



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SÍLABO

GERIATRÍA

I. DATOS GENERALES

1. Departamento Académico:	Medicina Humana
2. Unidad Académica:	Medicina
3. Programa académico:	Medicina Humana
4. Semestre Académico:	Nueve
5. Tipo de Asignatura:	General () Específica () Especialidad ()
6. Modalidad de la Asignatura:	Semipresencial
7. Código de la asignatura:	10561509030
8. Año/Ciclo:	2026-I
9. Total créditos:	3 (tres)
10. Cantidad de horas:	Teoría (32) Práctica (32) Total horas (64)
11. Teoría lectiva presencial:	16 horas
12. Teoría lectiva a distancia:	16 horas
13. Práctica lectiva presencial:	32 horas
14. Requisitos:	Reumatología
15. Jefe de Asignatura:	Dr. José Francisco Parodi García

Dra. Jimena de Noriega Madalengoitia (CG Naval)

II. SUMILLA

La asignatura pertenece al área curricular de especialidad, es de naturaleza teórica – práctica y corresponde al eje curricular clínico quirúrgico, de la carrera de Medicina Humana.

Se desarrolla a través de las siguientes unidades de aprendizaje:

- Unidad I.- Bases Científicas del Proceso del Envejecimiento.
- Unidad II.- Bases Clínicas para el Enfoque y Manejo Integral de los Problemas de Salud del AM.
- Unidad III.- Clínica Geriátrica y Gerontológica I: Síndromes Geriátricos.
- Unidad IV.- Clínica Geriátrica y Gerontológica II: Síndromes Geriátricos II, Infecciones y Dolor.

III. COMPETENCIAS Y SUS COMPONENTES COMPRENDIDOS EN LA ASIGNATURA

Competencia:

Explica correctamente el curso de vida, las características de cada una de sus etapas y las relaciones entre estas, bajo una perspectiva de desarrollo humano.

Capacidad:

1. Aplica los principios neuropsíquicos básicos y aspectos genéticos y epigénéticos de la conducta humana, en cada una de las etapas de vida del ser humano.

Actitudes y valores:

1. Respeto al ser humano, reconocimiento de sus derechos y deberes;
2. Búsqueda de la verdad;
3. Compromiso ético en todo su quehacer;
4. Integridad (honestidad, equidad, justicia, solidaridad y vocación de servicio);
5. Compromiso con la calidad y búsqueda permanente de la excelencia.

IV. PROGRAMACIÓN DE CONTENIDOS

PRUEBA DE ENTRADA					
SEMANA	CONTENIDOS CONCEPTUALES	CONTENIDOS PROCEDIMENTALES	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	HORAS LECTIVAS	
				TEORIA	PRACTICA
1	Retos del envejecimiento en la medicina y en nuestra sociedad. Concepto de Geriatria y Gerontología. Concepto de envejecimiento, Envejecimiento del Envejecimiento y doble carga de enfermedad. Nuevo usuario, nuevos retos, nuevas competencias. La docencia de geriatria en América Latina y el Caribe. Marco normativo de salud del Perú.	Explica a la medicina geriátrica como una especialidad de la medicina que responde nuevas necesidades de nuevos usuarios y metas en los servicios de salud. Comprende y diferencia los conceptos de geriatria, gerontología. Explica los conceptos de envejecimiento del envejecimiento y doble carga de enfermedad. Conoce del marco legal, el plan nacional de salud de adultos mayores y la norma para la atención del Adulto Mayor del MINSA y los internacionales en los que se sustenta. Utiliza estrategias para mejorar la comunicación con las Personas Adultas Mayores con y sin discapacidad auditiva.	Exposición dialogada	4	4
	ICOPE: Atención integrada de las personas mayores.	Usa y valora la app de ICOPE para elaborar un plan de cuidados	Caso Clínico		
	Demografía y epidemiología básica en geriatria. El adulto mayor en el Perú. Transición demográfica y sus determinantes. Índice de envejecimiento. Principales indicadores demográficos del envejecimiento poblacional del Perú y su comparación con América Latina. Transición Epidemiológica. Principales datos epidemiológicos relacionados con el envejecimiento: causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en Adultos Mayores. Comparación con América Latina.	Explica las características demográficas y socioeconómicas de la población de adultos mayores y sus implicancias para el sistema de salud. Explica la epidemiología de los principales problemas de salud del adulto mayor y sus implicaciones para el sistema de salud.	Exposición dialogada		
2	Envejecimiento Saludable Y Prevención En Geriatria Valoración Geriátrica Integral. Concepto. Consideraciones generales. Tipos de Valoración. Principales escalas según dimensión. Medidas Basadas en ejecución. Niveles de Atención en Geriatria.	Pondera los alcances fundamentales del trabajo en equipo. Explica la Valoración geriátrica integral y los instrumentos que utiliza. Comprende adecuadamente la organización y funcionamientos de los niveles de atención. Pondera los alcances fundamentales del trabajo en equipo. Explica los determinantes de la presentación clínica atípica de las enfermedades en algunos adultos mayores.	Exposición dialogada	4	4
	¿Recomendaciones para comunicarse mejor con una Persona Mayor? ¿Cómo dar Malas Noticias a una persona	Explica las principales estrategias para mejorar la comunicación con las Personas Mayores. Comprende el protocolo Spyke para dar malas noticias dentro del marco de los derechos de las personas mayores y los principios éticos de la práctica médica.	Caso clínico		

	Fisiología Del Envejecimiento Y Teorías Del Envejecimiento Envejecimiento Saludable. Concepto de envejecimiento saludable. Historia. Determinantes del envejecimiento activo. Década del Envejecimiento Saludable Prevención en geriatría: Examen Periódico de Salud, Consejería en Salud e Inmunizaciones en el Adulto Mayor. Prevención para una longevidad exitosa EL cuidador de la Persona Mayor. Definición, tipos, implicancias. Estrés del cuidador. Intervenciones para prevención y manejo.	Explica el envejecimiento saludable y sus determinantes. Comprende las estrategias preventivas promocionales de la salud en el adulto mayor, con énfasis en la capacidad funcional, salud mental, resocialización y salud oral. Conoce los objetivos de la década de envejecimiento saludable. Conoce los componentes de un servicio preventivo para personas mayores. Explica la importancia del cuidador principal de las personas mayores. Describe las características de los cuidadores principales. Valora el estrés del cuidador. Conoce las principales recomendaciones para la prevención y manejo del estrés del cuidador.	Caso clínico		
EXAMEN FORMATIVO (VIRTUAL) RETROALIMENTACIÓN (ZOOM)					
3	Valoración Geriátrica Integral Y Semiología En Adulto Mayor: Particularidades Fragilidad y función. Concepto. Homeostasis, alostasis y carga alostática. Epidemiología Fisiopatología de la Fragilidad. Fenotipos y diagnóstico de la fragilidad. Orientación de manejo y derivación. Impacto en el re diseño de los servicios de salud.	Comprende el concepto fragilidad y de sus determinantes y lo relaciona con el de síndrome geriátrico.	Exposición dialogada	4	4
	Actividad física. Ejercicio físico. Prescripción de ejercicios en el adulto mayor. Principios, tipos de ejercicio. Impacto y recomendaciones.	Valora la importancia de la actividad y ejercicio físicos en las personas mayores. Prescribe apropiadamente ejercicio a través de la app vivifrail.	Caso clínico		
	Fragilidad, Sarcopenia Y Función: Bases Biológicas, Repercusión Medica Y Social Fisiología del envejecimiento. Principales cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento en los diferentes sistemas: Digestivo, cardiovascular, piel, respiratorio, osteomuscular, renal, cerebral, órganos de los sentidos. Hormonas y envejecimiento. Envejecimiento del sistema inmune. Ejemplo de mitos de problemas de salud considerados como normales para el envejecimiento. Jubilación: impacto y recomendaciones.	Comprende la biología del proceso de envejecimiento. Explica los cambios fisiológicos del proceso del envejecimiento Explica los cambios a nivel psicológico, social y funcional que se producen con el envejecimiento. Explica las diferentes teorías del envejecimiento. Explica los procesos moleculares y genéticos que determinan el envejecimiento.	Exposición dialogada		

	Teorías del envejecimiento. Estocásticas, No estocásticas. Radicales libres y envejecimiento. AGEs y envejecimiento. Teorías psicológicas del envejecimiento.				
	Polifarmacia, definición y riesgos. Cambios fisiológicos que	Comprende las particularidades de la prescripción de medicamentos en Personas Mayores. Explica los conceptos principales relacionados a prescripción apropiada de medicamentos en Personas Mayores. Conoce estrategias de prescripción Usa la escala de STOPP/START	Caso Clínico		
EXAMEN PARCIAL RETROALIMENTACIÓN (ZOOM)					
4	Depresión en el Adulto Mayor. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Conoce el impacto del síndrome depresivo en el adulto mayor. Integrar las estrategias de detección de síntomas depresivos a la práctica clínica cotidiana. Realiza el diagnóstico diferencial entre depresión, demencia y delirium. Realizar el diagnóstico de depresión mayor. Instituir el tratamiento inicial del paciente con depresión mayor. Reconoce los signos de alarma para referir al paciente al especialista.	Exposición dialogada	4	4
	Abdomen agudo en el adulto mayor: estrategia diagnóstica y principios terapéuticos para orientar el tratamiento. Evaluación prequirúrgica en los adultos mayores.	Reconoce las formas de presentación del dolor abdominal. Diagnostica las patologías más frecuentes que causan dolor abdominal. Identifica cuándo es necesaria la referencia a otro nivel asistencial del paciente adulto mayor con dolor abdominal.	Lectura Opcional		
	Síndrome de caídas en el adulto mayor: abordaje y tratamiento. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Reconoce los factores relacionados con la edad que causan trastornos del equilibrio. Identifica los factores clínicos relacionados con las caídas. Describe la evaluación clínica del adulto mayor que presenta caídas. Desarrollar una estrategia de manejo y tratamiento para el adulto mayor que presenta caídas.	Exposición dialogada		
	Mareos y vértigos en el AM.	Identifica adecuadamente los casos de mareo y vértigo en el Adulto Mayor. Reconoce los elementos que ameritan consideración específica en el adulto mayor en el manejo del mareo y vértigo.	Lectura Opcional		

		Identifica los criterios de diagnóstico clínico del mareo y vértigo Aplica las indicaciones terapéuticas más apropiadas para el mareo y vértigo en el adulto mayor. Elabora y ejecutar un plan de seguimiento para el adulto mayor con mareo y vértigo.			
EXAMEN FORMATIVO RETROALIMENTACIÓN ZOOM					
UNIDAD III CLÍNICA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA I: SÍNDROMES GERIÁTRICOS					
CAPACIDAD: Realiza de manera adecuada la prevención y orientación del manejo de los principales riesgos y problemas de salud de las personas adultas mayores					
SEMANA	CONTENIDOS CONCEPTUALES	CONTENIDOS PROCEDIMENTALES	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	HORAS LECTIVAS	
				TEORÍA	PRÁCTICA
5	Delirio Y Demencias En Las Personas Mayores Depresión en el Adulto Mayor. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Conoce el impacto del síndrome depresivo en el adulto mayor. Integrar las estrategias de detección de síntomas depresivos a la práctica clínica cotidiana. Realiza el diagnóstico diferencial entre depresión, demencia y delirium. Realizar el diagnóstico de depresión mayor. Instituir el tratamiento inicial del paciente con depresión mayor. Reconoce los signos de alarma para referir al paciente al especialista.	Exposición dialogada	4	4
	Abdomen agudo en el adulto mayor: estrategia dediagnóstico y principios terapéuticos para orientar el tratamiento. Evaluación prequirúrgica en los adultos mayores.	Reconoce las formas de presentación del dolor abdominal. Diagnostica las patologías más frecuentes que causan dolor abdominal. Identifica cuándo es necesaria la referencia a otro nivel asistencial del paciente adulto mayor con dolor abdominal.	Lectura Opcional		
	Incontinencia urinaria. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Describe los mecanismos de la continencia y de la incontinencia urinaria. Describe las características y la presentación clínica de la incontinencia por urgencia, esfuerzo, rebosamiento, mixta y funcional. Describe el diagrama de flujo para la evaluación inicial de la incontinencia. Reconoce los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de este padecimiento. Reconoce las indicaciones de referencia al nivel inmediato superior. Describe el tratamiento inicial para las causas más frecuentes.	Exposición dialogada		

	Manejo del dolor crónico en el adulto mayor. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación. Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Explica el impacto del dolor sobre la salud de las personas mayores. Previene y orienta el manejo de la Persona Mayor con dolor.	Caso Clínico		
6	Neoplasias en el AM : epidemiología, impacto y consideraciones para el tratamiento.	Conoce los factores de riesgo, distribución y los principios fundamentales del abordaje del cáncer en las personas mayores.	Exposición dialogada	4	4
	Cuidados paliativos: trayectos, consideraciones y manejo de síntomas más frecuentes (no incluye dolor).	Conoce los fundamentos y orienta el manejo de los adultos mayores con enfermedad en estado terminal.	Caso clínico		
	Nutrición en el adulto mayor. Factores de riesgo, cambios con el envejecimiento y principios terapéuticos nutricionales.	Identifica las escalas para la evaluación del estado nutricional de las personas mayores. Conoce la situación nutricional de los adultos mayores. Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada.	Exposición dialogada		
	Epidemiología e impacto de las fracturas de cadera en las Personas Mayores Manejo integral de las fracturas de cadera: ¿es mejor operar? Y claves para el manejo peri operatorio.	Realiza el abordaje inicial de la fractura de cadera y orienta su tratamiento integral. Explica los aspectos fundamentales del manejo perioperatorio de la Persona Mayor fracturada para recuperar la función rápidamente.	Caso Clínico		
	El pie del adulto mayor: problemas y particularidades.	Conoce las modificaciones de los pies asociadas con el envejecimiento. Describe las afecciones del pie más frecuentes y sus manifestaciones clínicas. Identifica los factores de riesgo sistémicos. Reconoce los problemas asociados con la diabetes. Identifica los problemas asociados con el riesgo de caídas. Efectúa el diagnóstico diferencial de lesiones dolorosas del pie. Inicia el manejo terapéutico de las afecciones pediátricas más frecuentes y derivar oportunamente con el especialista. Identifica las medidas de higiene y autocuidado que deben ser recomendadas sistemáticamente.	Lectura Opcional		
EVALUACION FORMATIVO RETROALIMENTACIÓN					
7	Diabetes en el AM mayor de 80 años: qué diferencias tiene con el manejo del más joven. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen.	Identifica los síntomas de la diabetes en el adulto mayor. Reconoce los elementos del examen físico en el diabético de mayor edad. Identifica los criterios diagnósticos de laboratorio. Aplica las indicaciones terapéuticas más apropiadas según la persona. Reconoce las complicaciones más frecuentes y la heterogeneidad en la presentación.	Exposición dialogada	4	4

	Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Elabora y pone en práctica un plan de control de la salud para el adulto mayor con diabetes basado en la función y otras características con evidencia. Recomienda la elaboración de un plan de educación al paciente, familiares y cuidadores, y organizar grupos de apoyo en la comunidad.			
	Estreñimiento crónico: por qué es más frecuente en AM, cómo abordarlo y cómo prescribir estrategias de manejo farmacológico y no farmacológico	Definición de Constipación. Identifica factores de riesgo y causas de la Constipación. Diagnóstico de Constipación. Distintas modalidades terapéuticas.	Caso Clínico		
	Enfermedades Cardiovasculares: impacto y particularidades en el manejo de: HTA, ICC y FA. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Identifica adecuadamente los casos de hipertensión arterial, ICC y FA. Reconoce los elementos que ameritan consideración específica en el adulto mayor en el manejo de la HTA, ICC y FA. Identifica los criterios de diagnóstico clínico de la HTA, ICC y FA Aplica las indicaciones terapéuticas más apropiadas HTA, ICC, FA. Elabora y ejecutar un plan de seguimiento para el adulto mayor con hipertensión arterial, ICC y FA.	Exposición dialogada		
	El sueño de las personas mayores, cambios normales. Patologías más frecuentes, factores de riesgo, causas y orientación del tratamiento. Criterios de derivación al especialista	Reconoce los cambios en el patrón de sueño y vigilia que ocurren con el envejecimiento. Reconoce los principales trastornos del sueño y su abordaje inicial. Comprender el uso adecuado de los fármacos para el tratamiento de los trastornos del sueño. Reconoce el momento oportuno para referir a los pacientes al especialista.	Caso clínico		
	Sexualidad en el adulto mayor: problemas frecuentes.	Proporcionar un marco de referencia al médico de atención primaria sobre la disfunción sexual en adultos mayores. Visualizar la sexualidad del adulto mayor en un contexto amplio e integral en el marco del derecho a la salud sexual y el derecho a la salud. Conoce las comorbilidades que acompañan a la disfunción sexual. Describe las recomendaciones de tratamiento en el primer nivel de atención.	Lectura opcional		
8	Infecciones en el AM: neumonía, ITU, celulitis. Definición y Consideraciones generales. Epidemiología: Frecuencia y Factores de Riesgo. Bases fisiopatológicas y cambios con el envejecimiento que lo predisponen. Evaluación y Diagnóstico. Manejo, orientación de tratamiento y criterios de derivación Pronóstico. Necesidades de los servicios o nivel de atención para su manejo.	Reconoce los factores que determinan la presentación atípica de las infecciones en los adultos mayores. Identifica las manifestaciones clínicas de las infecciones en el adulto mayor. Identifica y trata las enfermedades infecciosas más frecuentes en el adulto mayor.	Exposición Dialogada	3	3
	Ética en el Cuidado de los Pacientes Geriátricos	Desarrolla habilidades para la toma de decisiones compartida y el manejo de situaciones complejas en Geriátria Evalúa la capacidad y respeta la autonomía del paciente	Exposición Dialogada		

	EXAMEN FINAL RETROALIMENTACIÓN (1 hora)
--	--

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

El curso se llevará a cabo de manera modular, donde cada grupo tendrá actividades teórico – prácticas intensivas con una duración de 5 semanas. En esas 5 semanas se dictarán las clases teóricas y se realizarán las prácticas correspondientes. (Anexo 2)

Clases teóricas (teoría lectiva 32 horas): Exposición presencial en ambiente de la Facultad de Medicina de la USMP y exposición sincrónica de los principales conceptos de cada tema. Se enfatizará la asistencia y participación del alumno en las sesiones, que se responderán de acuerdo con el tiempo. El dictado de las teorías será de naturaleza mixta: 50% de manera sincrónica en el aula virtual de la FMH-USMP y 50% presencial en la Facultad de Medicina Humana. Será importante completar las clases teóricas con la revisión y análisis de las lecturas, textos bibliográficos seleccionados por los docentes semanalmente para cada clase de acuerdo con la programación del sílabo. Se realizarán 2 tests formativos a lo largo del módulo, de carácter obligatorio pero de naturaleza no sumativa para consolidar y afianzar los objetivos del curso.

Prácticas (práctica lectiva 32 horas): Se divide en los siguientes componentes:

Prácticas clínicas: Cada clase práctica será orientada a que el alumno desarrolle competencias relativas a la evaluación psicopatológica del paciente, reconocimiento de las principales patologías, manejo, tratamiento, prevención y rehabilitación, así como su manejo multidisciplinario. Se desarrollarán con pacientes, en atenciones presenciales, y discusión de casos clínicos. Estas prácticas se desarrollarán bajo la responsabilidad de un médico docente especialista en Geriátrica y Gerontología quien conducirá al grupo que se le asigne. Por cada práctica, el alumno debe tener una evaluación. Para el ingreso a la práctica el alumno deberá mantener la presentación adecuada, descrita en la rúbrica actitudinal. Las prácticas serán evaluadas según rúbrica y previo a cada examen parcial o final se tomará una evaluación a modo de caso clínico. (Anexo 3)

Caso clínico: Son coordinados por un profesor y desarrollados por un grupo de alumnos. Todos los alumnos del grupo tienen la responsabilidad de leer el tema antes de la actividad. En base al tema y caso clínico presentado, en forma grupal realizará una infografía que presentará a su docente y publicará en la red social de su preferencia con el #GeriatriaUSMP #CIEN_USMP y etiquetando a sus docentes, se podrán realizar videos cortos con duración máximo de 2 minutos y/o mensajes con imágenes (post) y/o dípticos o trípticos. Este material audiovisual será acompañado de un informe grupal de no más de 2 páginas que incluya: diagnóstico, mensajes claves, la importancia en la evaluación del adulto mayor, impacto, prevención y/o manejo y el resultado de la publicación. Ambos productos, infografía e informe, serán entregados en el aula virtual según indicaciones.

Trabajos de investigación: Durante el curso se estimulará el desarrollo voluntario de trabajos grupal/personales de investigación, los cuales recibirán una bonificación sobre la nota práctica. Las líneas de investigación planteadas son:

- Identificación de ancianos frágiles en el medio sanitario y comunitario.
- Estudios de Prevalencia de síndromes geriátricos y sus factores de riesgo.
- Evaluación del impacto de los diferentes servicios geriátricos.
- Estudios relacionados a la problemática del cuidador de Personas Adultas Mayores
- Estudios relacionados con el Adulto Mayor con Enfermedad Crónica (Hipertensión Arterial, Diabetes tipo 2, factores de riesgo cardio y cerebrovasculares, EPOC, etc.) y/o Problemas Crónicos Múltiples.
- Evaluación de estándares de calidad en los diferentes servicios asistenciales.
- Modelos sintomáticos de enfermedades agudas prevalentes: infección urinaria, neumonía, etc.

VI. RECURSOS DIDÁCTICOS

- Campus Virtual de la USMP.
- Artículos.
- Videos

VII. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Según Directiva de Evaluación de Estudiantes de Pregrado, aprobada por Resolución Decanal N° 0252-2026-D-FMH-USMP

Art. 18.-

La evaluación de las asignaturas consta de dos componentes:

- a) Teoría: que se evalúa mediante dos exámenes de alternativas múltiples (parcial y final) con un mínimo de 40 preguntas con excepción de las asignaturas con 2 créditos o menos y las que requieren aplicación de ejercicios (matemáticas y bioestadística). Dependiendo del contenido algunas asignaturas podrán aplicar tres o más exámenes de 40 preguntas.
- b) Práctica: constituido por los calificativos obtenidos en la evaluación continua de las actividades programadas en cada asignatura.
- c) En las asignaturas de ciencias básicas este calificativo es el promedio de lo obtenido en seminario y en práctica con un peso de 60% y 40% respectivamente.
- d) En las asignaturas del área clínico-quirúrgica la teoría corresponde al 40% y la práctica el 60%. La práctica se pondera de la siguiente manera:
 - (a) simulación (10%),
 - (b) hospital (40%),
 - (c) caso clínico (20%),
 - (d) revistas de revistas (10%),
 - (e) Seminarios (20%).

En caso que la asignatura no tenga simulación, la nota de hospital pasa a 50%. Para obtener el promedio de práctica todos los componentes deben estar aprobados de lo contrario obtendrán el calificativo de 10.

En la asignatura de Emergencias Médicas y Toxicológicas y Casos Clínicos Quirúrgico, los porcentajes se estipulan en el sílabo.

Art. 19

Para obtener el calificativo aprobatorio en cualquiera de las asignaturas (ONCE o más) es necesario:

- a) Tener promedio de 11 o más en los calificativos de teoría.
- b) En las asignaturas con componente de practica debe tener promedio aprobatorio de 11 o más.
- c) Haber cumplido con el porcentaje mínimo de asistencias.

Art. 20

El medio punto a favor sólo es aplicable al obtener el calificativo final aprobatorio (ONCE o más).

Las asignaturas que solo tienen el componente teórico la nota final es el promedio aritmético de los exámenes teóricos.

Las asignaturas que solo tienen el componente práctico la nota final será el promedio aritmético de la evaluación continua.

Art.23

La evaluación de rezagados procede de acuerdo con el Cap. III Art. 4 de las Normas Generales de esta Directiva y al artículo 25 del capítulo V del Reglamento de Evaluación del Aprendizaje.

El alumno solo puede rendir un examen de rezagados de teoría por asignatura.

Este se efectuará dentro de los 2 días hábiles a la fecha en que se efectuó el examen de la asignatura (parcial ó final) y es requisito que el alumno no haya superado el porcentaje de inasistencias por asignatura (Art. 6).

No procede examen de rezagados para el examen de aplazados, ni para las evaluaciones de componente práctico. (Art .26 Reglamento de evaluación del aprendizaje USMP). Situaciones especiales serán evaluadas por el Comité Académico.

Art. 25

El examen de aplazados es el que se aplica a los alumnos que estén desaprobados en el calificativo final y que cumplan con los siguientes requisitos: Haber desaprobado máximo 2 asignaturas en el semestre. Tener un calificativo desaprobatorio en el promedio del componente de teoría de 08 o más. Haber aprobado el componente práctico de la asignatura que la tuviera. Haber cumplido con el porcentaje de asistencia. No se programan exámenes de aplazados en: Las asignaturas que solo tienen componente práctico. Las asignaturas que se brindan en las Sesiones Académicas de Verano y de invierno. La nota mínima aprobatoria del aplazado es 11 (ONCE).

PORCENTAJES DE LA PRACTICA - GERIATRÍA

Competencia	Actividad	Evaluable	Periodo	Tipo	Instrumento de evaluación	%
Actitudinal	Actividad práctica	Rúbrica	Semanal	Individual	Rúbrica	10%
Cognitiva	Caso clínico e infografía	Informe, infografía y discusión	Semanal	Grupal	Rúbrica	30%
	Test de evaluación	Examen en línea	Diario	Individual	POM	10%
Procedimental	En la práctica	Desempeño de práctica hospitalaria	En cada práctica	Individual	Rúbrica	25%
	En la práctica	Evaluación presencial en hospital (Examen con caso clínico)	Antes de cada examen parcial o final	Individual	Rúbrica	25%

Para que un entregable pueda ser calificado, como requisito, deberá tener un porcentaje de similitud menor al 20% en el turniting. Superado este %, deben rehacerlo o caso contrario la nota será cero.

Promedio FINAL = TEORÍA (40%) + PRÁCTICA (60%)

FALTAS E INASISTENCIAS

Art. 6.- El alumno que supere el 30% de inasistencias de las actividades académicas, ya sean teoría, práctica y/o seminarios de manera individual, será considerado inhabilitado por inasistencias (IPI), y deberá figurar con nota CERO (00) en el promedio general final de la asignatura. El profesor deberá realizar un informe al responsable de asignatura, quien a su vez informa a la Unidad Académica que corresponda, con los alumnos que estén en condición de IPI; el alumno por lo tanto no tendrá derecho a evaluación continua, rendir exámenes parciales, finales, ni de aplazados, por lo que deberá matricularse en la misma asignatura nuevamente.

CONDUCTA DURANTE DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES

Art. 7.- Está prohibido portar celulares u otros medios digitales durante las evaluaciones, ya que se considera una falta grave. En dicho caso, el examen será anulado por el docente responsable de la asignatura o quien haga sus veces y el alumno será sometido a la Comisión de Disciplina de la Facultad de Medicina Humana y podría ser suspendido hasta dos ciclos académicos regulares y, con agravante, separado de la Universidad, según el Reglamento de Procedimientos Disciplinarios para Estudiantes de la Universidad de San Martín de Porres (Art. 9 inc. b núm. 10).

RETROALIMENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO AL ESTUDIANTE

Los mecanismos de retroalimentación se aplican de acuerdo con el rubro de aprendizaje:

-En las Teorías, se realiza en 2 momentos:

1. En la Sesión Académica, a través de la información recogida mediante el cuestionario de examen formativo y el formulario de consultas. A través de estos instrumentos se identificarán los temas que debe priorizar el docente en la clase sincrónica. Esta retroalimentación se basa en la Metodología de Enseñanza Justo a Tiempo (Just-in-Time-Teaching).
2. En la Sesión de Consolidación, a través del análisis estadístico de los resultados de los exámenes teóricos (parcial y final), el docente brindará información para resolver dudas y consolidar la construcción del conocimiento.

-En las prácticas, se realizan en 2 momentos:

1. A través de la aplicación de las rúbricas digitales integradas en el aula virtual, los estudiantes podrán identificar los puntos que deben mejorar en los casos clínicos y seminarios (Ver rúbricas en anexo 3)
2. En la Sesión de discusión, el estudiante podrá realizar las consultas pertinentes del tema para despejar toda duda, el cual es posible ya que son reuniones sincrónicas en las sedes, siguiendo la Metodología de Enseñanza Justo a Tiempo (Just-in-Time-Teaching).

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Bibliográficas Básicas

1. Pedro Abizanda Soler y Leocadio Rodríguez Mañas. En Tratado De Medicina Geriátrica. Fundamentos De La Atención Sanitaria En Ancianos de Editorial Elsevier. 2020. Libro electrónico ISBN: 9788491137597
<https://www.clinicalkey.com/student/content/toc/3-s2.0-C20180050173>
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual Guía sobre la evaluación y los esquemas de la atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. OMS. 2020 (TEXTO CONSULTA)
3. WHO. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud [Internet]. Ginebra; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://www.scielo.cl/pdf/u
4. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 16]. 30. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.

Complementarias

1. OPS, MIAH. Estado del Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe. Washington D. C.: s.n., 2004.
2. Fundación Panamericana de Educación y Salud (PAHEF) Organización Panamericana de la Salud - OPS y. Estrategia pedagógica de Capacitación para médicos de atención primaria en medicina del Adulto Mayor. Perú: s.n., 2007. pág. 30, Informe Final.
3. CELADE. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. División de Población, CEPAL. Santiago de Chile: s.n., 2004. Informe.
4. CEPAL, Naciones Unidas. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia: s.n., 2008. Declaración de Brasilia.
5. Barros, Ricardo Paes de, Ferreira, Francisco H. G. y Molinas, José. Measuring inequality of opportunities in Latin America and the Caribbean. Washington DC: Palgrave Macmillan and the World Bank, 2009.
6. D. Sachs, Jeffrey. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. Geneva: s.n., 2001. pág. 1-210, Reporte. ISBN 92 4 154550 X.
7. Hansman, Silvia. Ciclos de vida del documento: preservando la cadena dorada. Mundo Archivístico. [En línea] 22 de octubre de 2008. [Citado el: 10 de octubre de 2010.] http://www.mundoarchivistico.com/index.php?menu=articulos&accion=ver&id=113#_ftn1.
8. Hareven, Tamara y Adams, Kathleen. Ageing and life course transitions: an interdisciplinary perspective. Routledge: s.n., 1982. pág. 281.
9. Huenchuan Sandra. Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos. [ed.] Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, págs. 23-40.
10. IMSERSO ¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas!. 2005.
11. Parodi, JF, y Col. Mejorando la Salud y Reduciendo la Discapacidad en las Personas Adultas Mayores: una nueva estrategia de capacitación en medicina del Adulto Mayor para Médicos de Atención Primaria. Universidad San Martín de Porres, ALMA, PAHEF, PAHO. Lima: s.n., 2007..
12. Varela Pinedo, L. y colaboradores. Estudio INTRA III "Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento". Asociación Pro-Vida Perú, Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima: s.n., 2005.

Hemerográficas

1. Parodi, José Francisco. La atención primaria de salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores. 4, 2009, Acta Med Per, Vol. 26, págs. 267 - 270.
2. Parodi, JF, Montoya, JC, Morante R. Factores de Riesgo Asociados a Estrés del Cuidador del Paciente Adulto Mayor. 2010.

3. Abidanza Soler, Pedro. Actualización en Fragilidad. 2, 2010, Rev Esp Geriatr Gerontol, Vol. 45, págs. 106–110.
4. Abellan Van Kan, G, Rolland, Y y Bergman, H. The IANA task Force on Frailty assessment of older people in clinical practice. 1, 2008, J Nutr Health Aging, Vol. 12, págs. 29–37.
5. Vidán, M, et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. 53, 2005, J Am Geriatr Soc., págs. 1476–82.
6. Villegas Múnera, Elsa María, Arango Rave, Ángela María y Aguirre Muñoz, Carlos. La renovación curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Antioquia. 4, diciembre de 2007, IATREIA, Vol. 20.
7. Cano, C, et al. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina. 5/6, 2005, Rev Panam Salud Public, Vol. 17.
8. Stone, SP, et al The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people. 28, 1994, J Roy Coll Phys Lond, págs. 419–423.
9. Varela, LF, Ortiz, PJ y Chávez, HA. Velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. 3, Julio de 2009, Revista Médica Herediana, Vol. 20, págs. 133- 138. 1018-130X
10. Sayer, AA, Syddall, SH y Martin, H. The developmental origins of sarcopenia. 12, 2008, J Nutr Health Aging., págs. 427–432.
11. Steinerman, J, et al Modeling Cognitive Trajectories Within Longitudinal Studies: A Focus on Older Adults., y otros. s2, October de 2010, Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 58, págs. S313–S318.
12. Sterne, J.A.C. y Smith, G. D. Sifting the evidence—what's wrong with significance tests? 7280, 27 de enero de 2001, BMJ, Vol. 322, págs. 226–231. 1119478.
13. Inouye, S, et al. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. 5, Mayo de 2007, JAGS, Vol. 55, pág. 780 a 791.
14. Izawa, S, et. al. The nutritional status of frail elderly with care needs according to the mini- nutritional assessment. 6, diciembre de 2006, Clin Nutr., Vol. 25, pág. 962-7.
15. Martín Sánchez, FJ, et al. El paciente geriátrico en urgencias. 2010, An. Sist. Sanit. Navar., Vol. 33, pág. Suplemento 1.
16. Martínez Querol, C, et al. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. 21, 2005, Rev Cubana Med Gen Integr, págs. 1-2.
17. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. 2002, Rev Esp Geriatr Gerontol, págs. 37(S2):74-105.
18. Baztan, J, et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis. 338, 2009, BMJ, pág. b50.
19. Ben-Shlomo, Y. y Kuh, D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. 2, 2002, International Journal of Epidemiology, Vol. 31, págs. 285-293.
20. Cawthon, PM, et al. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. 8, Agosto de 2007, J Am Geriatr Soc., Vol. 55, págs. 1216-23.
21. Cid-Ruzafa, J y Damián-Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. 2, marzo - abril de 1997, Revista Española de Salud Pública, Vol. 71.
22. Crews, D y Zavotka, S. Aging, Disability and Frailty: Implications for Universal Design. 1, 2006, J Physiol Anthropol, Vol. 25, págs. 113-118.
23. Crews, D.E. Artificial environments and an aging population: designing for age-related functional losses. 2005, J Physiol Anthropol Appl Hum Sci, Vol. 24, págs. 103–109.
24. Cruz-Jentoft, et al.Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. 4, 2010, Age and Ageing., Vol. 39, págs. 412-423.
25. Hubbard, R. E., et. al. Effect of smoking on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults: A secondary analysis from the Canadian study of health and aging. 5, 2009, The Journal of nutrition, health and aging, Vol. 13, págs. 468-472.
26. Delmonico, MJ, Harris, TB y Lee, JS. Alternative definitions of sarcopenia, lower extremity performance, and functional impairment with aging in older men and women. 2007, J Am Geriatr Soc, Vol. 55, págs. 769–74.
27. Domínguez Martín, Rafael. Latinoamérica y la trampa de la desigualdad. El País (Tribuna). 21 de

diciembre de 2007.

28. Dulcey-Ruiz, Elisa y Uribe Valdivieso, Cecilia. Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. 1-2, 2002, Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 34, págs. 17-27.
29. Dychtwald, Ken. 'Age power': how the new-old will transform medicine in the 21st century. Interview by Alice V. Luddington. 12, Diciembre de 1999, Geriatrics, Vol. 54, págs. 22-7.
30. Fried, LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. 3, Marzo de 2001, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, Vol. 56, págs. M134-5.
31. Fried, LP, Ferruci, L y Darer, J. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. 3, 2004, J Gerontol, Vol. 59, págs. 255-263.
32. Gill, TM, y at al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. 347, 2002, N Engl J Med., págs. 1068-74.
33. Gill, TM, Williams, CS y Tinetti, ME. Assesing risk for the onset of functional dependence among older adults: the role of physical perfomance. 43, 1995, J Am Geriatr Soc, págs. 603- 9.
34. González Moro, Alina María. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan Internacional sobre Envejecimiento. 3, 2009, GerolInfo, Vol. 4.
35. Gottfries, C. G. Late life depression. Suppl 2, 2001, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Vol. 251, págs. 1157–1161.
36. Guralnick, J y Kritchevsky, S. Translating Research to Promote Healthy Aging: The Complementary Role of Longitudinal Studies and Clinical Trials. 2010, J Am Geriatr Soc, Vol. 58, págs. S337–S342.

Electrónicas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre El Envejecimiento y la Salud. OMS. 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado para Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatriay Gerontología. [En línea] 2006. <http://www.segg.es/segg/tratadoGeriatria/main.html>.
3. Ministerio de Salud del Perú MINSA. Portal Estapa de Vida Adulto Mayor del Ministerio de Salud del Perú. [En línea] MINSA. www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/adultomayor.asp.
4. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. 47° Consejo Directivo de la OPS. 2006. Documento técnico CD47/15. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud y el envejecimiento. Washington, D.C.: OPS (Resolución CSP26.R20). [En línea] 2002. [Citado el: 12 de Abril de 2010.] Hallado en: <http://www.paho.org/spanish/gov/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital: Repercusiones para la capacitación. La salud desde la perspectiva del ciclo vital

ANEXO 1

APELLIDOS Y NOMBRES	SEDE	CORREO USMP	CELULAR
ESCALANTE LÓPEZ ESTHER ANGÉLICA (*)	HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO SAN JOSE	esthermedic81@gmail.com	949483810
LUY SUÁREZ GIOVANA MILAGROS(*)	HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO SAN JOSE	gioluy@hotmail.com	993462397
ORTIZ PALOMINO BERLY	HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO SAN JOSE	berly_489@hotmail.com	989089900
MACEDA LIMO DORMA PAMELA(*)	HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO SAN JOSE	sadlyv@hotmail.com	975036684
CRUZ PAJUELO EDITH SABINA	HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO SAN JOSE	sadlyv@hotmail.com	915394495
CASTRO VIACAVAL GUIDA ALICIA	CENTRO MEDICO NAVAL	chiqui_gdc@hotmail.com	51 987 930 553
DE NORIEGA MADALENGOTIA JIMENA	CENTRO MEDICO NAVAL	jdenoriegam@usmp.pe	+51 988 104 234
MERINO TABOADA ANDREA SOFIA	CENTRO MEDICO NAVAL	andreina_mt@hotmail.com	51988001862
PEREZ AGUERO CAROLINA	CENTRO MEDICO NAVAL	kypamg@hotmail.es	+51 979 730 451
GARNIQUE DIAZ FILIDA DEL CARMEN	CENTRO MEDICO NAVAL	FILIGARNIQUE@HOTMAIL.COM	954046974
FONSECA SIALER JOSE FELIPE	CENTRO MEDICO NAVAL	josefger@gmail.com Y djosefonseca@yahoo.es	+51 998 987 414
CARLOS MARQUINA KATHERINE YESSSENIA	CENTRO MEDICO NAVAL	kathy_carls@hotmail.com	+51 972 514 215
FRANCO ZAPATA MAYRA ARIANA	CENTRO MEDICO NAVAL	mayrafz9431@gmail.com	+51 917 321 448
CASADO PEÑA JESSICA PAOLA	HOSPITAL GERIATRICO MILITAR	jcasadop@usmp.pe	+51 961 077 619
LA TORRE ANAYA ELSA MARIA	HOSPITAL GERIATRICO MILITAR	elatorrea@usmp.pe	+51 954 023 768
FIGUEROA DANERI KATHERINE VANESSA	HOSPITAL GERIATRICO MILITAR	kittydaneri@hotmail.com	+51 998 570 765
BECERRA BECERRA YAHAIIRA	HOSPITAL GERIATRICO MILITAR	ybecerrab@usmp.pe	+51 950 532 730
SILVA COTRINA CHRISTIAN JAVIER	HOSPITAL GERIATRICO MILITAR	kristians29118@hotmail.com	51987827760
PARODI GARCIA JOSE FRANCISCO RESPONSABLE DE CURSO	LA MOLINA	jparodig@usmp.pe	51998139858

ANEXO 2

Grupo	Inicio de actividades teórico-prácticas	Fin de actividades teórico-prácticas
Grupo A	05 de marzo al 1 de abril 2025	3 de abril del 2025
Grupo B	9 de abril del 2025	8 de mayo del 2025
Grupo C	14 de Mayo del 2025	12 de junio del 2025

ANEXO 3

RUTA PEDAGOGICA – CASO CLÍNICO

METODOLOGÍA	LUGAR DE DESARROLLO	RESPONSABLE	MODO DE EVALUACIÓN
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	AULA VIRTUAL	DOCENTE RESPONSABLE	
INFORME (GRUPAL)	AULA VIRTUAL	ALUMNOS	EVALUACIÓN SUMATIVA RÚBRICA
DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO (INDIVIDUAL)	PRÁCTICAS PRESENCIALES	DOCENTE + GRUPO	EVALUACIÓN SUMATIVA RÚBRICA
EVALUACIÓN (INDIVIDUAL) TEST	AULA VIRTUAL	ALUMNOS	EVALUACIÓN SUMATIVA TEST

RÚBRICA DE ACTITUD

DESCRIPTORES	NIVEL 0 Puntaje 0	NIVEL 1 Puntaje 1	NIVEL 2 Puntaje 2	NIVEL 3 Puntaje 3	NIVEL 4 Puntaje 4
PUNTUALIDAD	más de 20 min	10 a 20 min no justificado	10 a 20 min justificado	5 a 10 min no justificado	hasta 5 min
PRESENTACION Y PERMANENCIA	uniforme inadecuado	uniforme adecuado, se retira antes sin justificar	uniforme adecuado se retira con Justificación	uniforme adecuado permanece hasta el final, pero no participa	uniforme adecuado permanece hasta el final y participa
COMUNICACION	irritable, agresivo, no interactúa	Interactúa, pero agresivamente, no argumenta	interactúa, pero no respeta ni escucha a los demás	interactúa, es asertivo, respeta, pero opina agresivamente	interactúa asertivamente, respeta y es humilde con su opinión
COMPORTAMIENTO	no aplica la inteligencia interpersonal	aplica la inteligencia interpersonal pero no maneja sus emociones	aplica la inteligencia interpersonal maneja sus emociones, pero no aplica la perspectiva	aplica la inteligencia emocional, usa la perspectiva, pero no aplica la tolerancia proactiva	aplica la inteligencia emocional, usa la perspectiva, la tolerancia proactiva y juzga asertivamente
TRABAJO EN EQUIPO	No se integra	Se integra, pero no participa	Se integra participa, pero no cocrea	Se integra participa, cocrea, pero no enseña	Se integra participa, cocrea, explica enseña, es un mentor

RÚBRICA DE CASO CLÍNICO

DESCRIPTORES	NIVEL 0 Puntaje 0	NIVEL 1 Puntaje 1	NIVEL 2 Puntaje 2	NIVEL 3 Puntaje 3	NIVEL 4 Puntaje 4
INFORME	No cumple con la entrega, turniting mayor de 20%	Ortografía deficiente, no cumple con lo solicitado.	Ortografía adecuada no argumenta	Ortografía y redacción adecuada pero no concluye	Ortografía y redacción adecuada, concluye con originalidad
APTITUD (talento)	No es autoeficaz	Es autoeficaz pero no persevera	Es autoeficaz persevera, pero no gestiona sus emociones	Es autoeficaz persevera, pero no es creativo	Es autoeficaz persevera, es creativo e innova
COGNITIVO Maneja los 5 pasos del caso clínico 1.sintomas y signos 2.sindromes 3.categorías 4.relaciones 5.orden	No realiza anamnesis, ni establece patrones o relaciones ordenadas	Realiza anamnesis, reconoce patrones, pero no tiene orden.	Realiza anamnesis, reconoce patrones, pero no establece relaciones ni categorías	Establece patrones relaciones y categorías, pero no aplica un buen tratamiento	Establece patrones, relaciones, categorías, aplica un buen tratamiento y pronostica
HABILIDAD DE PENSAMIENTO	Inflexible, no argumento, no aporta	Argumenta, pero con poco interés y no decide	Argumenta decide persevera, pero carece de usabilidad y de intuición	Argumenta decide persevera, tiene creatividad, pero no aplica	Usa la Metacognición
PROCEDIMENTAL Aplica y se autoevalua.	No sabe seguir instrucciones	Recuerda conscientemente el procedimiento, pero no lo aplica	Recuerda conscientemente inicia el procedimiento, pero no concluye	Recuerda conscientemente inicia y aplica el procedimiento, pero no mejora la calidad	Recuerda, aplica y realiza una mejora continua de la calidad buscando la primacia del bienestar del paciente

RÚBRICA PARA EXAMEN DE PRÁCTICA CON CASO CLÍNICO

DESCRIPTORES	NIVEL 0 Puntaje 0	NIVEL 1 Puntaje 1	NIVEL 2 Puntaje 2	NIVEL 3 Puntaje 3	NIVEL 4 Puntaje 4
APTITUD (talento)	No es autoeficaz	Es autoeficaz pero no persevera	Es autoeficaz persevera, pero no gestiona sus emociones	Es autoeficaz persevera, pero no es creativo	Es autoeficaz persevera, es creativo e innova
COGNITIVO Maneja los pasos del caso clínico 1.sintomas y signos 2.síndromes	No realiza anamnesis, no establece patrones no determina signos y síntomas importantes	Realiza anamnesis, reconoce patrones, pero no ordena síndromes.	Realiza anamnesis, reconoce patrones, los ordena, pero no sintetiza	Establece patrones los ordena, diagnostica, pero no determina los diagnósticos completos Hipótesis de Trabajo Dx presuntivo Dx diferencial Dx. Etiológico	Establece patrones los ordena, diagnostica y determina los diagnósticos completos Hipótesis de Trabajo Dx presuntivo Dx diferencial Dx. Etiológico Dx. Definitivo 6.Pronóstico
COGNITIVO Maneja los pasos del caso clínico 3.categorías 4.relaciones 5.orden	No realiza anamnesis, ni establece las categorías según el caso (leve, moderado, severo, agudo crónico)	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, pero no establece su relación fisiopatológica.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías y establece su relación fisiopatológica pero no ordena.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, establece su relación fisiopatológica, ordena, pero no aplica un buen tratamiento personalizado.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, establece su relación fisiopatológica, ordena, y aplica un buen tratamiento personalizado.
HABILIDAD DE PENSAMIENTO	Inflexible, no argumento, no aporta	Argumenta, pero con poco interés y no decide	Argumenta decide persevera, pero carece de usabilidad y de intuición	Argumenta decide persevera, tiene creatividad, pero no aplica	Usa la Metacognición
PROCEDIMENTAL Aplica y se autoevalúa.	No sabe seguir instrucciones	Recuerda conscientemente el procedimiento, pero no lo aplica	Recuerda conscientemente inicia el procedimiento, pero no concluye	Recuerda conscientemente inicia y aplica el procedimiento, pero no mejora la calidad	Recuerda, aplica y realiza una mejora continua de la calidad buscando la primacía del bienestar del paciente

RÚBRICA PARA EVALUACIÓN SEMANAL DE PRÁCTICA

DESCRIPTORES	NIVEL 0 Puntaje 0	NIVEL 1 Puntaje 1	NIVEL 2 Puntaje 2	NIVEL 3 Puntaje 3	NIVEL 4 Puntaje 4
APTITUD (talento)	No es autoeficaz	Es autoeficaz pero no persevera	Es autoeficaz persevera, pero no gestiona sus emociones	Es autoeficaz persevera, pero no es creativo	Es autoeficaz persevera, es creativo e innova
COGNITIVO Maneja los 5 pasos del caso clínico síntomas y signos 2.síndromes	No realiza anamnesis, no establece patrones no determina signos y síntomas importantes	Realiza anamnesis, reconoce patrones, pero no ordena síndromes.	Realiza anamnesis, reconoce patrones, los ordena, pero no sintetiza	Establece patrones los ordena, diagnostica, pero no determina los diagnósticos completos Hipotesis de Trabajo Dx presuntivo Dx diferencial Dx. Etiológico	Establece patrones los ordena, diagnostica y determina los diagnósticos completos Hipotesis de Trabajo Dx presuntivo Dx diferencial Dx. Etiológico Dx. Definitivo 6.Pronostico
COGNITIVO Maneja los 5 pasos del caso clínico categorías relaciones 5.orden	No realiza anamnesis, ni establece las categorías según el caso (leve, moderado, severo, agudo crónico)	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, pero no establece su relación fisiopatológica.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías y establece su relación fisiopatológica pero no ordena.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, establece su relación fisiopatológica, ordena, pero no aplica un buen tratamiento personalizado.	Realiza anamnesis, reconoce las categorías, establece su relación fisiopatológica, ordena, y aplica un buen tratamiento personalizado.
HABILIDAD DE PENSAMIENTO	Inflexible, no argumento, no aporta	Argumenta, pero con poco interés y no decide	Argumenta decide persevera, pero carece de usabilidad y de intuición	Argumenta decide persevera, tiene creatividad, pero no aplica	Usa la Metacognición
PROCEDIMENTAL Aplica y se autoevalúa.	No sabe seguir instrucciones	Recuerda conscientemente el procedimiento, pero no lo aplica	Recuerda conscientemente inicia el procedimiento, pero no concluye	Recuerda conscientemente inicia y aplica el procedimiento, pero no mejora la calidad	Recuerda, aplica y realiza una mejora continua de la calidad buscando la primacía del bienestar del paciente