprendizajes observados durante la rotación

La evaluación informal realizada con tutores clínicos y observaciones del profesorado reflejó una evolución notable en el alumnado:

1. Progreso en la anamnesis pediátrica

Los estudiantes adquirieron destrezas específicas para la edad pediátrica:

- formular preguntas abiertas,
- adaptar el lenguaje al nivel del niño,
- incluir al cuidador como fuente de información relevante,
- explorar antecedentes perinatales, vacunación, alimentación y desarrollo psicomotor.

2. Mejora en la comunicación con familias

Muchos estudiantes identificaron este aspecto como uno de los más exigentes del curso. Se observó una progresión constante en la capacidad para explicar información de forma clara, manejar expectativas y responder a las preocupaciones de los cuidadores.



3. Descubrimiento del “idioma del niño”

Uno de los logros más repetidos por los tutores fue la capacidad creciente del alumnado para interpretar señales no verbales:

mirada, postura, llanto, juego, distancia, timidez o desconfianza.

Este aprendizaje práctico —imposible de adquirir solo mediante teoría— resultó crucial para abordar exploraciones pediátricas con seguridad y empatía.

4. Impacto emocional del entorno neonatal

Las rotaciones en maternidad permitieron que los estudiantes comprendieran la fragilidad del recién nacido, la vulnerabilidad de las familias y la intensidad emocional de los primeros días de vida. Este contacto temprano contribuyó a asentar actitudes de prudencia, sensibilidad y respeto.

7.2. Integración teoría–práctica

El diseño del curso permitió que la experiencia práctica reforzara los conceptos trabajados en clase. Algunos ejemplos frecuentes mencionados por los tutores:

- Los estudiantes aplicaron contenidos de **crecimiento y desarrollo** al interpretar percentiles, hitos psicomotores o señales de alarma.
- Pudieron relacionar **salud ambiental** con casos reales de bronquiolitis, episodios repetidos de infección respiratoria o problemas de exposición domiciliaria.
- Comprendieron mejor los conceptos de **nutrición infantil** al ver dificultades reales en lactancia, alimentación complementaria y estrategias con familias.
- Aplicaron conocimientos de **digestivo** en problemas muy prevalentes como vómitos, dolor abdominal y estreñimiento funcional.
- Integraron temas de **pediatría social y salud mental** al observar situaciones familiares complejas, dinámicas de estrés, inseguridad o comunicación difícil.

Esta articulación teoría–práctica favoreció un aprendizaje significativo que permitió unir conceptos biológicos, conductuales y sociales en el razonamiento clínico.

7.3. Dificultades detectadas

A pesar del éxito general de las prácticas, se identificaron algunas dificultades estructurales:

- **Heterogeneidad entre centros**, con variabilidad en la disponibilidad de tutores y en la carga asistencial.
- **Casos puntuales de rechazo a estudiantes** por parte de algunos servicios, lo que obligó a reubicaciones urgentes.
- **Diferencias en la exposición clínica**, especialmente en unidades donde la presión asistencial limitaba la atención docente.

Estas dificultades no impidieron el correcto desarrollo de las prácticas, pero señalan áreas de coordinación a mejorar en cursos posteriores.



7.4. Propuestas de mejora

A partir de la evaluación del curso y de los comentarios del profesorado y tutores clínicos, se proponen las siguientes líneas de mejora:

1. **Homogeneizar la oferta docente entre centros**, asegurando rotaciones equivalentes y reforzando los puntos con menor presencia de tutores.
2. **Reuniones anuales de coordinación con dirección médica**, para establecer compromisos estables de acogida y facilitar la logística docente.
3. **Potenciar la figura del residente como docente**, dada la excelente aceptación durante las sesiones AF3 y su capacidad para conectar con el alumnado.
4. **Integrar micro-objetivos clínicos específicos** por jornada, de forma que cada estudiante disponga de un “mínimo clínico” a cumplir en la rotación: observación del neonato, entrevista con familia, registro de crecimiento, etc.
5. **Reforzar la retroalimentación**, ofreciendo instrumentos sencillos para que tutores y estudiantes compartan percepciones y ajusten expectativas.

7.5. Competencias mínimas y fortalecimiento de la estructura docente

Una de las mejoras estructurales más relevantes del curso 2025/26 fue la formalización de un **Mínimo de Competencias Clínicas** para la semana de prácticas, acompañado por la **identificación clara de responsables docentes** en cada una de las unidades asistenciales. Esto permitió alinear la práctica clínica con el temario oficial, asegurar homogeneidad formativa y ofrecer al estudiantado un marco claro de expectativas.

Estas competencias quedaron recogidas en un anexo operativo dirigido tanto a tutores como a estudiantes. Este documento funcionó como **contrato pedagógico mínimo**, garantizando que toda rotación —independientemente del centro o tutor— incluyera aprendizajes esenciales y experiencias clínicas homogéneas.

7.6. Mínimo clínico exigible: competencias transversales comunes a todas las unidades

A partir del anexo de prácticas clínicas, se definieron cinco competencias básicas que todo estudiante debía cumplir durante su semana de rotación:

1. **Realizar una anamnesis pediátrica básica**, incluyendo motivo de consulta, antecedentes perinatales, vacunación, alimentación y desarrollo.
2. **Ejecutar una exploración física dirigida por edad**, identificando signos normales y señales de alarma.
3. **Elaborar una breve nota clínica o historia simplificada**, integrando impresiones diagnósticas iniciales.
4. **Comunicar información clínica esencial** a familias o al tutor, utilizando un lenguaje adaptado al contexto pediátrico.
5. **Participar activamente en la identificación del entorno social y ambiental** del niño, integrando factores de riesgo (familia, vivienda, hábitos, determinantes ambientales).

Estas competencias eran aplicables en **todas las unidades docentes** (Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización, Neonatología/Maternidad, Salud Medioambiental), asegurando que cada estudiante desarrollara un núcleo clínico mínimo independientemente de su destino.



7.7. Competencias específicas por unidad docente

Cada unidad añadió además competencias y actividades propias, detalladas en el **ANEXO**

7.8. Una experiencia formativa clave en el curso

Las prácticas clínicas contribuyeron de manera decisiva a consolidar la identidad del estudiantado como futuros profesionales. Permitieron vivenciar la Pediatría en su complejidad real: técnica, emocional, comunicativa y social. Integraron contenido teórico, razonamiento clínico y sensibilidad hacia el contexto de cada familia.

Así, se convirtieron en un puente entre el aula y la clínica, entre el conocimiento y la experiencia, y entre el aprendizaje y la práctica profesional.

7.9. Un valor formativo decisivo

La combinación de:

- mínimo clínico común,
- responsables docentes claramente definidos,
- exposición real a familias y niños,
- integración directa con la teoría,
- y supervisión profesional continuada

convirtió la semana de prácticas en una experiencia formativa sólida, coherente y profundamente ligada a la identidad profesional del futuro médico.

8. La Huella Pediátrica: aprendizaje reflexivo, humanista y profesional

La Huella Pediátrica se consolidó este curso como una de las actividades más significativas, transversales y mejor valoradas por el alumnado. Concebida como un ejercicio de reflexión personal, profesional y ética, su finalidad fue permitir que cada estudiante integrara la experiencia completa del curso —teoría, prácticas, seminarios, participación activa y territorio— en una pieza breve, auténtica y propia.

El trabajo respondía a una pregunta central:

¿Qué huella te ha dejado la Pediatría, y qué huella deseas dejar tú como médico?

A diferencia de otros elementos de evaluación, esta actividad no medía conocimientos técnicos, sino **madurez profesional, sensibilidad humana, capacidad crítica, mirada contextual y reflexión ética**, elementos esenciales en la formación pediátrica contemporánea.



8.1. Participación excepcional: 184 trabajos entregados

Este curso se alcanzó una participación extraordinaria:

184 estudiantes enviaron su Huella, lo que representa aproximadamente **el 86 % del total**.

Dado que la actividad no condicionaba directamente el resultado del examen, este nivel de participación indica que el estudiantado percibió la Huella como una oportunidad real de expresarse y de integrar su experiencia formativa, no como una mera tarea evaluativa.

8.2. Diversidad de formatos, riqueza de voces

El formato libre permitió que cada estudiante encontrara un lenguaje propio. Esto generó un conjunto heterogéneo y pedagógicamente valioso:

- ensayos breves y microensayos reflexivos,
- relatos autobiográficos,
- cartas al yo del pasado o del futuro,
- textos dirigidos a pacientes o pediatras reales,
- reflexiones clínicas vividas durante la semana de prácticas,
- ilustraciones, collages y composiciones visuales,
- podcasts, vídeos y piezas sonoras,
- testimonios sobre vivencias familiares con la enfermedad,
- análisis críticos sobre desigualdad, exclusión o vulnerabilidad infantil.

Esta diversidad enriqueció el archivo final y permitió recoger sensibilidades muy distintas dentro del grupo.

Un estudiante lo expresó así:

“Por primera vez en Medicina sentí que podía escribir como persona, no solo como estudiante”.

8.3. Temas recurrentes y aprendizajes expresados por el alumnado

Las Huellas mostraron una sorprendente madurez emocional, una profunda interiorización del curso y una comprensión clara de la Pediatría como disciplina humana, social y comunitaria. Entre los temas más destacados:

8.3.1. La infancia como territorio de vulnerabilidad y esperanza

Muchos textos subrayan que **el niño no es un adulto pequeño**, sino un ser en desarrollo con una fisiología, una psicología y un contexto propios.

El alumnado destacó la importancia de protegerlo, acompañarlo y dignificar su voz.

Muchos estudiantes subrayaron que descubrieron una verdad esencial:

“Un niño no es un adulto pequeño. Es un universo entero que aún no sabe explicarse”.



8.3.2. El sufrimiento infantil y la resiliencia

El testimonio de la madre cuyo hijo falleció tras superar dos leucemias dejó una huella profunda. Aparece citado en numerosas reflexiones como un ejemplo real de amor, dolor, fortaleza y humanidad médica.

“No olvidaré nunca su voz. Me enseñó más sobre la medicina que cualquier manual”.

“Entendí que en Pediatría la alegría y el dolor conviven, y que acompañar es tan importante como curar”.

8.3.3. Territorio, desigualdad y justicia ambiental

La salida de campo a la Sierra Minera de La Unión–Portmán (o su alternativa académica) marcó intensamente al alumnado.

Muchos estudiantes reconocieron que fue la primera vez que “leían un territorio como una historia clínica”.

El descubrimiento de la contaminación por plomo, la desigualdad ambiental y el impacto en la infancia generó reflexiones críticas sobre:

- la responsabilidad política y sanitaria,
- los determinantes sociales de la salud,
- la intervención comunitaria,
- y el papel del pediatra como defensor de la infancia.

“Nunca había visto un territorio como una historia clínica. Ese día entendí qué significa un entorno enfermo”.

Otro estudiante añadió:

“Ya no puedo mirar la infancia sin pensar en el aire que respira, el agua que bebe o el suelo donde juega”.

8.3.4. La mirada pediátrica como mirada ampliada

Los estudiantes integraron de forma explícita contenidos del curso:

- lactancia materna,
- salud mental y duelo,
- dolor emocional en la infancia,
- acoso escolar,
- desarrollo psicomotor,
- salud ambiental,
- pediatría social y familiar,
- determinantes sociales y estilos de vida.

La Pediatría dejó de ser percibida como un conjunto fragmentado de temas para convertirse en **una forma de mirar al niño y su mundo**.

Una frase frecuente fue: **“La Pediatría me enseñó a mirar no solo al niño, sino todo lo que lo rodea”.**



8.3.5. El valor formativo de la semana de prácticas

Las vivencias clínicas de la semana de prácticas fueron un gran motor de reflexión:

- consultas de pediatría y enfermería,
- urgencias pediátricas,
- neonatología y maternidad,
- casos reales que conectaban directamente con la teoría,
- confrontación emocional con el miedo de los padres y la vulnerabilidad del niño.

Muchos estudiantes afirmaron que esta semana “dio sentido” al resto de la asignatura.

Las prácticas fueron mencionadas en la mayoría de las Huellas como el momento de mayor crecimiento:

“En urgencias entendí que detrás de cada fiebre hay una familia llena de miedo”.

“En neonatos descubrí que la fragilidad es también una forma de belleza”.

“Gracias a la pediatra que me tutorizó, por primera vez sentí que estaba en el lugar adecuado”.

8.3.6. Vocación y descubrimiento personal

Un número significativo de estudiantes afirmó que Pediatría I:

- confirmó un interés previo por la especialidad,
- despertó una vocación inesperada,
- o reforzó su deseo de ser un médico empático, atento y humano.

“No pensaba hacer Pediatría. Ahora, al menos, entiendo por qué tanta gente la elige”.

“Recuperé la motivación que había perdido. La Pediatría me la ha devuelto”.

8.4. Una herramienta para construir identidad profesional

La Huella Pediátrica permitió que los estudiantes verbalizaran algo esencial:
qué tipo de médico quieren ser.

Citas representativas:

“Quiero ser un médico que escuche antes de diagnosticar”.

“Me llevo la certeza de que la Medicina también es ternura”.

“Entendí que tratar a un niño es también sostener a su familia”.

Pedagógicamente, la actividad facilitó:

- integrar teoría y emoción,
- consolidar la mirada contextual,
- reforzar la sensibilidad clínica y social,
- comprender la dimensión ética del acto médico,
- descubrir la importancia de la escucha, el tiempo y la presencia.



8.5. Un archivo testimonial con valor institucional

Las 184 Huellas conforman un archivo pedagógico y emocional único, que recoge el crecimiento del grupo a lo largo del curso. Este conjunto debería preservarse:

- como memoria docente,
- como fuente de investigación cualitativa en educación médica,
- y como documentación institucional del impacto formativo del programa.

Reflejan el crecimiento del grupo, la diversidad de miradas y la dimensión humanista de la asignatura.

- **“Ojalá otras asignaturas dejaran huellas como esta”.
(escribió un alumno).**

8.6. Un puente hacia la práctica médica futura

La Huella Pediátrica no funcionó como un cierre académico, sino como una transición reflexiva hacia el futuro profesional.

Mostró que la Pediatría —y por extensión, la Medicina— es:

- conocimiento,
- pero también relación;
- técnica,
- pero también ética;
- evidencia,
- pero también humanidad.

Las reflexiones muestran que el alumnado entendió que la Pediatría —y la Medicina en general— es:

**“ciencia, pero también vínculo”,
“técnica, pero también ética”,
“conocimiento, pero también acompañamiento”.**

La actividad permitió cerrar el cuatrimestre no con memorias, sino con consciencia.

El ejercicio evidenció que el curso no solo enseñó contenidos, sino **una forma de mirar, un modo de acompañar y un sentido profundo del cuidado.**



9. Resultados globales del curso

El curso 2025/26 de Pediatría I alcanzó resultados sobresalientes tanto en participación, como en rendimiento académico, calidad docente, impacto humano y coherencia metodológica. Los indicadores cuantitativos y cualitativos muestran un **alto nivel de implicación del alumnado**, una **excelente adquisición de competencias** y un **clima formativo transformador**, reflejo de la reforma integral emprendida este año.

9.1. Participación y asistencia: un compromiso sostenido

Los datos de participación y asistencia constituyen uno de los logros más llamativos del curso:

- **214 estudiantes** matriculados.
- **173 estudiantes** superaron la evaluación continua de participación.
- La mayoría asistió entre **30 y 37 sesiones**, muy por encima del mínimo exigido.
- La curva de asistencia evidenció un patrón excepcional: el estudiantado continuó asistiendo **incluso después de haber asegurado todos los puntos posibles**.

Este comportamiento indica:

- **motivación intrínseca,**
- **consolidación del hábito,**
- **cohesión de grupo,**
- **y un valor percibido alto del aprendizaje en aula.**

La participación activa se integró como parte natural del curso, demostrando que un modelo de docencia centrado en el estudiante **refuerza la presencia, la atención y la implicación real**.

9.2. Trabajo de campo y alternativa académica: participación masiva

La práctica AF4 alcanzó niveles excepcionales de participación en sus dos modalidades:

- **115 estudiantes** asistieron presencialmente a La Unión–Portmán.
- **159 estudiantes** completaron la alternativa académica equivalente.

Ningún alumno quedó sin vía formativa, lo que garantiza **equidad, coherencia evaluativa, y alcance universal del aprendizaje contextual**.

9.3. Huella Pediátrica: impacto humanista demostrado

La entrega de **184 Huellas Pediátricas** (≈86 %) constituye un indicador potente del impacto del curso. Las reflexiones revelan:

- comprensión profunda del sufrimiento infantil,



- sensibilidad ética,
- integración del territorio como parte de la historia clínica,
- reflexión sobre desigualdad, salud mental, trauma y lactancia,
- y descubrimiento o reafirmación de vocaciones.

La calidad de estos trabajos muestra que el aprendizaje no fue estrictamente académico, sino **vivencial, ético y profesional**.

9.4. Competencias clínicas: adquisición sólida y homogénea

Gracias al **mínimo de competencias clínicas** y a la identificación de responsables docentes:

- todos los estudiantes realizaron anamnesis y exploración pediátrica básicas,
- todos elaboraron al menos una nota clínica o presentación de caso,
- todos participaron en escenarios reales con familias y criaturas,
- y todos integraron teoría–práctica–contexto.

Las prácticas dejaron de depender del azar del centro y se convirtieron en una **experiencia clínica estructurada y equitativa**.

9.5. Aprendizaje percibido: crecimiento conceptual y profesional

Los registros del curso y las reflexiones del alumnado evidencian mejoras significativas en áreas que históricamente resultan complejas:

- **dismorfología y genética clínica,**
- **embriología aplicada,**
- **nutrición y ultraprocesados,**
- **salud mental infantil,**
- **pediatría social** (acoso escolar, violencia estructural, desigualdad),
- **salud ambiental,**
- **comunicación con familias,**
- **ética y duelo.**

El aprendizaje fue **más profundo y estable**, gracias a:

- la participación activa,
- la conexión con casos reales,
- la integración clínica de contenidos,
- y la reflexión desde la experiencia.

9.6. Clima docente: cohesión, diálogo y crecimiento colectivo

El curso generó un clima de trabajo caracterizado por:

- **respeto,**
- **confianza,**
- **participación espontánea,**



- **preguntas constantes,**
- y una percepción clara de coherencia docente.

El estudiantado describió las clases como:

- “dinámicas”,
- “claras”,
- “clínicas”,
- “emocionantes”,
- “útiles”,
- y “humanas”.

El profesorado, por su parte, valoró muy positivamente:

- la madurez del grupo,
- el compromiso sostenido,
- la calidad de las intervenciones,
- y la capacidad de integrar la mirada pediátrica ampliada.

9.7. Evaluación: transparencia, equidad y rigor

El sistema evaluativo funcionó con:

- **claridad** (estructura simple y comprensible),
- **trazabilidad técnica,**
- **equidad** (todos tuvieron las mismas oportunidades),
- **robustez contra el fraude,**
- y **coherencia con el modelo pedagógico.**

Las solicitudes de evaluación global (REVA) fueron gestionadas con rigor y sensibilidad, sin comprometer la equidad del proceso.

9.8. Un curso exitoso en todas sus dimensiones

Los resultados globales muestran que la reforma de Pediatría I no solo mejoró la calidad académica, sino que transformó:

- la forma de aprender,
- la forma de enseñar,
- la relación entre teoría y práctica,
- y la propia identidad profesional del alumnado.

Este curso consiguió algo infrecuente en docencia universitaria: **que la participación dejara de ser una obligación para convertirse en una actitud.**

Los datos, las reflexiones, la asistencia y la calidad humana del proceso confirman que Pediatría I 2025/26 ha sido, en todos los sentidos, un **éxito docente, clínico, social y humano.**



10. Evaluación final del curso: estructura, modalidades y desarrollo

La evaluación final del curso se llevó a cabo el **22 de diciembre 2025 Lunes**, siguiendo un modelo mixto que garantizó equidad, rigor y alineación con la normativa. La prueba principal fue el **Examen tipo A**, complementada por dos modalidades adicionales: **Examen oral** para casos justificados y **Examen tipo B** para los estudiantes acogidos a REVA 8.6.

10.1. Examen tipo A: prueba principal (22 de diciembre, 12:50 h)

Formato:

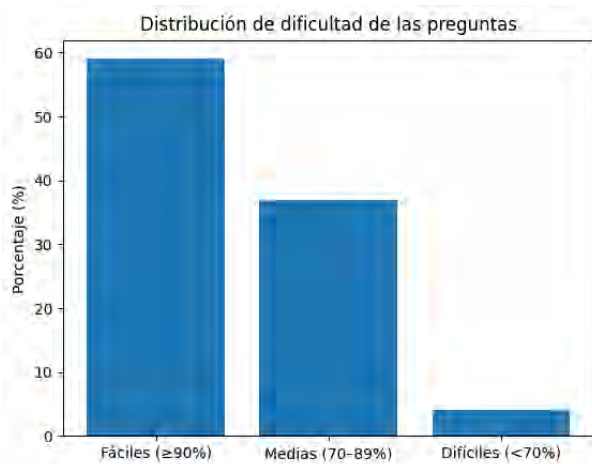
- Examen oficial del curso.
- **50 preguntas tipo test**, con una única respuesta correcta.
- Incluye casos clínicos muy breves, razonamiento pediátrico y preguntas conceptuales.

Número de estudiantes: 191 estudiantes.

Valoración del examen tipo Test (las preguntas)

El examen final de Pediatría I se realizó en formato **tipo test de 50 preguntas**, con cuatro opciones de respuesta y penalización moderada por error, aportando **7,5 puntos a la calificación final**. Se administraron dos versiones equivalentes (Tipo 1 y Tipo 2), generadas mediante **selección aleatoria de preguntas** a partir de un banco elaborado y consensuado por el profesorado de la asignatura.

El análisis de resultados muestra que el examen presentó una **distribución equilibrada de dificultad**: aproximadamente **un 60 % de las preguntas fueron fáciles**, **un 35–40 % de dificultad media** y **solo un porcentaje muy reducido (3–4 %) de preguntas difíciles**. Esta estructura permitió evaluar los



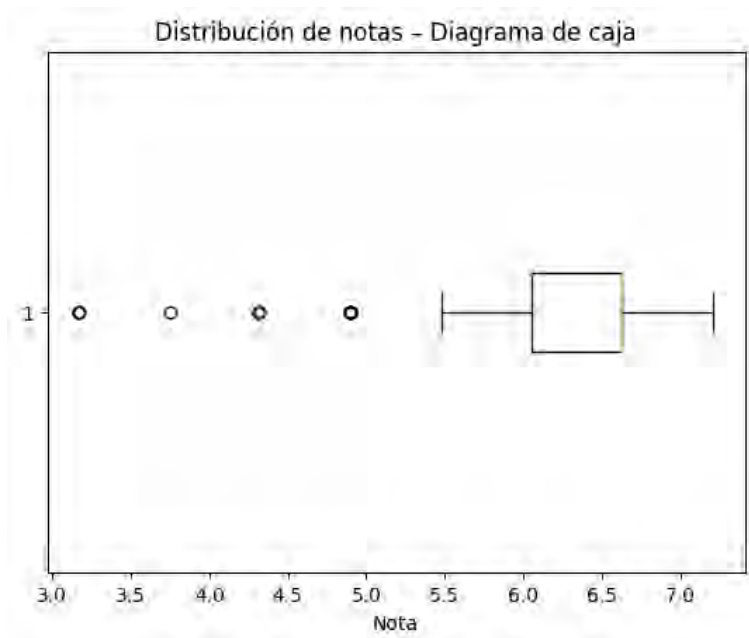
conocimientos fundamentales del curso y discriminar distintos niveles de dominio sin introducir sesgos entre grupos.

Gráfico. Distribución de dificultad de las preguntas

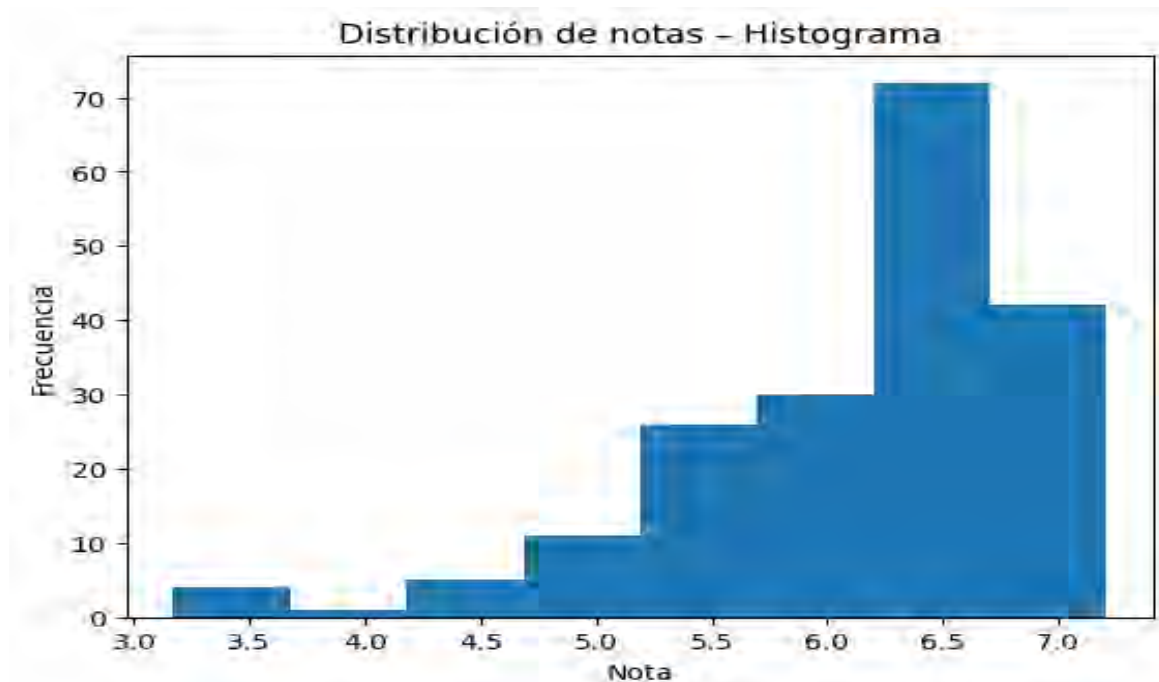
La distribución de la dificultad de las preguntas muestra un predominio de ítems orientados a evaluar conocimientos nucleares, junto con un bloque relevante de dificultad intermedia y un número reducido de preguntas complejas. Esta estructura es compatible con un examen equilibrado y discriminativo.

Los buenos resultados obtenidos por el alumnado no deben interpretarse como un examen “fácil”, sino como el reflejo de un **proceso formativo intensamente participado**, con alta asistencia, trabajo continuado y una fuerte coherencia entre docencia, actividades de aula y evaluación final. El sistema de penalización contribuyó además a diferenciar entre respuestas seguras y arriesgadas, añadiendo un componente de exigencia conceptual.

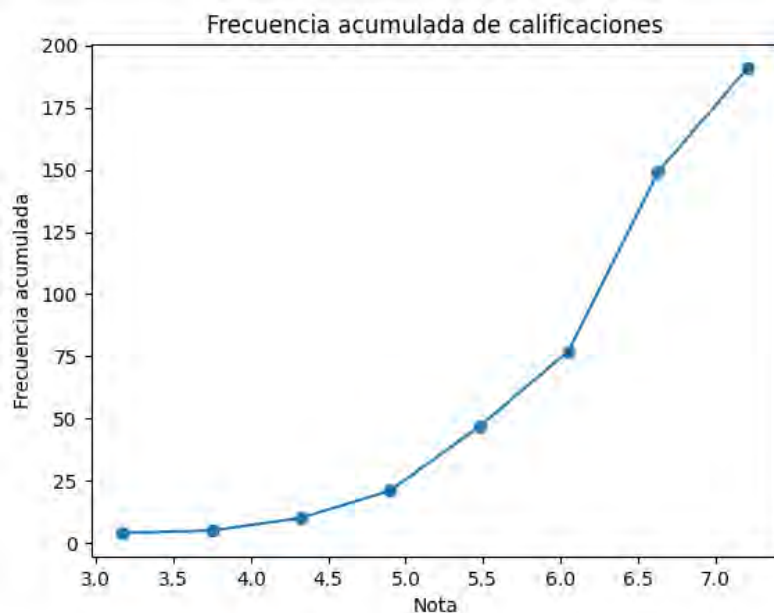
En conjunto, el examen puede considerarse **válido, objetivo, equilibrado y discriminativo**, alineado con los objetivos docentes de la asignatura y coherente con el modelo pedagógico implantado durante el curso.



El diagrama de caja confirma una dispersión moderada y una mediana elevada, con la mayoría del alumnado situada en el rango intercuartílico de aprobados sólidos y notables. La escasez de valores extremos refuerza la coherencia del proceso evaluativo.



La distribución de calificaciones muestra una concentración en valores medios-altos, con media 6,26 y mediana 6,5. No se observa efecto suelo ni efecto techo, lo que indica que el examen permitió discriminar niveles de rendimiento manteniendo un adecuado nivel de exigencia.



La curva de frecuencia acumulada muestra una progresión regular de las calificaciones, sin discontinuidades ni concentraciones artificiales, lo que refuerza la idea de un examen coherente y alineado con el proceso de aprendizaje.

10.2. Examen oral (modalidad especial)

Estudiantes evaluados:

- 3 alumnas, previamente autorizadas.

Formato del examen oral:

Preguntas abiertas, con un tribunal compuesto por 3 profesores. Duración: 10 min por persona.

Criterios de evaluación: calidad de las respuestas y nivel de conocimientos.

Justificación de la modalidad:

A petición de las alumnas al inicio del cuatrimestre

Resultados y valoración:

6,5, 7,5 y 9 sobre 10 (Bien, Notable y Sobresaliente)

10.3. Examen tipo B (REVA 8.6): actividad sustitutiva de la participación

Fecha: tras la finalización del tipo A, el mismo 22 de diciembre.

Número de estudiantes: 13 (casos con REVA 8.6 aceptados).

Formato de la actividad:

- 6 casos de síntesis clínica, en formato escrito.
- Evaluación de competencias equivalentes a la participación activa.
- 0,25 → ≥ 3 ideas clave correctas y priorizadas con enfoque pediátrico claro.
- 0,125 → 1–2 ideas útiles pero incompletas o mal priorizadas.
- 0 → error de seguridad, enfoque “de adulto”, respuesta fuera de tema o excede 7 líneas.

Objetivo del tipo B:

- Sustituir el 1,5 de participación en clase, no el examen final.
- Garantizar equidad normativa.

Resultados: de los 13 alumnos convocados. Realizaron el examen 12. Pendiente de revisar.

10.4. Comparación entre modalidades

El examen oral lo realizaron solo 3 alumnos y no hubo suficiente número para comparar.



10.5. Conclusiones de la evaluación final

De los **214** estudiantes matriculados, **191** realizaron el examen final tipo test, **3** fueron evaluados mediante examen oral, y **12** estudiantes realizaron el examen de síntesis tipo B en sustitución de la evaluación continua, al haber solicitado y sido aceptados en la modalidad REVA 8.6.

El análisis global muestra una **adecuada alineación entre la docencia impartida, el modelo pedagógico y la evaluación final**, con preguntas procedentes del banco elaborado por el profesorado y seleccionadas de forma aleatoria. El examen ha demostrado ser **válido, equilibrado y discriminativo**, con resultados consistentes entre versiones y una distribución de dificultad adecuada al nivel del curso.

Se observa una **correlación positiva entre participación activa y rendimiento académico**, interpretándose los buenos resultados como consecuencia del trabajo continuado y no como una reducción del nivel de exigencia. El sistema de penalización refuerza la capacidad discriminativa de la prueba. Se recomienda **mantener el modelo de evaluación implantado**, consolidando el banco de preguntas y reforzando la formación en estrategia de examen.

11. La coordinación: claridad, disponibilidad y acompañamiento constante

Uno de los pilares del éxito del curso 2025/26 fue la labor sostenida de la **coordinación**, que actuó como estructura de soporte académico, organizativo, ético y emocional desde antes de comenzar las clases hasta las horas posteriores a su finalización. La asignatura exigía un modelo sólido, transparente y centrado en las personas; la coordinación garantizó que todo ello se cumpliera con rigor y cercanía.

Desde la primera semana —e incluso antes del inicio oficial del cuatrimestre— se establecieron de manera clara todas las tareas, criterios de evaluación, expectativas y actividades del curso. Esto permitió al alumnado comenzar la asignatura con un marco seguro y organizado, evitando incertidumbres y facilitando un aprendizaje fluido.

11.1. Agilidad en la gestión: resolución inmediata de la evaluación continua

Un aspecto especialmente valorado fue la **agilidad con que se resolvió la evaluación continua de asistencia y participación en el aula**.

En las **horas posteriores a la finalización del curso**, la coordinación:

- revisó los registros completos,
- verificó incidencias y ajustes técnicos,
- comunicó resultados individualizados,
- y resolvió dudas y situaciones especiales.

Esta rapidez y transparencia generó confianza y disminuyó significativamente la ansiedad del alumnado, que percibió el proceso como **justo, eficaz y respetuoso**.

La gestión de los datos —más de 5.000 registros de participación en tiempo real a lo largo del cuatrimestre— requirió una atención minuciosa y una dedicación intensa, que fue valorada por estudiantes y profesorado.



11.2. Una coordinación accesible y cercana: más de 170 correos recibidos y más de 350 enviados

La disponibilidad fue otro elemento distintivo. A lo largo del curso, la coordinación:

- **recibió más de 170 correos individuales,**
- **respondió más de 350 mensajes,** tanto de forma grupal como personalizada,
- atendió dudas técnicas, personales, académicas y emocionales,
- y ofreció orientación continua, incluso fuera del horario lectivo.

Este nivel de interacción no se limitó a resolver problemas:

fue un **espacio estable de acompañamiento**, un puente de comunicación permanente que reforzó la seguridad y el compromiso del alumnado.

11.3. Coordinación docente: cohesión, comunicación y presencia

El curso también destacó por la **coordinación interna del profesorado**, que mantuvo un alineamiento continuo con los objetivos formativos:

- reuniones periódicas de seguimiento,
- comunicación fluida ante incidencias,
- revisión y actualización conjunta de contenidos,
- ajuste de las sesiones a las necesidades detectadas en el aula,
- participación activa de docentes y residentes en las dinámicas de clase,
- retroalimentación constante sobre la participación y el avance del curso.

El equipo docente mostró una **disposición ejemplar**, flexibilizando agendas, adaptándose a nuevas metodologías y asegurando que cada actividad —AF3, AF4, prácticas clínicas, sesiones teóricas— mantuviera coherencia conceptual y metodológica.

11.4. Participación del profesorado en la dinámica del curso

La participación activa no fue solo del alumnado:

el profesorado se implicó plenamente en la dinámica del curso:

- interviniendo en debates,
- facilitando discusiones clínicas espontáneas,
- ofreciendo ejemplos reales de práctica pediátrica,
- acompañando las reflexiones en AF3,
- liderando la experiencia en Portmán,
- y colaborando en la elaboración del mínimo de competencias clínicas.

Esta participación contribuyó decisivamente al clima del aula:

un clima de **proximidad, diálogo, aprendizaje compartido y confianza mutua**.

11.5. Un estilo de coordinación centrado en las personas

La coordinación, además de competente y ágil, adoptó un estilo basado en:



- la cercanía,
- la humanización del proceso académico,
- la escucha,
- la empatía,
- la claridad comunicativa,
- y el respeto hacia las circunstancias individuales.

En un curso que combinó reflexión ética, experiencias intensas (AF3), territorio (AF4), prácticas clínicas y participación activa diaria, esta disposición del equipo docente fue esencial para sostener al alumnado en los momentos de mayor carga emocional o académica.

11.6. La columna vertebral de la reforma: el profesorado

En conjunto, la coordinación y el profesorado formaron la **columna vertebral** que sostuvo la reforma de Pediatría I.

Su labor permitió:

- anticipar problemas,
- resolver incidencias con rapidez,
- mantener la coherencia metodológica,
- garantizar equidad,
- y acompañar al alumnado desde el primer al último día.

Su actuación —proactiva, ágil y profundamente humana— fue uno de los factores determinantes del éxito del curso 2025/26.



Conclusiones finales.

1. Reforma integral lograda. Pediatría I 2025/26 ha consolidado un cambio profundo: actualización curricular (Pediatría Social, salud mental, salud ambiental y digital, ultraprocesados/obesidad y prevención), coherencia conceptual y orientación a competencias clínicas y transversales propias de la práctica real.
2. Modelo de aula eficaz y excepcionalmente sostenido. La participación activa diaria, junto a la evaluación continua verificable (regla del 80%), generó un patrón de asistencia inusual por su estabilidad y persistencia más allá del incentivo, indicador de valor percibido, cohesión y motivación intrínseca del grupo.
3. Aprendizaje experiencial con impacto formativo real. Los seminarios AF3 y la experiencia AF4 (y su alternativa equivalente) demostraron capacidad para integrar ética, emoción, contexto y clínica, reforzando una “mirada pediátrica ampliada” que el alumnado verbaliza y relaciona con su identidad profesional.
4. Prácticas clínicas más estructuradas y equitativas. La definición de un mínimo clínico común y responsables docentes por unidad contribuyó a homogeneizar aprendizajes y a integrar teoría–práctica; persisten retos organizativos (heterogeneidad entre centros, presión asistencial y reubicaciones puntuales) que requieren coordinación anual y refuerzo de tutorización.
5. Huella Pediátrica: evidencia de madurez profesional. La elevada tasa de entrega y la riqueza temática confirman un aprendizaje no solo cognitivo sino también reflexivo y humanista; el conjunto constituye un archivo institucional valioso para memoria docente e investigación educativa.
6. Evaluación final válida, equilibrada y alineada. De 214 matriculados, 191 realizaron el test, 3 el oral y 12 el tipo B (REVA 8.6). Los resultados muestran consistencia entre versiones del test, distribución equilibrada de dificultad y capacidad discriminativa sin efectos extremos, en coherencia con el modelo pedagógico aplicado durante el curso.
7. Transparencia y equidad como garantía de calidad. La trazabilidad técnica de la participación, la claridad de reglas y la modalidad REVA 8.6 sostienen un sistema evaluativo robusto, comprensible y defendible ante revisión docente e institucional.
8. Recomendaciones para consolidación. Mantener el modelo implantado; revisar anualmente el banco de preguntas con análisis de ítems; reforzar formación del alumnado en estrategia de examen con penalización; homogeneizar prácticas entre centros con acuerdos estables; potenciar la figura del residente como docente; y sistematizar retroalimentación breve al alumnado tras actividades clave.

En conjunto, Pediatría I 2025/26 demuestra que cuando la docencia es coherente, participada y alineada con la práctica clínica real, el rigor académico no disminuye: se transforma en aprendizaje profundo, evaluación válida y resultados sólidos, constituyendo un modelo docente robusto, defendible y replicable.



Este curso no terminó con un examen.

*Terminó cuando el aula dejó de ser un espacio de transmisión
y se convirtió en un lugar de encuentro.*

*Cuando la Pediatría dejó de ser una suma de temas
y pasó a ser una forma de mirar al niño,
a su familia
y a su territorio.*

*Cuando comprendimos que aprender Medicina
también implica detenerse, escuchar
y hacerse responsable de lo que se ve.*

Eso es lo que queda.

La mirada.