



FACULTAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN PEDAGÓGICA GENERAL
MAESTRÍA EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS
V EDICIÓN

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE
MÁSTER EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS

EI APRENDIZAJE DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER
COLORRECTAL

AUTORA: Dra. Tatiana Madelyn Merlo Bombino. Profesora Auxiliar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1560-3790>

SANCTI SPÍRITUS

2022



FACULTAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN PEDAGÓGICA GENERAL
MAESTRÍA EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS
V EDICIÓN

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE
MÁSTER EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS

EL APRENDIZAJE DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER
COLORRECTAL

AUTORA: Dra. Tatiana Madelyn Merlo Bombino

TUTORES: Dr. C. María de las Mercedes Calderón Mora. Profesora Titular
Dr. C. Lizandro Michel Pérez García. Profesor Titular

SANCTI SPÍRITUS

2022

PENSAMIENTO

Puedes enseñar una lección un día; pero si puedes enseñar creando curiosidad el aprendizaje será un proceso para toda la vida.

Bedford, G. P. (2020: p. 5)

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora y amiga, la Dr. C. María de las Mercedes Calderón Mora, por su enseñanza, su paciencia, por las horas que me dedicó, por ser tan brillante y a la vez tan sencilla, por la seguridad que trasmite estar a su lado. Para ella, mi infinita gratitud y admiración.

A mi tutor el Dr. C. Lizandro Michel Pérez García por su voluntad de ayudar.

Al Dr. C. Ramón Reigosa Lorenzo por sus sabias orientaciones, su disposición y ayuda.

Al Dr. C. Carlos Jiménez Puerto por su ayuda con la búsqueda de bibliografías.

A Zule, siempre dispuesta a ayudar.

Al Departamento de Formación Pedagógica General de la Facultad de Ciencias Pedagógicas de la Universidad de Sancti Spíritus.

A mis compañeros de la maestría.

A los residentes de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral del policlínico del área sur, por el interés de aprender.

A todos los que me ofrecieron su ayuda y me dieron fuerzas para continuar.

GRACIAS

DEDICATORIA

A mi abuela, porque nunca ha dejado de estar conmigo.

A mi Alma y a mi Vida por ser mis tesoros.

A mi mami y a Yasse ,mis grandes amores.

A toda mi familia.

SÍNTESIS

El aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal constituye un campo de interés en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Medicina General Integral. Sin embargo, resultan insuficientes los estudios realizados si se tiene en cuenta que prevalecen problemáticas prácticas y carencias en el orden teórico. Este hecho apoya la necesidad de disponer de un instrumento de trabajo común que permita aunar esfuerzos con el fin de favorecer la atención integral al paciente y economizar recursos sanitarios. Ante esta problemática el objetivo de la presente investigación es proponer tareas docentes que contribuyan al aprendizaje del diagnóstico del cáncer colorrectal, para los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año. Se aplicaron métodos de los niveles teórico, empírico y estadístico-matemático, como: el histórico-lógico, inductivo-deductivo, observación científica, pruebas pedagógicas, triangulación y experimentación; además se aplicó la tabulación. La investigación se desarrolló desde el proyecto Desarrollo profesional sostenible: universidad-sociedad.

Palabras claves: enseñanza; aprendizaje; diagnóstico; diagnóstico precoz; cáncer colorrectal.

Abstract

Learning the early diagnosis of colorectal cancer constitutes a field of interest in the teaching-learning process of the Integral General Medicine subject. However, the studies carried out are insufficient if one takes into account that practical problems and deficiencies prevail in the theoretical order. This fact supports the need to have a common working instrument that allows joining efforts in order to promote comprehensive patient care and save health resources. Faced with this problem, the objective of this research is to propose teaching tasks that contribute to the learning of the diagnosis of colorectal cancer, for residents who are studying the specialty of Comprehensive General Medicine in the II year. Methods of the theoretical, empirical and statistical-mathematical levels were applied, such as: the historical-logical, inductive-deductive, scientific observation, pedagogical tests, triangulation and experimentation; In addition, the tabulation was applied. The research was developed from the project Sustainable professional development: university-society.

Keywords: teaching; learning; diagnosis; early diagnostic; Colorectal cancer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	10
1.1- El proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades gastrointestinales y buco dentales en la especialidad de Medicina General Integral	10
1.2- El aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal	21
1.3- El proceso de enseñanza aprendizaje en las ciencias médicas. El especialista en Medicina General Integral	31
CAPÍTULO 2. PRINCIPALES RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	46
2.1 Definición y operacionalización de la variable. Principales resultados del diagnóstico	46
2.2 Propuesta de tareas docentes	50
2.2.1 Tareas docentes para contribuir al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal	56
2.3 Evaluación de los resultados obtenidos en la implementación práctica de la propuesta	63
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Universidad Médica Cubana trabaja en la formación de un profesional de nuevo tipo, que encarna el ideal humanista del proyecto social cubano y los propósitos de calidad que caracterizan el encargo social, definido como un médico diferente, cualitativamente superior, más humano, más revolucionario, capaz de brindar servicios en cualquier lugar y en las condiciones más difíciles, responsable de su autoeducación.

Para el cumplimiento de este objetivo, el proceso de enseñanza aprendizaje en la carrera de medicina se perfecciona; en tal sentido se impone actuar en sus componentes incorporando lo más avanzado de las tendencias pedagógicas actuales con vistas al logro de niveles cualitativamente superiores en el proceso y resultados de la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades.

La Didáctica, rama fundamental de la Pedagogía, tiene como parte de los requisitos que le confieren su carácter de ciencia, un objeto de estudio bien delimitado: El Proceso de Enseñanza-Aprendizaje.

Existen profesionales de la Educación que aún discrepan de su objeto de estudio y con ello el carácter renovador que el mismo encierra para contribuir al cambio educativo que reclama el recién estrenado milenio.

En este sentido resulta interesante el análisis realizado por la brasileña V. M. Candau (1983), cuando al intentar dar paso desde una Didáctica exclusivamente instrumental, a otra fundamental, propone la multidimensionalidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, a partir de tres dimensiones, muy conocidas, pero que generalmente no se tienen en cuenta en su justa dimensión y relación. Tal es el caso de las dimensiones: humana, técnica y político-social.

Esta autora alerta acerca de lo nocivo que resulta el disociamiento de estas dimensiones, aclara que en el caso de hiperbolizar la dimensión técnica se cae en el tecnicismo, es decir, que un aspecto tan importante del proceso de enseñanza-aprendizaje, se observa como algo neutro, descontextualizado. En cuanto a cometer el mismo error con la dimensión político-social, ésta puede no sólo criticar el

reduccionismo humanista y tecnicista, sino llegar incluso hasta la negación de ambas dimensiones.

En este orden de ideas resulta necesario contribuir desde el proceso de enseñanza-aprendizaje a la obtención de un adecuado diagnóstico de la actividad que se realiza, para lo cual se precisa de un análisis del término.

Primeramente, debe interesar que este término proviene de la palabra griega “diagnosis” que significa conocimiento, pero ¿conocimiento de qué? Esto último es importante porque está muy extendido el hecho de relacionar al término con el conocimiento de enfermedades, así por ejemplo en el diccionario Aristos dice: “Conocimiento de los síntomas de una enfermedad”.

El pequeño Laurousse Ilustrado, plantea: “Dícese de los signos que permiten conocer las enfermedades... el diagnóstico indica el tratamiento de una enfermedad, calificación que el médico da de una enfermedad.” Con esto se evidencia la fuerte implicación que el diagnóstico tiene con la medicina, no obstante, resulta objeto de estudio no sólo de los médicos, sino de los sociólogos, psicólogos y pedagogos, entre otros especialistas.

En este sentido se hace necesario aclarar bien el apellido, o sea, no es cualquier tipo de diagnóstico. En este particular se refiere a la enseñanza del diagnóstico como contenido de la asignatura Medicina General Integral.

En la indagación realizada se detecta que muchos son los especialistas que definen lo que es diagnóstico, pero pocos son los que lo denominan, se asume que “el diagnóstico es un proceso continuo, dinámico, sistémico y participativo, que implica efectuar un acercamiento a la realidad con el propósito de conocerla, analizarla y evaluarla desde la realidad misma, pronosticar su posible cambio, así como proponer las acciones que conduzcan a su transformación y a su enseñanza en la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje. Díaz Quiñones (2012, p. 27).

La definición anterior brinda una concepción de diagnóstico, completa, abarcadora, actualizada, y redimensionada, en tanto comprende en sí misma, la caracterización, el pronóstico y la estrategia encargada del cambio o transformación del objeto o fenómeno en cuestión. Esta es la concepción que deberá darse paso en la práctica de estos tiempos, para erradicar la que todavía prevalece, cuyo carácter limitado y

reduccionista, obstaculiza el logro de los resultados que en este sentido se esperan y se necesitan. El caso que ocupa en esta investigación está relacionado con el diagnóstico de cáncer colorrectal.

En Sancti Spíritus en el periodo de 2014-2018 la incidencia por cáncer colorrectal tuvo la mayor tasa en el 2016 con 28,73 por cada x 100000 habitantes. Albiza Sotomayor L (2022)

Lo expuesto hace que el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal constituya un campo de interés común a numerosas especialidades médicas, tanto de atención primaria (AP) como de atención secundaria.

Este hecho también apoya la necesidad de disponer de un instrumento de trabajo común que permita aunar esfuerzos con el fin de favorecer la atención integral al paciente y economizar recursos sanitarios.

En tal sentido se han encontrado potencialidades con relación al aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal:

- Existe una concepción de diagnóstico que sirve de base para la definición del nuevo constructo.
- Existe disposición por parte de los profesionales de aprender a diagnosticar el cáncer colorrectal
- Constituye este particular uno de los problemas del banco de la institución.

En este orden de ideas la implementación de tareas docentes para el aprendizaje dirigido al diagnóstico precoz del cáncer colorrectal a nivel de la atención primaria debería propiciar una coordinación más adecuada entre los diferentes niveles asistenciales, reservando un papel fundamental para la atención primaria.

Así, deben difundirse las medidas de prevención primaria y proponer el cribado en la población de riesgo medio. Por otra parte, aunque la atención a los pacientes con formas hereditarias de CCR debe corresponder a centros de referencia, la identificación de los posibles individuos afectados mediante la realización de una correcta historia familiar constituye una obligación del médico de AP. Así la vigilancia de pacientes que

ya han desarrollado patología colorrectal posiblemente también pueda dejar de ser un terreno exclusivo de la atención secundaria y compartirse con la atención primaria.

Múltiples son los autores que han estudiado el proceso de enseñanza aprendizaje como son: Carmen Reinoso Capiro, Rico y otros, (2002); Silvestre y Zilberstein, (2002); López y otros, (2002); Bermúdez y Pérez, (2002); Castellanos y otros, (2002), Ana María González Soca (2004), Díaz Quiñones (2004).

De igual forma el diagnóstico ha sido objeto de estudio y aún más vinculado al cáncer colorrectal, entre ellos se Piñol F, Paniagua M, González N (2016)

Sin embargo, resultan insuficientes los estudios realizados si se tiene en cuenta que prevalecen problemáticas prácticas y carencias en el orden teórico como las que se describen a continuación:

Problemáticas prácticas

Dificultad en los planes de estudio que no conciben el aprendizaje de este tipo de diagnóstico en la atención primaria de salud

- Inadecuada interrelación entre la atención primaria y secundaria
- Diagnóstico tardío de la enfermedad

Carencias teóricas

- Insuficiencias en los contenidos para el aprendizaje del diagnóstico precoz
- No se constata, hasta el momento, en la literatura consultada, una definición de aprendizaje de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal

El estudio realizado permitió develar la contradicción dialéctica que se da entre el aprendizaje del diagnóstico en la actualidad, que se imparte desde la asignatura Medicina General Integral a los residentes y el profesional médico que se desea formar, lo cual permite formular el siguiente:

Problema científico

¿Cómo contribuir al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, desde el proceso de enseñanza aprendizaje de Enfermedades Gastrointestinales y buco dentales?

Objeto de estudio

El proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades gastrointestinales y buco dentales en la especialidad de Medicina General Integral

Campo de acción

El aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

Objetivo de investigación

Proponer tareas docentes que contribuyan al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, para los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Preguntas científicas

- 1- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades gastrointestinales y buco dentales?
- 2- ¿Cuál es el estado actual del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año?
- 3- ¿Qué tareas docentes pueden contribuir al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año?
- 4- ¿Cuál será la contribución de las tareas docentes propuestas?

Tareas científicas

1-Determinación de los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades gastrointestinales y buco dentales.

2-Determinar el estado actual del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

3-Elaboración de las tareas docentes para el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

4. Evaluación de la contribución de las tareas docentes propuestas.

Variables de investigación

-Variable operacional

Nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

-Variable propuesta

Tareas docentes.

Población y muestra

Población

Estuvo conformada por los 8 residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año pertenecientes al policlínico Rudesindo García del Rijo, del área sur de Sancti Spíritus durante el curso 2019-2020.

De acuerdo con el plan de estudio que plantea la duración de 3 años de dicha especialidad en el momento actual. Se coincide de manera intencional con la muestra.

Métodos y técnicas

Del nivel empírico

Observación científica: constituyó un método de esencial utilización desde el inicio hasta el final de la investigación que permitió constatar las dificultades y logros que se obtienen y su contribución al perfeccionamiento del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Pruebas pedagógicas: permitió, a partir de su aplicación a los residentes de II año de la especialidad de Medicina General Integral, constatar el estado real del conocimiento del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

Triangulación: permitió inferir a partir de los resultados obtenidos en los diferentes métodos y fuentes, aquellas evidencias que caracterizan las potencialidades y las limitaciones del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Análisis de documentos: permitió constatar la importancia y actualidad relacionada con el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal, los documentos que los refrendan y los que justifican su aprendizaje en residentes de Medicina General Integral.

Experimentación: mediante el pre-experimento, se utilizó para validar la contribución de la metodología al perfeccionamiento del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Del nivel teórico

Histórico-lógico: se utilizó para conocer el surgimiento, evolución y desarrollo del aprendizaje en general y del diagnóstico médico precoz en particular, en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, acerca del cáncer colorrectal.

Análítico-sintético: permitió penetrar en la esencia del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año y se lograron establecer los componentes teóricos y metodológicos de la investigación, su fundamentación, el diseño de soluciones y el análisis de los resultados.

Inductivo-deductivo: a partir de las particularidades del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal se hicieron las inferencias correspondientes desde las concepciones asumidas para el estudio de dicho proceso en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, lo cual permitió dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Del nivel estadístico

Tablas de distribución de frecuencia, gráficos SPSS.V-15.0.

Contribución práctica

Tareas docentes caracterizadas por ser flexibles, dinámicas con basamento epistemológico que sustenten el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Novedad científica

Radica fundamentalmente en las características que tipifican las tareas docentes para los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, de modo que contribuya al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

La investigación se estructura en introducción, dos capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

El primer capítulo contentivo de tres epígrafes que analizan el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Medicina General Integral, así como el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. El segundo capítulo presenta el diagnóstico aplicado a la muestra seleccionada, la propuesta de solución y la evaluación de los resultados.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

El capítulo que se presenta se estructura en tres epígrafes en los que se analiza el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermedades gastrointestinales y buco dentales en la especialidad de Medicina General Integral en los residentes de II año, además se analiza el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal, así como las características esenciales de este tipo de especialista.

1.1- El proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades gastrointestinales y buco dentales en la especialidad de Medicina General Integral

Todo fenómeno tiene como esencia, en principio, analizar las causas de su surgimiento, las leyes de su vida, las tendencias de su desarrollo, sus propiedades determinantes, así como las contradicciones que le son inherentes.

Tales parámetros expresan aquello hacia lo cual tiene necesariamente que dirigirse el pensamiento científico para el descubrimiento de la naturaleza del funcionamiento del objeto o del fenómeno estudiado.

El proceso de enseñanza aprendizaje es un acontecimiento en el que se relacionan entre sí docente y estudiantes. En la enseñanza se unen la actividad del maestro: enseñar, y la actividad del alumno: aprender, para formar una calidad de trabajo pedagógico. Se debe hacer énfasis en el Proceso de enseñanza aprendizaje ya que es algo más que un simple proceso.

Los cambios paradigmáticos en la formación del profesional de la enseñanza universitaria en el nuevo siglo traen consigo, necesariamente, una concepción diferente de la docencia en dicho nivel y de los roles que desempeñan profesores y estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

De esta manera la concepción del profesor como transmisor y del estudiante como receptor de conocimientos es sustituida por la concepción del docente como orientador, guía que acompaña al estudiante en el proceso de construcción no sólo de conocimientos sino también en el desarrollo de habilidades y valores asociados a un

desempeño profesional eficiente, ético y responsable y del estudiante como sujeto de aprendizaje.

El docente como orientador ha de ser capaz de diseñar situaciones de aprendizaje que potencien en el estudiante la construcción autónoma y responsable de conocimientos, valores y habilidades profesionales en un ambiente de participación y diálogo.

Para ello el docente ha de generar competencias didácticas, motivación y cierto compromiso profesional que le permitan desarrollar sus clases a través de metodologías participativas de enseñanza que permitan vincular la teoría con la práctica profesional en un contexto de diálogo, con el empleo de métodos y técnicas de evaluación que centren la atención en el estudiante como sujeto de aprendizaje.

Orientar al estudiante en la construcción autónoma de conocimientos, habilidades, competencias a desarrollar, valores y actitudes profesionales plantea nuevas exigencias al docente universitario que trascienden el dominio de conocimientos y habilidades didácticas, en tanto el profesor precisa además de una motivación profesional intrínseca, de un compromiso moral en el ejercicio de la docencia.

El aprendizaje a lo largo de la vida es lo que Kolb definió como aprendizaje experiencial, citados por Rodríguez R. (2018) y que sus teorías validadas y estudiadas con la población española desarrolló González Tirados (1983).

Este aprendizaje se basa en aprender no sólo del libro de texto, del profesor, del aula, etc. sino de la vida y a lo largo de ella en la medida que las personas se fijan, reflexionan, se abstraen, conceptualizan y llevan a la práctica lo aprendido, es un aprendizaje iterativo. Otros autores posteriores han considerado esta misma idea y la han ampliado a diferentes campos.

El estudio de las necesidades de formación docente orienta en el conocimiento de aquellos aspectos del desempeño profesional en los que el profesorado presenta insuficiencias o considera relevante para acometer su labor diaria y que por tanto han de constituir centro de atención en los programas de formación docente.

Independientemente de las modalidades que pueda asumir una estrategia de formación docente: conferencias-coloquios, talleres, cursos, grupos de innovación, en todos los

casos debe tenerse en cuenta la unidad de la teoría y la práctica profesional en la medida que se propicie la reflexión y el debate en torno a la necesidad y posibilidades de aplicar los conocimientos pedagógicos a la solución de los problemas de la práctica educativa que presenta el profesorado en el trabajo cotidiano de aula. Esto se logra con gran eficiencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Labarrere, R. G. (1998), citado por Meriño J (2011) plantea que, "... en el proceso de enseñanza deben destacarse los procedimientos mediante los cuales el alumno puede apropiarse de los conocimientos (...) el éxito de la enseñanza no solo depende de la apropiación de un sistema de conocimientos, sino en gran medida, del nivel de desarrollo de las habilidades y los hábitos que deben tener los alumnos..., más adelante la destacada pedagoga refiere que...los conocimientos, las habilidades y los hábitos constituyen una unidad".

Castellanos, B. (2000), al referirse al proceso de enseñanza aprendizaje, sostiene que es complejo, multifactorial, de múltiples interacciones, donde las condiciones son definitivamente las que favorecen o dificultan el propio proceso y el resultado. Existen múltiples alternativas que deben analizarse en función de los resultados esperados y así activar los procesos necesarios para alcanzarlos.

El aprendizaje es un proceso vinculado a la existencia del hombre como ser social. Cada ser humano fue haciendo suya la cultura, a partir de procesos de aprendizaje que le permitieron el dominio progresivo de la realidad y su transformación consecuente, en correspondencia con la satisfacción de sus necesidades.

Zilberstein, (2000); Al realizar la distinción entre estrategias de enseñanza y estrategias de aprendizaje, señala que es necesario partir de la idea de que el proceso de enseñanza-aprendizaje es síntesis, por lo que ha sido un error divorciar uno del otro.

No obstante, pueden distinguirse ambos tipos de estrategias si se tiene en cuenta que, en el caso de las estrategias de enseñanza, el énfasis está en la planificación, el diseño, la secuenciación, la elaboración y la realización del contenido; mientras que las estrategias de aprendizaje se refieren a las acciones de los estudiantes que se dan durante el aprendizaje e influyen en la motivación, la asimilación, la interpretación, la retención y la transferencia de la información.

Carmen Reinoso Capiro, Rico y otros, (2002); Silvestre y Zilberstein, (2002); López y otros, (2002); Bermúdez y Pérez, (2002); Castellanos y otros, (2002), Ana María González Soca (2004), Díaz Quiñones (2004). refieren que el aprendizaje es “el proceso dialéctico de apropiación de los contenidos y las formas de conocer, hacer, convivir y ser construidos en la experiencia sociohistórica.

En el cual se producen como resultado de la actividad del individuo y de la interacción con otras personas, cambios relativamente duraderos y generalizables, que le permiten adaptarse a la realidad, transformarla y crecer como personalidad.”

Después de un exhaustivo análisis de valiosas investigaciones psicológicas y pedagógicas se ha llegado a asumir la anterior definición de aprendizaje:

El aprendizaje no puede verse desvinculado de la enseñanza. Se considera que aprender conforma una unidad con enseñar. Mediante la enseñanza se potencia no solo el aprendizaje, sino el desarrollo humano siempre y cuando se creen situaciones en las que el sujeto se apropie de las herramientas que le permitan operar con la realidad y enfrentar al mundo con una actitud científica y personalizada.

En tal sentido, Margarita Silvestre Oramas y Pilar Rico Montero(2002) consideran que el proceso de enseñanza - aprendizaje ha sido históricamente caracterizado de formas diferentes, que van desde su identificación como proceso de enseñanza, con un marcado acento en el papel central del maestro como transmisor de conocimientos, hasta las concepciones más actuales en las que se concibe el proceso de enseñanza - aprendizaje como un todo integrado, en el cual se pone de relieve el papel protagónico del estudiante.

En este último enfoque se revela como característica determinante la integración de lo cognitivo y lo afectivo, de lo instructivo y lo educativo, como requisitos psicológico y pedagógico esenciales.

En el proceso de asimilación de los conocimientos se produce la adquisición de procedimientos, de estrategias, que en su unidad conformarán las habilidades tanto específicas de las asignaturas como de tipo más general, entre ellas las relacionadas con los procesos de pensamiento (análisis, síntesis, abstracción, generalización), por ejemplo, la observación, la comparación, la clasificación, entre otras.

Se adquieren, asimismo, como parte de este proceso, habilidades que tienen que ver con la planificación, el control y la evaluación de la actividad de aprendizaje, contribuyendo a un comportamiento más reflexivo y regulado del alumno en la misma.

La integralidad del proceso de enseñanza - aprendizaje radica precisamente en que este dé respuesta a las exigencias del aprendizaje de los conocimientos, del desarrollo intelectual y físico del estudiante y a la formación de sentimientos, cualidades y valores, todo lo cual dará cumplimiento a los objetivos de la educación en sentido general, y en particular a los objetivos en cada nivel de enseñanza y tipo de institución, (Silvestre Oramas M, Rico Montero P. 2002), aspectos con los cuales la autora se identifica y enfatiza su importancia en la educación médica actual.

Autores como Doris Castellanos Simons y cols. (2002:45) refieren que “enseñar es organizar de manera planificada y científica las condiciones susceptibles de potenciar los tipos de aprendizajes que se pretenden, es propiciar en los estudiantes el enriquecimiento y crecimiento intelectual de sus recursos como seres humanos, la apropiación de determinados conocimientos y la formación y desarrollo de habilidades y valores”, aspectos con los cuales la autora se identifica y enfatiza su importancia en la educación médica actual. (Castellanos Simons, D y cols. 2002:24).

Todo fenómeno u objeto, natural o social, se puede estudiar, identificar y describir por la situación de sus cualidades, características y propiedades en un tiempo y espacio determinado, lo cual constituye el estado. La sucesión y continuidad de los estados en el espacio y tiempo de un fenómeno u objeto natural o social es un proceso. (López Palacio, J, V. 2002:121).

La transformación sistemática y progresiva, por etapas ascendentes, cada una de las cuales está marcada por cambios cuantitativos que conducen a cambios cualitativos en el estudiante en los aspectos cognitivos, procedimentales y afectivos, es un proceso que implica el enseñar y el aprender en la que ambos constituyen una actividad que está planificada y científicamente dirigida.

Estas conceptualizaciones son importantes para poder definir el proceso de enseñanza aprendizaje, lo que han realizado diferentes autores como González Soca, A, Recarey Fernández, A, Addine Fernández, F. (2004), Ginoris Quesada, O, Addine Fernández, F,

Turcaz Millán, J. (2006), de las cuales se asume la referida por las primeras autoras señaladas al derivar dicha definición a partir del proceso pedagógico.

Al identificar al proceso pedagógico como aquel proceso educativo donde se pone de manifiesto la relación entre la enseñanza y el aprendizaje, la educación y la instrucción encaminado al desarrollo de la personalidad del estudiante para su preparación para la vida, estas autoras señalan que dicha concepción tiene un carácter macroestructural y especifican su nivel de generalidad al incluir como proceso específico al proceso de enseñanza aprendizaje.

En tal sentido, definen al proceso de enseñanza-aprendizaje como un proceso pedagógico escolar que posee las características de este, pero se distingue por ser mucho más sistemático, planificado, dirigido y específico por cuanto la relación profesor estudiante deviene en un accionar didáctico mucho más directo, cuyo único fin es el desarrollo integral de la personalidad de los estudiantes. (González Soca, A, Recarey Fernández, S, Addine Fernández, F.2004:51).

Un criterio básico y esencial que se cumple en este proceso es la unidad dialéctica de la actividad del profesor y del estudiante, aspecto importante en todo lo que se intente para su estudio e interpretación, al tenerse en cuenta que es único, bilateral e interactivo y que por su esencia, no pueden ser separados ni en la teoría, ni en la práctica.

La dirección científica de este proceso está sujeta a leyes, resumiéndose a continuación las que se asumen a partir de lo referido por Oscar Ginoris Quesada, Fátima Addine y Juan Turcaz Millán (2006) debido a la importancia que le confiere y su contextualización en el proceso de enseñanza aprendizaje que se desarrolla en la Universidad Médica Cubana para la formación del médico general.

Se considera como primera ley de este proceso su condicionalidad debido a que el proceso de enseñanza-aprendizaje está determinado por el contexto histórico y social al que pertenece. Una segunda cualidad se expresa en la segunda ley mediante la unidad dialéctica entre la instrucción, la educación y el desarrollo en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La tercera ley es funcional y expresa que el proceso de enseñanza-aprendizaje posee estructura y funcionamiento sistémico y multifactorial. Se identifican como componentes de este proceso los siguientes: los objetivos, los contenidos, los métodos, los medios, la evaluación y las formas de organización, todos denominados componentes personalizados del proceso, incluyéndose como componentes personales al estudiante, al profesor y al grupo.

Al penetrar en la esencia del proceso se logra identificar una regularidad estable, con carácter de ley; todo proceso de enseñanza aprendizaje es una unidad de la diversidad, lo cual se evidencia por ejemplo en que la variedad de disciplinas y asignaturas tributan a únicos objetivos formativos generales y el conjunto de temas, unidades y capítulos está concebido por una misma finalidad instructiva y educativa de las disciplinas y asignaturas, (Ginoris Quesada, O, Addine, F. Turcaz Millán, J. 2006:14).

Se asume en la investigación lo definido por estos autores al considerarse que son un referente teórico de importancia cuando el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermedades Gastrointestinales y buco dentales en la especialidad de Medicina General Integral constituye su objeto de estudio, lo cual implica que toda intervención orientada a su perfeccionamiento al actuar en algunos de sus componentes evidentemente influye en el resto y debe estar subordinada a las leyes generales que caracterizan a dicho proceso.

En el modelo educativo cubano en ciencias de la salud se alude a la preparación del estudiante para aprender por sí mismo de forma activa y permanente durante su vida profesional, fomentándole las capacidades para la obtención de información, la observación objetiva, el razonamiento lógico y el juicio crítico.

Según lo expresado, todo análisis que se realice de los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje debe estar sujeto a esta interpretación, por lo que a continuación se establecerán las características de cada componente, resumiéndose los aspectos fundamentales de cada uno y teniendo como referencia lo aportado por diferentes autores.

Se considera al objetivo como expresión de lo esencial, lo que responde a la pregunta: qué deberá lograrse, para qué; es lo ideal o esperado, generalizador, estable, universal, globalizante, integral, común y determinante.

Es el componente rector del proceso y constituye el modelo pedagógico del encargo social, los propósitos y aspiraciones que durante el proceso se van conformando en el modo de pensar, sentir y actuar del estudiante, según lo referido por González Soca, A. y cols. (2004) y Ginoris Quesada, O. y cols. (2006).

El contenido como componente del proceso, es aquella parte de la cultura y experiencia social que debe ser adquirida por los estudiantes y se encuentra en dependencia de los objetivos propuestos.

El contenido responde a la pregunta qué es lo que deberá aprender el estudiante, es primario, es seleccionado, ordenado, detallado y variable, es específico y a la vez diverso y responde a la condicionalidad histórica de dicho proceso.

Autores como Silvestre Oramas, M. (2002) y González Soca, A. y cols. (2004) señalan que su estructura y apropiación sistémica materializan la unidad de la función instructiva y educativa.

En él se incluyen el sistema de conocimientos, el sistema de habilidades y hábitos, el sistema de normas de relación con el mundo y el sistema de experiencias de la actividad creadora, debiéndose destacar que en las Ciencias Médicas, el diagnóstico médico constituye un contenido fundamental en el que se conjugan conocimientos, habilidades, hábitos y normas de relación con el mundo y es objeto de aprendizaje en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En tal sentido, se considera que en este proceso, el estudiante se apropia de conocimientos expresados en nociones, conceptos, leyes y teorías que forman parte del contenido, y a su vez de los procedimientos que el hombre ha adquirido para la utilización del conocimiento y para su actuación de acuerdo a las normas y valores de la sociedad en que vive.

Para esto se vale de los métodos, componente del proceso de enseñanza aprendizaje que se consideran elemento director del mismo y responden a la pregunta: cómo desarrollar el proceso, cómo enseñar y cómo aprender.

Ginoris Quesada, O, y cols. (2006) señalan que, a partir de la identificación de los niveles de independencia en la actividad cognoscitiva, se reconocen dos niveles, el reproductivo y el nivel productivo y creativo; el primero demanda del estudiante una actividad cognoscitiva que tiene por centro la apropiación del contenido ya procesado; el productivo y creativo se alcanza cuando el alumno necesita de la aplicación de conocimientos y habilidades en una situación docente nueva.

En tal sentido se reconoce que el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en la atención primaria de salud se realiza mediante métodos productivos, como es el aprendizaje basado en antecedentes personales y familiares, así como en manifestaciones clínicas e interpretación de complementarios de la población que acude por atención médica.

Se considera que en la sociedad actual, en la que se aspira a una implicación activa del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, los métodos productivos coadyuvan a este propósito, a partir de situaciones de aprendizaje donde su actuación activa y reflexiva demanda un esfuerzo intelectual mediante la reflexión.

La valoración, suposición y argumentación en las etapas de orientación, ejecución y control del proceso de enseñanza-aprendizaje, aspectos importantes a tener en cuenta en el médico que cursa la especialidad de Medicina General Integral para identificar a los pacientes con determinados problemas de salud.

Autores como Ginoris Quesada, O. y cols. (2006) refieren que en correspondencia con los objetivos, las características de los contenidos, de los métodos y procedimientos, se seleccionan los medios de enseñanza, componente del proceso que responde a la pregunta del con qué enseñar y aprender.

Los métodos y medios son componentes operacionales del proceso; el método expresa lo más esencial de la dinámica del proceso y los medios su expresión fenoménica.

Estos autores señalan que la valoración del nivel de logros, de acuerdo a los objetivos propuestos y que responde a la pregunta en qué medida se alcanzaron dichos objetivos, es la evaluación, componente regulador del proceso, el cual considera los diferentes niveles de exigencia en relación con el dominio y utilización de los contenidos en función de los objetivos.

Se debe señalar que el control valorativo del cumplimiento de los objetivos mediante la evaluación debe estar presente en todas las etapas del proceso, desde la orientación hasta el propio control.

En la investigación se considera que el protagonismo del estudiante en el proceso de enseñanza aprendizaje exige que además de la valoración externa que realiza el profesor, el estudiante sea capaz de comprobar sus resultados, lo cual implica que pueda valorar en qué medida las acciones por él ejecutadas son o no correctas y le permita hacer las correcciones necesarias en caso que lo requiera.

Es labor del profesor entrenar al estudiante en estas acciones de forma sistemática si se aspira a la participación activa y reflexiva del estudiante de medicina en la identificación e interpretación de los diferentes problemas de salud mediante la ejecución del diagnóstico médico.

Las formas de organización se refieren a la organización temporal y espacial del proceso. Las exigencias didácticas actuales implican que uno de los cambios principales que hay que tener en cuenta es el concerniente a la posición del docente y el estudiante, lo que precisa la inclusión de formas de trabajo colectivas en las que se propicie la interacción estudiante-estudiante, estudiante-grupo, estudiante-profesor y profesor-grupo según refieren Ginoris Quesada, O, y cols. (2006).

Estos son los componentes personalizados del proceso enseñanza aprendizaje, los que establecen su estructura interna con relaciones interdependientes entre ellos, jerarquizándose al objetivo como componente rector y determinante del resto de los componentes que se estructuran con el fin de cumplir las aspiraciones expresadas en dichos objetivos, logros que se verifican mediante la evaluación como componente regulador en una dinámica que se rige por la estructura sistémica de este complejo proceso.

Se identifican al profesor, los estudiantes y el grupo como componentes personales del proceso enseñanza, cuyas relaciones se establecen en la actividad y la comunicación, reconociéndose al profesor como guía y director en su función de enseñar y a los estudiantes y el grupo como sujetos implicados en la función de aprender mediante relaciones dinámicas en los diferentes momentos de la actividad docente.

Se debe enfatizar su importancia en la educación médica en la cual las actividades docentes se realizan en estrecho vínculo con el trabajo asistencial en los diferentes escenarios de formación donde se propician la interacción, la mediación y la comunicación desde el grupo básico de trabajo docente asistencial.

Investigadores como Rico, P, Silvestre, M. (2006), han demostrado que predomina un proceso con carácter esencialmente instructivo, cognoscitivo, en el cual se centran las acciones mayormente en el profesor y en menor medida en el estudiante, donde el alumno tiende a aprender de forma reproductiva, con dificultades en el desarrollo de sus habilidades y de sus posibilidades para la reflexión crítica y autocrítica de lo que se infiere que se hace evidente la necesidad de un cambio sustancial en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Autores como Nidia Márquez, Eduardo Alemañy, Niurka Tareaux, (2019) al elaborar el plan de estudios para la especialidad de Medicina General Integral, estructuran sus contenidos en áreas de formación, compuestas por cursos.

Durante el segundo año de la especialidad se dedica el área IV a la atención integral según problemas de salud y dentro de ellas el curso 15 al estudio de las enfermedades gastrointestinales y bucodentales, correspondiendo el tema 3 a los tumores abdominales y cáncer de vías digestivas, representando el cáncer colorrectal la neoplasia más frecuente del sistema digestivo.

Por lo tanto, se coincide con Rojas en que el modelo educativo de la universidad, se puede decir que se sustenta en un rol activo-participativo de sus agentes, donde el estudiante es el constructor de un aprendizaje fundamentalmente, significativo y autónomo, el docente es un facilitador, guía y tutor de los procesos de enseñanza y aprendizaje y esta construcción del conocimiento está focalizada en la formación profesional e integral. (2022).

1.2- El aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal

Múltiples han sido los teóricos de la didáctica y la psicología como: González Maura, V. (1998), Bermúdez Serguera, R. Rodríguez Rebastillo, M. (2002) y González Serra, D.J. (2004) que han investigado lo relacionado con el diagnóstico contextualizado a la pedagogía, realizando importantes consideraciones acerca de este complejo proceso a partir de interpretaciones sustentadas en la teoría y derivadas del diagnóstico médico y psicológico.

Primeramente, debe interesarnos que este término proviene de la palabra griega “diagnosis” que significa conocimiento, pero ¿conocimiento de qué? Esto último es importante porque está muy extendido el hecho de relacionar al término con el conocimiento de enfermedades, así por ejemplo en el diccionario Aristos dice: “Conocimiento de los síntomas de una enfermedad”.

El Pequeño Larousse Ilustrado, plantea: “Dícese de los signos que permiten conocer las enfermedades... el diagnóstico indica el tratamiento de una enfermedad, calificación que el médico da de una enfermedad.” Con esto se evidencia la fuerte implicación que el diagnóstico tiene con la medicina, no obstante, resulta objeto de estudio no sólo de los médicos, sino de los sociólogos, psicólogos y pedagogos, entre otros especialistas.

En este sentido se hace necesario aclarar bien el apellido, o sea, no es cualquier tipo de diagnóstico. En este particular se refiere a la enseñanza del diagnóstico como contenido de la asignatura Medicina General Integral.

En la indagación realizada se detecta que muchos son los especialistas que definen lo que es diagnóstico, pero pocos son los que lo denominan, se asume que “el diagnóstico es un proceso continuo, dinámico, sistémico y participativo, que implica efectuar un acercamiento a la realidad con el propósito de conocerla, analizarla y evaluarla desde la realidad misma, pronosticar su posible cambio, así como proponer las acciones que conduzcan a su transformación y a su enseñanza en la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje.

La definición anterior brinda una concepción de diagnóstico, completa, abarcadora, actualizada, y redimensionada, en tanto comprende en sí misma, la caracterización, el

pronóstico y la estrategia encargada del cambio o transformación del objeto o fenómeno en cuestión.

Esta es la concepción que deberá darse paso en la práctica de estos tiempos, para erradicar la que todavía prevalece, cuyo carácter limitado y reduccionista, obstaculiza el logro de los resultados que en este sentido se esperan y se necesitan. El caso que ocupa en esta investigación está relacionado con el diagnóstico de cáncer colorrectal.

En el libro de Propedéutica Clínica y Semiología Médica el profesor Raimundo Llanio Navarro declara que el diagnóstico médico se refiere a la identificación o el conocimiento de la alteración del estado de salud del paciente, el juicio por el que se afirma la existencia de un proceso tórpido o enfermedad y destaca su importancia en la atención médica y su necesaria ejecución mediante el método clínico. (Llanio Navarro, R. 2004).

Se considera desde la teoría didáctica y psicológica que el diagnóstico médico es un proceso instrumental conformado por un sistema de habilidades que dominadas en forma consciente permiten, junto a los conocimientos y hábitos que se poseen, la identificación e interpretación de la alteración del estado de salud a partir del problema por el cual el paciente solicita la atención médica.

En él se incluyen instrumentaciones prácticas e intelectuales que precisan de una secuencia de etapas, que en la medicina clínica se estructuran en una dinámica de actuación que es el método clínico de la profesión.

De todo ello se deriva una relación objeto-sujeto, donde el proceso del conocimiento del fenómeno u objeto tiene varias fases. La primera es sensoperceptual, de observación, percepción activa y representación mental, realizada por los órganos de los sentidos, que aportan datos acerca de los aspectos externos concretos y de los nexos más o menos superficiales del fenómeno u objeto de estudio.

Es una etapa imprescindible, pero insuficiente que se puede denominar “empírica” porque lo que se capta viene dado por la experiencia sensorial.

En la segunda etapa, racional o del pensamiento teórico, se penetra en la estructura interna del objeto de estudio a partir del conocimiento transmitido por los órganos de los

sentidos, del conocimiento fenomenológico externo a lo esencial interno, mediante los procesos lógicos de análisis (del todo a las partes), síntesis (de las partes al todo), deducción (de lo general a lo particular), inducción (de lo particular a lo general), abstracción (destacar el aspecto esencial, prescindir de los aspectos no esenciales), y generalización, concepto abarcador de los rasgos comunes esenciales que caracterizan el objeto.

Estas dos primeras fases están unidas indisolublemente en el desarrollo del diagnóstico médico donde se discurre entre lo real concreto, determinación de síntomas y signos mediante el interrogatorio, el examen físico y conocimiento de la singularidad sociopsicológica del enfermo, a lo abstracto, precisión sindrómica y nosológica, topográfica, fisiopatológica, anatomopatológica, patogénica y etiológica y otros aspectos que particularizan el diagnóstico en cada paciente.

En la tercera fase, la concreto pensada, se transforman esas generalizaciones en objetos y fenómenos concretos en forma de verdades concreto conocidas, lo que permite actuar sobre la realidad mediante la práctica social transformadora, base, fin y criterio de la verdad, lo cual hace posible el conocimiento integral del objeto en su expresión fenomenológica y esencial.

Es a partir de aquí, de la hipótesis diagnóstica de la integridad, que se orientan los exámenes complementarios para su confirmación y se enriquece el conocimiento de lo real concreto.

En el diagnóstico médico se incluye la habilidad interrogar cuyo fin es la identificación de síntomas y su descripción; síntoma, palabra derivada del griego, que significa cualquier cosa que le sucede a uno, cualquier acontecimiento en la historia médica, una sensación anormal percibida por el paciente. (LLanio, N, R.2004).

Se debe señalar que este aspecto que pertenece a la entrevista médica es fundamental, dado que a partir de una buena entrevista se logra la obtención del máximo de datos de importancia para el diagnóstico, como refieren Blanco Aspiazú, M, A. (2010) y Moore, P. (2010).

Cada aparato o sistema tiene una serie de síntomas que el estudiante debe llegar a dominar, así como la secuencia de operaciones y las habilidades lógicas del

pensamiento aplicables en cada uno de ellos: identificar el síntoma, analizar el o los síntomas, distinguir propiedades esenciales, describir, comparar y valorar entre otros, para lo cual debe desarrollar además las habilidades comunicacionales en su relación con el paciente, a las cuales han dedicado sus investigaciones autores como Diez, E. (2010), Moreno Rodríguez, M.A. (2010) y Tejera Concepción, J, F. (2010).

Una vez que se ha logrado determinar los signos y síntomas, mediante el razonamiento clínico se establecen los síndromes, conjunto de síntomas y signos que se presentan de modo frecuente asociados y que pueden responder a diferentes causas. De su análisis se infieren diferentes enfermedades, mediante la elaboración y comprobación de hipótesis diagnósticas, para así arribar al diagnóstico definitivo, fin fundamental del diagnóstico médico.

El diagnóstico médico se puede contrastar mediante el diagnóstico diferencial, lo que permite en una forma lógica diferenciar situaciones de alteración del estado de salud parecidas pero que no son la que presenta el enfermo particular como una unidad bio-psico-social, a lo cual se suman las habilidades de indicación e interpretación de distintos estudios complementarios que ayudan al diagnóstico, siempre indicados a partir del razonamiento clínico.

Estas habilidades se organizan en un sistema y constituyen las ejecuciones necesarias, imprescindibles y obligatorias, denominadas invariantes funcionales para poder ejecutar el diagnóstico médico. La formación y desarrollo de las habilidades se puede comprobar mediante el control terminal o parcial a través de la evaluación de las invariantes funcionales, donde se determina su nivel de dominio y su integridad mediante indicadores tanto cualitativos como cuantitativos.

Toda habilidad constituye el dominio de la operación y la acción respectivamente, se desarrolla en la actividad e implica el dominio de las formas de actividad cognoscitiva, práctica y valorativa. Ella se reconoce cuando en estas ejecuciones se han logrado las siguientes cualidades: mayor grado de generalización, sistematización, síntesis de sus elementos componentes, independencia de la ejecución y eficiencia de esta, lo cual es de gran importancia en el diagnóstico precoz.

El diccionario médico define como diagnóstico precoz el empleo de los recursos clínicos y médicos necesarios, así como de las exploraciones complementarias para diagnosticar una enfermedad o deficiencia de forma temprana, en fase inicial. El diagnóstico precoz es muy importante en pacientes afectados de cáncer ya que si se diagnostica y se trata durante los primeros estadios de la enfermedad aumenta el porcentaje de curación.

En este particular el diagnóstico precoz engloba una serie de medidas para determinar en una población asintomática la presencia de alguna enfermedad potencialmente grave. Castañeda D (2018). En esta investigación se asume la definición anterior teniendo en cuenta su relación directa con la temática investigada.

J.J. Viñes (2007) refiere que en las décadas entre 1.990 a 2.010 es donde se viene produciendo un cambio sustancial de las actuaciones médicas, concurriendo en ellas la evidencia científica y la prevención individual de las enfermedades en el ámbito del ejercicio profesional. Se ha incorporado a la asistencia clínica la prevención de las enfermedades crónicas a través de la detección precoz en personas asintomáticas, con el deseo de predecir las enfermedades, y en consecuencia, intervenir médicamente en estadios en los que anteriormente no eran reconocidas las enfermedades, las deficiencias o los estados de riesgo de enfermar.

Es la prevención secundaria de las enfermedades, por medio de la realización de pruebas diagnósticas en personas sin enfermedad, pensando que tales pruebas van a rendir en el diagnóstico del mismo modo que en las personas enfermas.

En este orden de ideas se destaca la importancia del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal en la actualidad es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Se estima que en general se diagnostican más de un millón de personas por año con esta patología y alrededor de 608 mil mueren debido a él.

El cáncer colorrectal es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo y uno de los tumores de mayor incidencia y mortalidad. Tema que ha sido objeto de estudio de

autores como: D Retamal MJ Fullerton D 2005, Jackson-Thompson J Ahmed F German Lai SM Friedman C 2006.

Investigaciones epidemiológicas realizadas en varias partes del mundo indican una mayor incidencia de cáncer colorrectal en poblaciones de países industrializados en los cuales la dieta promedio consta esencialmente de gran consumo de carne, grasa animal e hidratos de carbono refinado y, a la vez, pobre en fibra dietética, la cual es denominada dieta occidental.

Estimaciones recientes señalan que el cáncer colorrectal es la tercera neoplasia en orden de frecuencia en la población mundial y representa el 15 % de todos los nuevos tipos de cáncer.

Autores como: Felipe Piñol, (2016), Manuel Eusebio Paniagua (2016). Nery González (2016) plantean que en los países occidentales el cáncer colorrectal es la cuarta neoplasia más frecuente en los hombres, y la tercera en las mujeres.

En el continente americano, el cáncer colorrectal tiene una alta prevalencia en Canadá, EE.UU., Uruguay y Argentina, aunque Chile, Brasil y también algunos países del Caribe presentan cifras no despreciables.

En los países asiáticos y africanos se reportan las tasas de incidencia más bajas en el mundo. Según reportes de estudios realizados en varias regiones del planeta en cuanto a la localización anatómica del cáncer del intestino grueso, se observa que desde la década de 1970, comienza a predominar más en el colon que en el recto, contrario a como ocurría anteriormente.

La causa de este cambio de frecuencia es desconocida, sin embargo, en alrededor del 10 % de los casos y el 80 % de los fallecimientos por cáncer de intestino grueso se localizan en el colon. No obstante, estudios más recientes en los últimos veinte años demuestran un desplazamiento del cáncer colorrectal hacia el colon derecho, altamente significativo en pacientes con cáncer colorrectal hereditario, y hacia la región rectosigmoidea, en pacientes con cánceres esporádicos.

El cáncer colorrectal en Cuba es causa importante de morbimortalidad. Según resultados expuestos en el anuario estadístico del 2011 se informan 2000 defunciones

por cáncer de colon, excepto el recto, para una tasa de 17,8 por cada 100 000 habitantes

En Sancti Spíritus en el periodo de 2014-2018 la mayor tasa de incidencia de cáncer colorrectal se reportó en 2016 con 28,73 por 100000 habitantes, encontrándose por encima de los reportes cubanos. Albriza Sotomayor L (2022)

El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal aumenta de forma significativa después de los 40 años, según se reportan en estudios epidemiológicos realizados en diferentes partes del mundo, donde se confirma que más del 90 % del cáncer colorrectal se produce en personas mayores de 50 años.

Sin embargo, una persona de 50 años tiene una probabilidad del 5 % de desarrollar cáncer colorrectal si sobrevive hasta los 80 años y un riesgo del 2,5 % de fallecer por la enfermedad. No obstante, el cáncer colorrectal esporádico se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida, por lo que debe ser considerado en personas jóvenes con síntomas y signos de la enfermedad.

Otros factores causales que predisponen al cáncer de colon son: los antecedentes étnicos o raciales, los adenomas, el carcinoma previo, enfermedades predisponentes (enfermedad inflamatoria intestinal) y antecedentes familiares, la obesidad, la diabetes mellitus, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el sedentarismo o la inactividad física y la edad

Se pronostica que el incremento en su tasa de incidencia en América Latina no cesará, principalmente a causa del estándar de vida de las personas (un estilo de vida más sedentario y hábitos de alimentación no saludables).

El envejecimiento de la población también tendrá un papel a desempeñar en el aumento de las tasas de incidencia, estimándose que más de 100 millones de personas mayores de 60 años estarán vivas en América Latina y el Caribe para el año 2025, lo cual favorecerá la aparición de más casos.

Muchos factores se interponen en el diagnóstico precoz y el tratamiento a tiempo del cáncer colorrectal en Latinoamérica, incluyendo la relativa falta de especialistas y una infraestructura aún insuficiente del sistema de salud. La infraestructura actual, en

muchas zonas de Latinoamérica, a menudo carece de la capacidad para ofrecer tamizaje, quimioterapia y cirugía para todos los pacientes de manera oportuna.

El nivel de concientización sobre el cáncer colorrectal necesita estar más ampliamente difundido en el público para que las personas acudan a someterse a tamizajes preventivos, procuren atención médica ante el primer signo o síntoma y estén bien informadas durante todo el proceso de su tratamiento.

Deben tener acceso a información fácil de comprender sobre todas sus opciones de tratamiento, incluyendo los potenciales efectos secundarios y tasas de respuesta. Armados con esta información, los pacientes estarán más capacitados

Existen claras evidencias de los beneficios del diagnóstico precoz. La U.S. Preventive Services Task Force recomienda fuertemente desde el año 2002 el rastreo a partir de los 50 años en los individuos con riesgo habitual, utilizando pruebas anuales de sangre oculta en materia fecal (SOMF), sigmoidoscopia cada 5 años o la combinación de ambas.

Si la SOMF resultara positiva debería ser seguida por una colonoscopia. En fecha reciente e integrando un consenso de sociedades, la American Cancer Society (ACS), se pronuncia de un modo más abarcativo e innovador.

Recomienda utilizar de un modo prioritario, cuando se cuente con los recursos, pruebas capaces de detectar pólipos y cáncer tales como: sigmoidoscopia flexible, colonoscopia, colon por enema con doble contraste y colonoscopia virtual. Deberían efectuarse cada 5 años, a excepción de la colonoscopia (cada 10).

En segundo orden y con la posibilidad de detectar sólo cáncer, recomienda con frecuencia anual la prueba tradicional de SOMF o alguna de sus variantes inmunoquímicas. Con un intervalo de repetición incierto recomienda también la determinación de pruebas de ADN en materia fecal.

Se calcula que de implementarse rutinariamente en una población, la reducción esperada de la mortalidad específica por CCR sería del orden del 18 al 30% según el método de rastreo empleado.

Para diseñar un programa de prevención de CCR se debe tener en cuenta la perspectiva del financiador, la de los médicos participantes y la de los pacientes potencialmente beneficiados. El análisis de estos tres puntos contribuirá finalmente al éxito de dicho programa.

Los financiadores de la salud (sistema público, obras sociales o privados) en Argentina parecen contar con un mandato o decisión política establecida en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica promoviendo en forma generalizada la utilización de procedimientos de rastreo de CCR en adultos mayores de 50 años.

Los médicos, por su parte, parecen dudar y estar mal informados, de acuerdo con el estudio de Krajewski y col. Al estudiar a los internistas de un Hospital Universitario de Buenos Aires describen que el 26.1% no indica regularmente el rastreo de CCR y un 46.3% lo recomienda sólo a individuos con riesgo incrementado por su historia familiar.

Con respecto a los pacientes, poco se conoce sobre su actitud frente a los procedimientos de diagnóstico precoz. Puede estar influenciada por sus conocimientos con respecto a la enfermedad y sus métodos de diagnóstico, las creencias y barreras percibidas tales como vergüenza, miedo y dificultades de implementación.

También, y en especial en comunidades latinas de EE.UU., se ha señalado que el fatalismo y religiosidad podrían actuar como una barrera condicionando las decisiones.

En la actualidad, se tienen identificados claramente ciertos factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. La historia familiar es uno de los más fuertes, y se sabe que aproximadamente el 5 % de todos los pacientes con cáncer colorrectal tienen síndromes hereditarios, poliposis adenomatosa familiar o cáncer de colon hereditario sin poliposis (síndrome de Lynch), y otro 20 % tiene historia familiar, no asociada a ningún síndrome hereditario.

El primer grado de consanguinidad se asocia a un aumento de aproximadamente dos veces el riesgo, comparado con el de la población general. En relación con los trastornos metabólicos, los diabéticos han mostrado constantemente tener 30 a 50 % más de riesgo de cáncer colorrectal, en comparación con los no diabéticos, al igual que los pacientes obesos tienen un aumento de dos a tres veces el riesgo, en relación con los que están bajos de peso o con peso normal.

Las enfermedades inflamatorias del intestino, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa, se han asociado con un mayor riesgo de carcinoma colorrectal, dependiendo de la duración y gravedad. Los pacientes con acromegalia tienen dos a cinco veces más riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

Los factores dietéticos que se han asociado con un aumento del riesgo relativo, son la alta ingestión de carnes rojas y la baja ingestión de folatos, fibra, frutas, vegetales y calcio. Incluso en pacientes con diagnóstico establecido de cáncer de colon, tratados con cirugía y quimioterapia adyuvante (estadio III), se ha determinado que seguir una dieta occidental se relaciona con un riesgo mayor de recurrencia y mortalidad.

Otros factores del estilo de vida relacionados con aumento del riesgo son la ingestión excesiva de alcohol y el tabaquismo. Es bien sabido que en enfermedades como el cáncer colorrectal, con su reconocida secuencia de adenoma-displasia- carcinoma, la tamización tiene un papel fundamental, ya que permite la detección de las formas pre neoplásicas para prevenir o detectar la enfermedad en estadios tempranos y así buscar la curación.

El test de sangre oculta en heces es la única prueba de tamización que ha demostrado una ventaja en la supervivencia, en los diferentes estudios. Por lo menos en cuatro el test casero de sangre oculta en heces reduce el riesgo de mortalidad por cáncer colorrectal en 15 a 33 %.

La colonoscopia parece ser la prueba de tamización más efectiva, pero la de mayor riesgo también, comparada con otras. Sin embargo, aún no se han hecho estudios de asignación aleatoria para caracterizar a la colonoscopia como medio primario de tamización. En el National Polyp Study, se demostró una reducción de 75 a 90 % del cáncer colorrectal, en pacientes con poliposis conocida y que se sometieron a la resección completa de esos pólipos utilizando este examen para la detección de los pólipos.

La sigmoidoscopia también ha mostrado una reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal en tres estudios de casos y controles, y en una pequeña prueba aleatoria. Actualmente, se están realizando dos estudios para observar la eficacia de la sigmoidoscopia como herramienta primaria de tamización.

Sin embargo, algunos estudios han demostrado que 1,5 a 2,6 % de los pacientes con una sigmoidoscopia flexible negativa, tienen una lesión avanzada (adenoma mayor de un cm o cáncer) no vista.

La mayoría de las organizaciones recomiendan diferentes opciones para la tamización del cáncer colorrectal, más que un test estandarizado; éste debe iniciar a los 50 años para pacientes con riesgo promedio.

La tamización inicial se hace con la prueba de sangre oculta en heces y debe repetirse cada año. Para pacientes con historia familiar de un pariente en primer grado, la primera tamización con colonoscopia debe hacerse a los 40 años, o 10 años antes de la edad del pariente diagnosticado más joven, y a partir de allí, cada cinco años.

1.3- El proceso de enseñanza aprendizaje en las ciencias médicas. El especialista en Medicina General Integral

La enseñanza de la Medicina comienza en Cuba en 1726. Durante el período colonial estuvo caracterizada por el uso de métodos metafísicos y una total dicotomía entre la teoría y la práctica.

En el transcurso de los siglos XVIII y XIX se hicieron reformas con cambios curriculares y la inclusión de nuevas asignaturas y de 1902 a 1958 se diseñaron varios planes de estudio caracterizados por el cientificismo y el enciclopedismo, formando un médico para la práctica privada con enfoque individualista y biologista. (Delgado, G, G.2005).

Con el triunfo de la Revolución en 1959 se produce un cambio radical, se proclama la salud como un derecho del pueblo y deber del Estado, asignando a la atención médica un carácter gratuito y una orientación preventivo-curativa con énfasis en los aspectos profilácticos. En el año 1960 se incorporaron a la Organización de Salud Pública en Cuba los hospitales relacionados con la docencia del alumno, creándose la comisión de docencia.

El nivel de atención primaria en la década del 60 en Cuba, con el modelo del Policlínico Integral logró la participación de la comunidad en algunas tareas para mejorar el estado de salud de la población, en esta etapa se aplicaban programas básicos de salud personal y ambiental, con atención médica por médicos generales sin formación

académica de postgrado y especialistas provenientes de hospitales que ofrecían consultas externas en el Policlínico.

Los programas de salud ambiental se empleaban de manera vertical.

En la década del 70 estas acciones se aumentaron y extendieron con una mayor participación de la población en la identificación y solución de sus propios problemas de salud con el modelo de la medicina en la comunidad que se inicia en el Policlínico Docente Alamar en 1974.

Luego se extiende a todo el país, con profesores a tiempo completo de Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psicología y a tiempo parcial los de otras especialidades y con residentes que cursaban el primer año de las 3 primeras especialidades básicas en la comunidad.

Este modelo comprendía atención integral, sectorizada, dispensarizada, continuada, regionalizada, en equipo y con participación de la comunidad organizada. Se aplicaban programas integrales de salud dirigidos a embarazadas, niños, adultos y al ambiente. Por vez primera se convertía el Policlínico en un centro de docencia médica superior con profesores y alumnos de pre y postgrado.

En la década de los 80 se inicia el Programa del médico y la enfermera de la familia, que basa la atención en la familia y sus integrantes y aplicando un programa de salud integral a la misma. Surge la especialidad de Medicina General Integral por iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro, en el año 1983, iniciándose en Cuba la formación de estos especialistas.

Este programa no tenía antecedentes en el país, pero si existían formas parecidas de atención médica en otras partes del mundo con bases sociales cualitativamente diferentes.

La especialidad de Medicina General Integral se fundamenta en los principios básicos de nuestra Salud Pública y en especial los referidos al predominio del enfoque preventivo a la salud, involucrando la participación activa de la población en la identificación y solución de sus propios problemas.

Así puede plantearse que se constituye en la especialidad efectora de los servicios en la Atención Primaria de Salud.

La especialidad está diseñada bajo directrices que le confieren un perfil amplio, permite que el especialista desarrolle su quehacer profesional tanto en agrupaciones humanas de grandes dimensiones como la comunidad y el conjunto de familias que la integran, como en otros grupos poblacionales de instituciones educacionales y centros laborales.

Esta especialidad tiene como una de sus premisas fundamentales, que la comunidad se transforme en su verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud, que las modificaciones en los perfiles de salud-enfermedad sean el resultado no solo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de un modo de vida más sano.

Para el logro de este propósito los fundamentos teóricos y prácticos de las ciencias sociomédicas deberán constituirse en sus herramientas de trabajo cotidiano, no para devenir en experto de ellas sino para ser cada día mejor médico.

Por estas razones, la formación del especialista requiere que el personal docente encargado de las mismas tenga una visión realmente integradora.

El plan de estudio de la especialidad considera el enfoque integral de la medicina como centro de la formación al establecer la relación comunidad-familia-individuo a todo lo largo del currículo, sin permitir que las particularidades de otras ciencias y disciplinas suplanten su esencia misma. (Márquez Nidia, Alemañy Eduardo, Tareaux Niurka.2019)

Cualquiera que sea su puesto de trabajo el especialista devendrá en el “Guardián de la Salud” dentro del contexto social que le corresponda, al aplicar en él de forma integral, acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.

Estructura del plan de estudios

El contenido del programa está planteado bajo el sistema de cursos concretándose en siete áreas, relacionadas con el objeto de trabajo y estudio, derivadas de la función rectora del sistema de la atención médica integral. Se definieron objetivos generales y por años, además de competencias y habilidades.

Cada área, se divide en cursos y a su vez cada uno se fragmenta en unidades temáticas. El curso se conceptualiza como la estructura didáctica multidisciplinaria.

Se definieron 33 cursos, de ellos 29 corresponden a la función de atención médica, uno a la de dirección, uno a la investigativa, una a la docente y uno a la función especial. Se planifican tres rotaciones en los hospitales de cinco semanas cada una, en diferentes años de la formación.

Al culminar los años de residencia, se realiza un examen estatal que certifica que el graduado estará apto para ejercer como Especialista de 1. Grado en Medicina General Integral. Siendo sus objetivos generales.

- Promover acciones de salud que contribuyan al mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, con énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
- Desarrollar acciones que propicien cambios positivos en la Integración Social del individuo, la familia y la comunidad.
- Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
- Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
- Garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, mediante la integración y aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social.
- Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, dirigida a las personas con discapacidad y factores de riesgo de padecerla.
- Contribuir a la formación de profesionales y técnicos de la salud a partir de una concepción ético-humanista de la profesión médica, la formación y desarrollo de valores, junto a una sólida preparación científica - técnica.
- Desarrollar investigaciones, fundamentalmente a partir de los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad. (MINSAP, año)

Estrategia docente

La estrategia docente está encaminada a garantizar que el residente satisfaga el sistema de objetivos del programa de formación.

Se propone como organizar el proceso docente, dónde llevarlo a cabo, cuales son las tareas de enseñanza y aprendizaje, lugar que ocupan los residentes y sus profesores, que nexos existen entre los componentes personales del proceso de enseñanza aprendizaje, cómo realizar la evaluación de la competencia de los residentes, así como los principios generales del Examen Estatal y del Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE).

El proceso docente tiene como propósito esencial lograr un conjunto de transformaciones en la personalidad del educando involucrado en dicho proceso. Estas transformaciones se refieren a la adquisición, el desarrollo y la reorganización de los conocimientos, habilidades, competencias, hábitos, convicciones, actitudes y rasgos de la personalidad.

Los elementos de la personalidad se estructuran en modos de actuación que caracterizan a cada individuo como persona.

La ubicación de los residentes en los consultorios del médico y enfermera de la familia, debe ser coordinada entre las facultades y las direcciones municipales de salud, para garantizar que el número de residentes de un Grupo Básico de Trabajo no exceda al 50% de los consultorios.

Se valora que la formación de los tres años se realice en el mismo consultorio para poder garantizar el desarrollo de habilidades sobre todo aquellas relacionadas con la dispensarización y el Análisis de la Situación de Salud.

Principios científico pedagógicos para la formación del Especialista en Medicina General Integral

□ La formación del residente se desarrolla fundamentalmente en las actividades de educación en el trabajo con la presencia de profesores de los Grupos Básicos de Trabajo y de otros del Departamento de MGI de las Facultades, la visita de estos será en intervalos de tiempo dependientes de las necesidades docente-asistenciales, con una frecuencia mínima de una vez a la semana.

□ La combinación del Estudio y el Trabajo: se concreta con el aprendizaje en el servicio, como actividad docente-asistencial-investigativa, actividad que se realiza en un consultorio médico en la comunidad, en el policlínico y en el hospital.

□ El residente es el sujeto y agente de su propio aprendizaje, debe tener independencia cognoscitiva, creatividad en la actuación y tomar decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas de salud y en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

□ Énfasis en el aprendizaje: al médico residente le corresponde desempeñar un papel activo, consciente, a través de la actividad docente-asistencial-investigativa, mediante el enfrentamiento sistémico y sistemático con los problemas de salud de la población, con los problemas del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ambulatorias y con los problemas psicológicos y sociales de las familias.

□ Cambios en la función didáctica del profesor: al desplazar el énfasis del proceso docente de la enseñanza hacia el aprendizaje, de la dependencia a la independencia, cambia radicalmente la función del profesor, dejando de ser la fuente básica y a veces única del saber y del hacer, deja de ser el mediador o transmisor de la información para convertirse en un orientador, en un organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje.

Es un regulador de la estrategia y del ritmo del sistema de enseñanza y aprendizaje.

□ Cambios en los métodos de enseñanza-aprendizaje: el proceso debe desarrollarse reduciendo al mínimo los métodos memorísticos, reproductivos para dar paso a los métodos de búsqueda, heurísticos y productivos.

Aplicando el método problémico y estrategias que desarrollen los procesos lógicos del pensamiento, así como el carácter original y creador, al igual que el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones.

□ Cambios en la evaluación educativa: se debe evaluar la actuación del residente en las condiciones de aprendizaje en servicios durante las actividades inherentes a su perfil profesional. Se trata de valorar como el residente integra los procesos

cognoscitivos y el hacer en la actuación profesional real y concreta, como se desarrolla su competencia médica.

Elementos esenciales del proceso docente-educativo:

- La educación en el trabajo mediante la integración de las actividades asistenciales, investigativas, administrativas y docente-educativas.
- La autopreparación y autoevaluación del residente.
- El papel orientador, controlador y evaluador de los docentes.

Componentes personales del proceso enseñanza aprendizaje: el educando (residente) y el profesor

El residente; es un profesional que está en condiciones de decidir su sistema de trabajo, autoevaluar el desarrollo logrado en sus modos de actuación, su correspondencia con los objetivos del programa, determinar aquellos sobre los que necesita una atención particular del docente y otros que responden a sus intereses profesionales y científicos.

Como miembro del Grupo Básico de Trabajo (GBT), desempeña todas las tareas que le competen de acuerdo al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, Reglamento de Policlínico así como lo establecido en el Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias Médicas.

La relación del profesor y el residente tiene un carácter tutelar, mediante contactos directos (semanal) y en las actividades académicas colectivas.

El residente se apropiará de los conocimientos y habilidades inherentes a la especialidad mediante las siguientes actividades docentes asistenciales: consultas, interconsultas, visitas de terreno, guardias médicas, visita a los pacientes con ingreso en el hogar, discusión de problemas de salud, análisis de la situación de salud, reuniones clínico- radiológicas y clínico-epidemiológicas, discusión de fallecidos, seminarios de actualización, entre otras.

El conocimiento de la función de investigación se adquiere desde el punto de vista teórico mediante el Curso de Metodología de la Investigación y las habilidades prácticas

de los modos de actuación de esta función, como las de dirección y docencia, se adquieren mediante cursos y de forma sistemática e interrelacionadas con la función asistencial durante el proceso de formación.

Personal docente:

La formación del especialista en MGI es responsabilidad del Departamento de MGI de las facultades, donde están los profesores del GBT del Policlínico, además de otros profesores interconsultantes de especialidades no básicas y los que están a cargo de su atención en los servicios hospitalarios por donde realizan las rotaciones previstas en el Programa.

Planificación y desarrollo de la Residencia:

Las Facultades, a través de sus Dptos. Docentes de MGI, tienen la responsabilidad de gestionar con calidad el cumplimiento del Programa de la Residencia, en coordinación con los jefes de GBT y el responsable de la docencia en cada policlínico, con la aprobación del Director de éste.

La guardia médica, se realiza con una periodicidad semanal y un fin de semana en el mes como mínimo, en el Policlínico o en el Hospital durante las estancias establecidas en el Programa. Los horarios de la guardia estarán en correspondencia con la organización del servicio.

Se establecen como actividades académicas colectivas: discusión de casos, talleres de actualización, discusiones grupales, seminarios integradores, conferencias de actualización, trabajos de revisiones bibliográficas, entre otras; las cuales se desarrollan con carácter semanalmente en las cuatro horas destinadas para docencia directa profesor residente.

Los departamentos de MGI de las facultades tendrán la responsabilizar de controlar el proceso docente educativo integral e intercambiar con el GBT el seguimiento de la formación.

Los cursos definidos para cada año de: Genética, Situaciones Especiales, Electrocardiograma (EKG), Medicina Natural y Tradicional (MNT), se desarrollan según la planificación docente de las facultades y en coordinación con los profesores de los GBT, la evaluación final de cada curso será mediante trabajo de revisión bibliográfica con discusión colectiva grupal.

Las rotaciones hospitalarias se realizan a tiempo completo, durante cinco semanas una en cada año de formación, la evaluación final de éstas se realizará mediante la asistencia y puntualidad del residente, el cumplimiento de las habilidades según el programa descrita en tarjeta de habilidades.

La calidad de las tareas orientadas en los servicios, la participación en actividades docentes como pases de visita, discusión de casos, clínicas patológica y/o radiológicas, discusión de casos; el subdirector docente de cada institución al finalización la rotación

entregará al departamento de MGI de cada facultad la evaluación final e integral de cada residente, de considerarse no aprobada esta rotación se reprogramará previa discusión con el Jefe del GBT y subdirector del Policlínico.

La rotación en Ginecología y Obstetricia, corresponde al primer año se realizará de la forma siguiente: una semana en servicios de Neonatología, una en Sala de Cuidados Perinatales, una en Salón de Parto, una Sala de Gestantes con enfermedades asociadas (DM, HTA, etc) y una semana en la sala de puérpera.

La guardia el residente la realizará en el servicio que esté rotando y en las dos semanas de salas (gestantes y puérperas) la realizaría en el Cuerpo de Guardia.

La rotación en Pediatría, se realiza en el segundo año con: cinco semanas, tres en los diferentes servicios de los Hospitales Pediátricos, una en la Sala de Cirugía Pediátrica y una semana en Cuidados Intensivos (unidad cerrada). La guardia se realizaran tres en el Cuerpo de Guardia, una en urgencias quirúrgicas y una en unidad cerrada de cuidados intensivos.

La rotación en Medicina Interna, se realiza en el tercer año, con: cinco semanas, una semana en Cuidados Intensivos, una en sala de Cirugía y tres la sala de medicina interna una de ellas, a de ellas con énfasis en la atención al adulto mayor (Geriatría). Las guardias las realizará en los servicios de urgencia y emergencia, de estas dos en cirugía y tres en medicina interna.

Los Cursos 26 y 27 relacionados con el Área de Urgencias, de las cuatro semanas de cada uno, se planificará una de cada curso en el área hospitalaria en servicios específicos para urgencia y emergencias, de lunes a sábado (44 horas semana) a tiempo completo, previa coordinación del departamento de MGI de las Facultades, el Jefe del GBT y el Director del Policlínico.

No realizara guardia en ese servicio hospitalaria durante la semana, realizando la planificada en el policlínico. Esta semana no debe ser consecutiva de las cinco semanas de rotación hospitalaria que le corresponde en el año.

El residente como parte de su formación debe garantizar la dispensarización a la totalidad de sus familias así como la elaboración del Análisis de la Situación de Salud

al culminar cada año y será una actividad determinante para presentarse al examen de promoción.

Aspecto que debe ser evaluado por los profesores para su examen de promoción; en el caso del Análisis de la Situación de Salud al culminar el primer año el residente debe llegar hasta la definición de los problemas, en el segundo año realizará la intervención y en el tercer año la reevaluación del impacto de éstos.

El Curso Metodología de la Investigación que se desarrollará durante toda la especialidad a lo largo de los tres años; la evaluación de éste se realizará mediante el cumplimiento de las diferentes tareas investigativas por años: en el primero debe determinar el tema siempre en correspondencia con líneas de investigación del Policlínico donde labora.

La elaboración del protocolo, su discusión y aprobación en el Consejo Científico de la Institución.

Al culminar el segundo debe tener al menos el 70% de las tareas investigativas según el cronograma así como la presentación ante un tribunal de profesores del GBT con oponentes para determinar las debilidades para su posterior defensa como parte del examen estatal.

En el tercer año culmina su investigación dando respuesta a las debilidades antes definidas, la culminación es la defensa ante un tribunal como ejercicio final de Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE), que se evaluará como parte de su ejercicio final.

Los profesores y tutores velarán por la pertinencia de los temas de Trabajo de Terminación de la Especialidad de modo que este responda a los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud de su Consultorio.

El Curso de Administración, se evaluará según la opinión de los profesores de los GBT, de la gestión de las acciones realizadas en el consultorio como coordinar del equipo básico de salud, la planificación de las actividades y su participación activa en otras tareas definidas por los profesores.

Curso de Pedagogía, tendrá como evaluación final, un trabajo de revisión bibliográfica, donde se aborde componentes pedagógicos y didácticos relacionados con la formación en ciencias de la salud.

El residente, debe aprobar como mínimo un curso de Idioma, sin embargo, debe alcanzar de forma obligada el de Inglés en el nivel B-1, según la norma Europea.

Sistema de evaluación

El Sistema de Evaluación está integrado por evaluaciones de los cursos, de promoción y de graduación (estatal).

La evaluación de los cursos incluye las formativas y sistemáticas de las actividades académicas y de Educación en el Trabajo, además del cumplimiento de la jornada laboral, la disciplina, la asistencia a las reuniones de los GBT y al cumplimiento de las habilidades las que se reflejan en la tarjeta de evaluación, además de las correspondientes a las actividades docentes presenciales.

La evaluación de promoción incluye el examen de pase de año teórico y práctico al finalizar cada curso académico, que mide los conocimientos, habilidades y otros criterios relacionados con la fundamentación de su quehacer, la independencia y generalización alcanzada por el residente en el año que transita tomándose en consideración lo declarado en el modelo del profesional.

La aprobación de la tarjeta de evaluación y el examen de pase de año es requisito indispensable para ser promovido al año siguiente. Previo análisis de los profesores del cumplimiento de los procesos de dispensarización y del análisis de la situación de salud.

Se estipula un mínimo de treinta (30) días entre el examen de promoción del último año y el examen estatal final.

El Trabajo de terminación de la Especialidad, será una investigación relacionada con un problema de salud identificado en el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad, evaluando el impacto de las acciones realizadas durante los años de la especialización.

Para presentarse al examen estatal debe presentar el certificado del nivel alcanzado de Idioma Inglés con un mínimo del Nivel B-1, según el marco Europeo.

El Examen Estatal, se realizará al finalizar los tres años de la especialidad, evaluando los conocimientos y habilidades correspondientes a la totalidad de los cursos y tendrá los siguientes componentes:

- Evaluación satisfactoria de la tarjeta de habilidades.
- Aprobación de todos los cursos y rotaciones.
- Presentar ante un Tribunal Estatal aprobado por el Rector de la Universidad, la investigación como Trabajo de Terminación de Tesis (TTR), además de la demostración de competencias para el desempeño, mediante un examen teórico (oral o escrito) y práctico.

La distribución de la evaluación se realizará de la siguiente manera:

Tarjeta de Evaluación: 30 puntos.

Examen Teórico: 30 puntos.

Examen Práctico: 30 puntos.

TTE: 10 puntos.

MODELO DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

El modelo del especialista está dado por la caracterización del graduado y perfiles del egresado.

- Caracterización del Graduado.

El modelo del profesional especialista de primer grado en Medicina General Integral, permite un graduado con una adecuada concepción científica del mundo, actuar desde las posiciones de los intereses de la sociedad y en función de la satisfacción de las crecientes necesidades de salud del pueblo.

Capaz de trabajar en equipo de conjunto con la enfermera, y con el resto de los miembros del equipo básico de salud, e integrantes del Grupo Básico de Trabajo, además de interactuar con otros profesionales y especialistas del nivel hospitalario aportando la fortaleza de la especialidad, expresada en su capacidad abarcadora,

generalizadora e integradora en la valoración y transformación de la salud del individuo en su contexto familiar, comunitario y social.

Estará apto para aprender por sí mismo, en forma activa y permanente, durante su vida profesional, desarrollando capacidades para la obtención de información de diferentes fuentes: la observación objetiva, el razonamiento lógico y el juicio crítico al estudiar y evaluar la realidad profesional y social, al igual que al revisar la literatura y otras informaciones disponibles.

Será preparado para vincular su actividad profesional con actividades de docencia, investigación y dirección, aplicando los elementos básicos acerca de la informática, la investigación, la estadística y la epidemiología.

Dominará el idioma inglés, que garantiza su comunicación y su superación científica, correspondiente con un Nivel B-1, según las normas del marco europeo.

Deberá tener la capacidad suficiente para afrontar las exigencias del trabajo en la especialidad, en su labor en el consultorio así como la atención de los pacientes en sus domicilios y en salas de hospitalización.

Tendrá comprensión de los problemas sociales, políticos y económicos que afectan al país y al mundo, así como alternativas de solución que beneficien a los sectores populares.

Actuará siempre en beneficio del paciente, su país y la humanidad. Respetará en todo momento la integridad e intereses del paciente, manteniéndolo informado, así como a sus familiares, de su evolución, asimilando sus criterios para una decisión compartida, tomando en cuenta sus creencias, costumbres y valores.

Procurará una actuación eficiente, evitando realizar investigaciones o procedimientos superfluos e innecesarios, a veces riesgosos o de beneficio dudoso.

Considerará la relación costo beneficio, optando en igualdad de beneficio por la alternativa de menor costo, en las decisiones de conducta y tratamiento.

Será aplicado, organizado, responsable y disciplinado en el desempeño de las tareas preventivas, asistenciales, docentes, científico investigativas y de dirección

manteniendo su prestigio profesional para dirigir y exigir al resto de los miembros del equipo básico de salud.

Sus cualidades personales esenciales serán: creatividad, comunicación, habilidades manuales para el desarrollo de los procedimientos propios de la especialidad; buena presencia (apariencia); ser audaz, cauteloso, prudente, capacitado para el análisis rápido, ecuánime, observador, curioso, perseverante y seguro en la toma de decisiones, así como tener orientación vocacional bien fundamentada.

Evaluará integralmente a las personas en su entorno familiar, en cualquier estadio de la vida y velará con esmero y satisfacción por su calidad de vida. Poseerá la honestidad y confiabilidad que garanticen la emisión correcta de recetas médicas así como otros documentos médicos de carácter legal.

Conclusiones del capítulo

De acuerdo con lo declarado acerca de la educación médica, el proceso de enseñanza-aprendizaje, el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal y el diseño de especialidades, esta triada se sustenta sobre la base de formar un profesional médico de perfil amplio, dotado de una profunda formación básica, que le permita brindar una respuesta primaria en el eslabón de base de la profesión para poder resolver con independencia los problemas más generales y frecuentes que se presentan en su objeto de trabajo.

CAPÍTULO 2. PRINCIPALES RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo se estructura en tres epígrafes, el primero presenta la operacionalización de la variable, y los principales resultados del diagnóstico. El segundo epígrafe es contentivo de las tareas docentes como propuesta de solución y el tercer epígrafe muestra la evaluación de la puesta en práctica de la propuesta.

2.1 Definición y operacionalización de la variable. Principales resultados del diagnóstico

A partir del análisis realizado se pudo definir y operacionalizar la variable que se pretende transformar y ser evaluada en los estudiantes. Sobre esta base se orientan tareas docentes como propuesta de solución al problema.

Las tareas docentes deben propiciar el análisis, la reflexión, el debate, el intercambio de saberes y el interés de los especialistas por el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Variable operacional: nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Se entiende por nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes como: el resultado que se alcanza de manera escalonada por parte del estudiante en cuanto al conocimiento que se adquiere, concebido como un proceso continuo, dinámico, sistémico y participativo, que implica efectuar un acercamiento a la realidad con el propósito de conocerla, analizarla y evaluarla, pronosticar su posible cambio, así como proponer las tareas que conduzcan a su transformación y a su aprendizaje en la dirección de su proceso.

Nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, en los residentes en la presente investigación se estructura en dos dimensiones: cognitiva y comportamental.

Dimensión Cognitiva

Elementos teóricos que expresan el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Indicadores

- 1.-Dominio de los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico.
- 2.-Dominio del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente.
- 3.-Aprendizaje del enfoque integral del proceso de diagnóstico mediante la activación regulación, la significatividad y la motivación.

Dimensión comportamental

Expresión práctica de acciones que evidencian el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Indicadores.

- 1.- Identificación integral de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación.
- 2.- Demostración práctica de la realización diagnóstica
- 3.- Demostración del carácter personalizado del diagnóstico

Principales resultados del diagnóstico

Guía de análisis de los documentos (anexo 1)

- El estudio realizado arrojó que en la R/M 140/2019 se justifica la Educación de Posgrado para la República de Cuba y se establecen todas las disposiciones para la impartición de cursos como es el de Enfermedades gastrointestinales y bucodentales.
- En el tema revisado se orienta dar tratamiento a tumores abdominales y cáncer de vías digestivas
- Se realizó un análisis crítico al programa de la asignatura que propició la reestructuración del programa.

- Se determinó que en el programa de estudio de la Especialidad de Medicina General Integral se ofrecen posibilidades para el tratamiento de la temática de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal desde los contenidos del programa.
- Se determinaron los contenidos que integran de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
- En las orientaciones metodológicas del programa del curso existen carencias en cuanto a las temáticas relacionadas con el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Guía de observación científica (anexo 2)

En cuanto a los contenidos relacionados con las técnicas de diagnóstico (indicador 1), se pudo constatar que 7 estudiantes tienen poco dominio de los términos básicos, lo que representa el 87,5 %, y solamente 1 estudiante domina algunos términos fundamentales, para un 12,5%.

Con respecto al dominio del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente (indicador 2) se constató que los 8 residentes muestran las mínimas habilidades representando el 100% del grupo, cuestión esta imprescindible para el II año de la Especialidad de Medicina General Integral. Se pudo apreciar que 7 residentes tienen escaso aprendizaje del enfoque integral del proceso de diagnóstico mediante la activación regulación, la significatividad y la motivación, representando un 12,5%.

En relación con la identificación integral de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación (indicador 4) se constató que 6 estudiantes poseen una baja metacognición y no demuestran prácticamente cómo se realiza el diagnóstico. No poseen un carácter personalizado del diagnóstico, lo que representa un 75%. Los 2 estudiantes restantes para un 25% poseen una adecuada metacognición y muestran un carácter personalizado del diagnóstico.

Finalmente, en relación con la demostración práctica de la realización diagnóstica (indicador 5) se observó que 2 estudiantes para un 25%, no siempre atienden el carácter personalizado del diagnóstico. Por su parte 6 estudiantes (75%) se manifestaron de la siguiente manera:

- ✓ No dominan los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico.
- ✓ No poseen dominio del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente.
- ✓ No tienen espíritu de superación para desempeñarse con profesionalidad en la actividad que realizan mostrando poca dedicación y cuidado de los medios que disponen para este.

De esta manera se puede afirmar que el diagnóstico demuestra que los estudiantes presentan **debilidades** en cuanto a los indicadores establecidos para el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes. Estas son:

- ✚ Los programas de los cursos de la Especialidad en Medicina General Integral específicamente en II año presentan algunos niveles de desactualización.
- ✚ Los residentes carecen de conocimientos en cuanto a la aplicación del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
- ✚ El comportamiento de los residentes evidencia que no poseen dominio del enfoque integral del proceso de diagnóstico mediante la activación regulación, la significatividad y la motivación.

De igual manera quedó evidenciado que existen **fortalezas**:

- ✚ Existe un Plan de estudios que orienta hacia una formación profesional de calidad en los residentes de II año de la Especialidad de Medicina General Integral.
- ✚ Existe la posibilidad de aplicación de tareas docentes desde el proceso de enseñanza-aprendizaje del curso Enfermedades gastrointestinales y bucodentales, específicamente en el tema Tumores abdominales y cáncer de vías digestivas.
- ✚ Existe disposición por parte de los residentes y los profesores de incentivar el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
- ✚ Hay apoyo por parte de la coordinación de disciplina de perfeccionar los programas de las asignaturas.

2.2 Propuesta de tareas docentes

El diseño de la propuesta de tareas docentes dirigidas al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, se creó sobre la base de los fundamentos teóricos del problema científico de la investigación, abordados en el capítulo anterior, así como el estudio previo de los documentos normativos planteados para el nivel, lo que constituye una alternativa para lograr el cumplimiento de los objetivos formativos.

Las tareas se diseñaron a partir de los resultados del diagnóstico efectuado y de las exigencias y posibilidades de los residentes de II año de la Especialidad de Medicina General Integral, son portadoras de acciones y operaciones que propician la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para contribuir al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, de modo que pueden generalizarse a otros contextos con características similares.

La propuesta se sustenta en la concepción materialista-dialéctica que considera al hombre como un ser activo, inmerso en el conjunto de las relaciones sociales históricamente condicionadas, depositario de la experiencia histórico-cultural que le antecede y capaz de, a partir de ella, transformar el entorno social y al mismo tiempo transformarse a sí mismos.

Desde el punto de vista pedagógico se tuvo en cuenta las ideas esenciales del pensamiento pedagógico cubano sobre la unidad de la instrucción y la educación en la formación integral de la personalidad, lo que sirve de base para la fundamentación pedagógica de las tareas docentes.

En tal sentido se asume la necesidad de organizar y estructurar el proceso de enseñanza-aprendizaje en relación con la vida. De aquí que se sustente en las leyes de la pedagogía que establecen la relación del proceso docente educativo con el contexto social.

La teoría histórico-cultural sobre la educación, erigida desde una concepción dialéctico-materialista, constituye la base conceptual metodológica de las tareas docentes, ya que permite no sólo comprender el mundo, al hombre y al proceso de su desarrollo en su interacción con la realidad sociohistórica en la que está inmerso, sino por la profundidad

con que aborda el aprendizaje como apropiación de la experiencia histórico-social, donde se destaca el papel de la conciencia como reflejo subjetivo del mundo objetivo, mediado por la práctica, en el cual se produce el desarrollo de la personalidad en la medida que incorpora la herencia histórico cultural.

La propuesta de tareas docentes se sustenta en el enfoque histórico-cultural de Lev Semionovich Vigotski (1896-1934), en la medida en que considera la formación integral de los residentes como un proceso de transmisión y adquisición de conocimientos, habilidades y valores en el cual el estudiante se relaciona de manera gradual con su futura vida laboral.

En la presente investigación se asume la consideración de una enseñanza y un aprendizaje centrado en el desarrollo integral de la personalidad de los residentes. En este sentido, para Vigotski (1981), el aprendizaje es una actividad social y no un proceso de realización individual, o sea, una actividad de producción y reproducción del conocimiento mediante el cual el sujeto asimila los modos sociales de actividad y de interacción.

En la realización de tareas docentes tiene una significación especial el desarrollo de las tareas docentes vinculadas a la salud. La propuesta que se hace, presupone la relación del residente con la comunidad de la cual forma parte, así como con diversos actores sociales de la localidad.

En este planteamiento se encuentra el sustento teórico esencial de considerar en la elaboración de tareas docentes a las potencialidades médicas del país y el territorio para una mayor calidad en la asistencia médica, lo que contribuye a la regulación de su actuación en el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal, las que pueden expresarse en la toma de decisiones médicas.

Adquiere también una connotación especial en esta interacción el papel que desempeña el docente en la materialización de estos propósitos educativos vinculados a la vida laboral, incentivando que el residente busque y procese información vinculada a las tareas docentes y posea un adecuado comportamiento ante las tareas que se le orienten desde la clase.

Se parte de considerar las ideas de Vigotski, relacionadas con la situación social de desarrollo, como el punto de partida para todos los cambios dinámicos que se producen a lo largo de la vida en la formación de la psiquis del hombre y la asunción de este, como un proceso que se mueve del plano externo, social e interpsicológico al plano interno, individual e intrapsicológico sobre la base de la participación activa y consciente de los estudiantes en la ejecución de las tareas docentes.

Por otra parte, también es necesario tener en cuenta las leyes y principios de la didáctica como ciencia (Álvarez, C., 1996 y Addine, F. 2002) que constituyen un valioso fundamento en el desarrollo de una investigación con estas características. Estas se ponen de manifiesto cuando se expresan las características propias del movimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que se establecen las relaciones que se dan en este proceso y el medio social y entre sus componentes.

La primera de estas leyes expresa las relaciones del proceso de enseñanza-aprendizaje con el contexto social y es esto lo que determina la necesidad de contribuir a la formación laboral interdisciplinar de los estudiantes a partir de establecer los vínculos necesarios de la escuela con la localidad.

A la vez, es importante asumir el proceso de enseñanza-aprendizaje como un todo integrado, entre lo cognitivo-afectivo y lo instructivo-educativo, como requisitos psicológicos y pedagógicos esenciales para lograr el papel protagónico del estudiante.

En el caso de la segunda ley de la didáctica está asociada a las relaciones internas entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, tema que se trata por diferentes autores, entre ellos los citados Carlos Álvarez de Zayas y Fátima Addine Fernández.

En relación con este trabajo se asumen los criterios que acerca de este problema propone la profesora Fátima Addine Fernández (2008), ya que los elementos que se identifican como componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje se interrelacionan dialécticamente para el logro de los fines de la educación.

Desde esta concepción el aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal de los residentes de segundo año se centró en el contenido en interrelación con los restantes componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje. El residente se asume

como el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje y en correspondencia con sus necesidades e intereses se crean las condiciones para que en la medida en que se implique en el desarrollo de las tareas docentes que se proponen, se apropie de los elementos del contenido con una mejor orientación.

Las tareas docentes han sido analizadas por diferentes autores coincidiendo en la importancia de estas para el proceso de enseñanza-aprendizaje, una vez que contribuyen al aprendizaje de los residentes. En este sentido es necesario abordar algunos criterios de tareas docentes que resultan muy favorables para la presente investigación.

Los historiadores Álvarez, R., Díaz, H. y Chávez, J. (1979) afirman que la tarea:

Es la actividad del proceso docente (...) que en la pedagogía contemporánea, desempeña un importante papel, pues es un elemento que contribuye esencialmente al desarrollo de la personalidad independiente del estudiante, de ahí la necesidad que en las tareas no se planteen actividades solamente reproductivas. (p.36).

Álvarez de Zayas (1996) la define como:

La célula del proceso docente educativo porque en ella se presentan todos los componentes y las leyes del proceso y, además, cumple la condición de que no se puede descomponer en subsistemas de orden menor, ya que al hacerlo se pierde su esencia. (p.16).

Por otro lado, las investigadoras Margarita Silvestre y Pilar Rico (2002) plantean:

Es en la tarea donde se concretan las acciones y operaciones a realizar por el alumno, hacemos referencia a la tarea como aquellas actividades que se conciben para realizar por el alumno en la clase o fuera de esta, vinculadas a la búsqueda y adquisición de conocimientos y al desarrollo de habilidades. (p.78).

Al sistematizar estos conceptos se pudo evidenciar que, en general, la tarea es considerada generadora de la actividad de aprendizaje y de las funciones instructiva,

educativa y desarrolladora, elementos que deben potenciar el desarrollo de las habilidades racionales del pensamiento en los educandos.

Para la presente investigación se asume la definición dada por Rodolfo B. Gutiérrez Moreno (2003) quien la define como:

La célula básica del aprendizaje y componente esencial de la actividad cognoscitiva, portadora de las acciones y operaciones que propician la instrumentación del método y el uso de los medios para provocar el movimiento del contenido y alcanzar el objetivo en un tiempo previsto. (p.3)

Se asume esta definición ya que el autor deja explícito los pasos a seguir por el docente en la orientación precisa de la tarea para alcanzar el objetivo propuesto.

Según los criterios de Gutiérrez, (2003) la elaboración de la tarea docente debe cumplir también con un procedimiento metodológico que contempla los siguientes momentos:

- I- Para su concepción: considerar los resultados del diagnóstico individual y grupal, con hincapié en las potencialidades y carencias; derivar el objetivo y formularlo así como formular la tarea docente.
- II- Para la orientación de la tarea docente: determinar los elementos esenciales de la base orientadora, o sea, el para qué, el qué, el cómo, el con qué, cuándo y dónde se realiza la tarea.
- III- Para el control de la tarea docente: determinar cómo se controla el proceso y el resultado del trabajo con la tarea docente para comparar el estado real con el ideal, según el objetivo propuesto.

Entre las exigencias de la tarea docente el autor plantea las siguientes:

- Formulación exacta de la tarea, lo que implica definir la secuencia de pasos y los medios a emplear.
- Orientación clara de la tarea para dar cumplimiento al objetivo, que sea lo suficientemente motivante para crear la necesidad de su solución.
- Implicar a los estudiantes concretamente en la actividad para que generen sus propios procedimientos y métodos de autoaprendizaje.

- Controlar y evaluar el proceso, así como el resultado del trabajo en la tarea docente para alcanzar el objetivo, precisando en qué medida se acerca el estado real al deseado.

A partir de esta definición se ha planteado la siguiente estructura metodológica de las tareas docentes:

Estructura metodológica:

- Título: en correspondencia con el tema.
- Sistema de conocimientos del curso.
- Objetivo: se plantea el objetivo teniendo en cuenta la siguiente estructura: habilidad, sistema de conocimientos y la intencionalidad educativa.
- Introducción: se proporciona la información inicial de la actividad, se motiva y se plantea el objetivo de la tarea.
- Formulación de la tarea: se plantean las tareas docentes a solucionar.
- Acciones y operaciones: deben contemplar los pasos lógicos y la base orientadora en forma de proceso que deben guiar al estudiante para su aprendizaje, según el objetivo propuesto y la habilidad que este contiene.
- Evaluación: se comunica de forma breve los indicadores que se tendrán en cuenta en la calificación.
- Tiempo de duración previsto.
- Bibliografía: se precisan los recursos informáticos o fuentes bibliográficas al alcance de los estudiantes para solucionar la tarea.

El diseño y ejecución de las tareas docentes deben posibilitar actitudes para continuar aprendiendo sobre la base de diversos modos, a partir de localizar, procesar y comunicar la información de variadas fuentes bibliográficas, promoviendo un aprendizaje conceptual, procedimental y actitudinal.

Las tareas docentes que se presentan a continuación poseen las siguientes características:

- Favorecen el intercambio directo con los residentes.
- Ofrecen la posibilidad de evaluar el conocimiento de los residentes acerca del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.
- Posibilitan la recogida de valoraciones de los residentes en relación el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
- Permiten explotar las posibilidades de los contenidos del curso Enfermedades gastrointestinales y bucodentales.
- Permiten apreciar las transformaciones en la conducta de los residentes.
- Son dinámicas, creativas y reflexivas y llevan implícitas la sucesión de acciones

2.2.1 Tareas docentes para contribuir al aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal

Tarea # 1

Título: El diagnóstico médico: su esencia más profunda.

Sistema de conocimientos: El diagnóstico médico general, cómo se obtiene a través de un adecuado interrogatorio, haciendo énfasis en los síntomas que presente el paciente, los signos que nos aporte el examen físico, así como los exámenes complementarios.

Objetivo: Explicar la esencia del diagnóstico médico general, los elementos que se deben tener en cuenta para realizarlo.

Introducción: Como parte de los contenidos de la clase, una vez analizado el concepto de diagnóstico médico, el profesor debe referirse a cómo se realiza. Teniendo en cuenta el interrogatorio al paciente, que recoja sus antecedentes e historia de la enfermedad actual; el examen físico y los complementarios que nos corroboren el pensamiento clínico. Se abordarán las características esenciales de un paciente con afecciones gastrointestinales y el impacto del diagnóstico en la determinación del tratamiento.

Formulación de la tarea: Se orienta a los residentes realizar como estudio independiente las búsquedas correspondientes con el tema tratado, para ello se sugiere realizar diferentes acciones y operaciones.

Acciones y operaciones:

1. Ficha la definición de diagnóstico médico.
2. ¿Cuáles son los elementos a tener en cuenta para realizar un diagnóstico médico?
3. ¿Qué importancia tiene un adecuado interrogatorio en el diagnóstico médico?
4. ¿Debe realizarse el examen físico al paciente para llegar a un diagnóstico? Fundamente.
5. ¿Se indican los mismos complementarios a todos los pacientes para obtener un diagnóstico? Fundamente.

Tiempo de duración previsto: 15 minutos.

Evaluación: Se desarrolla teniendo en cuenta la participación oral y el análisis realizado correspondiente a cada residente. Se aplicará el método de la autoevaluación.

Bibliografía

Texto Propedéutica páginas 89-90.

Tarea # 2

Título: El diagnóstico precoz. Su importancia.

Sistema de conocimientos: El diagnóstico precoz. Conocer los factores de riesgo de los pacientes que los predisponen a padecer enfermedades y sus antecedentes patológicos familiares.

Objetivo: Argumentar la importancia del diagnóstico precoz de modo que se aplique en su práctica profesional.

Introducción: Una vez analizado el concepto de diagnóstico precoz, el profesor debe referirse a cómo se hace, la importancia de conocer los factores de riesgo del paciente

de padecer determinada enfermedad, así como los antecedentes patológicos familiares, que junto al resto de los elementos para realizar un diagnóstico , permitan que se haga en estadios iniciales de la enfermedad. Las características esenciales de un paciente con afecciones gastrointestinales y la importancia del diagnóstico precoz en la evolución de estas.

Formulación de la tarea: Se orienta a los residentes que teniendo en cuenta el contenido de la tarea anterior y lo abordado en la presente actividad. De forma individual y como estudio independiente realice las siguientes acciones y operaciones.

Acciones y operaciones:

1. Fiché la definición de diagnóstico precoz
 2. ¿Qué caracteriza el diagnóstico precoz de una enfermedad?
 3. ¿Es importante el conocimiento de los factores de riesgo que predisponen el padecimiento de las enfermedades en el diagnóstico precoz? Fundamente.
 4. Considera que los antecedentes patológicos familiares ayudan a realizar un diagnóstico precoz. Explique.
3. Argumente la importancia de realizar un diagnóstico precoz?

Tiempo de duración previsto: 15 minutos.

Evaluación

La evaluación se realizará al inicio de la próxima clase, teniendo en cuenta la participación oral y el análisis realizado correspondiente a cada estudiante. Se aplicará la autoevaluación.

Bibliografía

Texto Propedéutica páginas 89-90.

Temas de Medicina General Integral Tomo II Pag 671

Gastroenterología y hepatología clínica Tomo V Pag 1539- 1604

Tarea # 3

Título: Cáncer colorrectal. ¿Problema de salud?

Sistema de conocimientos: El cáncer colorrectal. Modelos de presentación. Factores de riesgo asociados.

Objetivo: Explicar que el cáncer colorrectal es un problema de salud.

Introducción. Como parte de los contenidos de la clase, una vez analizado el concepto de cáncer colorrectal y sus modelos de presentación el profesor debe referirse a las consecuencias de esta patología que lo convierten en un problema de salud.

Formulación de la tarea: Se orienta a los residentes que a partir del conocimiento adquirido y revisando la bibliografía a consultar responda las interrogantes, que posteriormente van a permitir, a través de cuadros clínicos, llegar a posibles diagnósticos.

Acciones y operaciones:

1. Ficha la definición de cáncer colorrectal.
2. Mencione sus modelos de presentación.
3. ¿Qué factores de riesgo están presentes en esta patología?
4. ¿Por qué el cáncer colorrectal es un problema de salud?

Tiempo de duración previsto. 15 minutos.

Evaluación. Se desarrolla teniendo en cuenta la participación oral y el análisis de cuadros clínicos, relacionado con el tema, para discutir en equipos. Se aplica la heteroevaluación.

Bibliografía

Temas de Medicina General Integral Tomo II Pág. 671

Gastroenterología y hepatología clínica Tomo V Pág. 1539- 1604

Tarea # 4.

Título: Método clínico para contribuir al diagnóstico del cáncer colorrectal.

Sistema de conocimientos: El diagnóstico del cáncer colorrectal a partir de los antecedentes personales y familiares, síntomas y signos.

Objetivo: Diagnosticar el cáncer colorrectal, así como su posible localización a partir del método clínico, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos personales y familiares, sus signos y síntomas, de modo que se desarrollen sus habilidades profesionales.

Introducción: Como parte de los contenidos abordados durante el curso 15, enfermedades digestivas y bucodentales, en el tema 3 tumores abdominales y cáncer de vías digestivas, se les orienta a los residentes consultar lo referido a cáncer colorrectal. El profesor debe intercambiar con los residentes acerca de la importancia de una adecuada anamnesis al paciente, donde deben tenerse en cuenta los factores de riesgo, los antecedentes patológicos personales y familiares, así como los síntomas y signos para que sean capaces de contribuir en el diagnóstico mediante el método clínico el cáncer colorrectal.

Formulación de la tarea:

Se orienta a los residentes que a partir de los contenidos estudiados en tareas anteriores y teniendo como referente al método clínico para contribuir en el diagnóstico de cáncer colorrectal y su posible localización, responda

Acciones y operaciones:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer colorrectal?
2. ¿Qué importancia tienen los antecedentes patológicos personales y familiares en el diagnóstico clínico del cáncer colorrectal?
3. Mencione los síntomas y signos clínicos sugestivos de cáncer de colon derecho.
4. Mencione los síntomas sugestivos de localización izquierda del cáncer colorrectal

Tiempo de duración previsto.45 minutos.

Evaluación. Se desarrolla teniendo en cuenta la participación oral y la discusión en equipos de casos clínicos presentados por el profesor. Se aplicará la coevaluación.

Bibliografía

Tarea # 5.

Título: “Acercándome a los exámenes complementarios que se utilizan en el diagnóstico del cáncer colorrectal”

Sistema de conocimientos: Complementarios útiles en el diagnóstico del cáncer colorrectal

Objetivo: Identificar los exámenes complementarios que se realizan para confirmar el diagnóstico de cáncer colorrectal.

Introducción: Luego de saber cómo utilizar el método clínico en la contribución del diagnóstico del cáncer colorrectal, el profesor debe orientar a los residentes en los exámenes complementarios que podrían utilizarse para corroborar el mismo.

Formulación de la tarea: Teniendo en cuenta el uso de complementarios en el diagnóstico del cáncer colorrectal, se orientará a los residentes un estudio independiente que responda las siguientes interrogantes:

Acciones y operaciones:

1. Mencione los exámenes complementarios utilizados en el diagnóstico del cáncer colorrectal.
2. Explique el orden de prioridad que utilizaría.

Tiempo de duración previsto.20 minutos.

Evaluación: Se controla el estudio independiente en la siguiente clase teniendo en cuenta la participación oral correspondiente a cada uno de los residentes.

Bibliografía

Temas de Medicina General Integral Tomo II Pag 671

Gastroenterología y hepatología clínica Tomo V Pag 1539- 1604

Tarea # 6.

Título: El diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en el mundo y en nuestra atención primaria de salud.

Sistema de conocimientos: El diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, factores de riesgo, antecedentes familiares y personales, síntomas, signos y complementarios. En el mundo y en nuestra atención primaria de salud.

Objetivo: Diagnosticar precozmente el cáncer colorrectal.

Introducción: El profesor debe intercambiar con los residentes acerca de la utilización en el mundo, en el diagnóstico del cáncer colorrectal hereditario, del análisis genético de los genes reparadores del DNA que permite el diagnóstico presintomático de los familiares que presenten mutaciones, siendo a los que se le realizarían seguimiento endoscópico.

Teniendo en cuenta, además, en el caso del cáncer colorrectal esporádico la utilización del test de sangre oculta en heces fecales, la rectosigmoidoscopia y colonoscopia en mayores de 50 años como algunos de los métodos para el diagnóstico precoz de esta neoplasia.

Los médicos de la atención primaria de salud deben realizar a sus pacientes un adecuado interrogatorio, en busca de factores de riesgo asociados al cáncer colorrectal; antecedentes familiares y personales de neoplasia colorrectal o a otro nivel que permitan dispensarizarlos como grupo riesgo.

Teniendo con estos pacientes un seguimiento clínico y de ser necesario, en conjunto con la atención secundaria, utilizar los exámenes complementarios disponibles que permitan el diagnóstico en estadios iniciales del cáncer colorrectal y con ello un mejor pronóstico del paciente.

Como parte de los contenidos del tema se orienta un trabajo extraclase de dispensarizar a los pacientes de la comunidad de cada residente buscando los que tengan factores de riesgo asociados a cáncer colorrectal.

Formulación de la tarea:

Visite a los pacientes de su comunidad.

Acciones y operaciones:

1. Seleccione a los pacientes que presentan factores de riesgo asociados al cáncer colorrectal.
2. Dispensarice los pacientes encontrados y bríndele seguimiento según lo establecido.
3. Verifique la presencia de antecedentes familiares de cáncer colorrectal en su población.

Tiempo de duración: 90 minutos.

Evaluación: Se evalúa, en el próximo encuentro, teniendo en cuenta el desempeño de cada estudiante en la realización de la tarea docente. Se aplica la heteroevaluación

Bibliografía

Temas de Medicina General Integral Tomo II Pág. 671

Gastroenterología y hepatología clínica Tomo V Pág. 1539- 1604

2.3 Evaluación de los resultados obtenidos en la implementación práctica de la propuesta

Durante la aplicación del pre-experimento se ejerció un control sistemático sobre el proceso y los resultados del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

Se aplicó la **observación científica** en diferentes tareas docentes desarrolladas, para lo cual se confeccionó una guía de observación (anexo 2), con el objetivo de observar el comportamiento hacia el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Control y evaluación de las variables

Para garantizar la validez de los resultados y evaluar los criterios acerca del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año se asume el pre experimento pedagógico, se estructuró en tres etapas: preparación, ejecución y comprobación de los

resultados, se combinan, en este último el control inicial y final de las dimensiones de la variable operacional.

El diseño experimental que se empleó en la investigación para la implementación de las tareas docentes en la práctica educativa fue el pre-experimento pedagógico, durante los cursos del 2019-2022, en el Policlínico del área Sur “Rudesindo García del Rijo”.

El pre-experimento está orientado a comprobar la contribución de las tareas docentes en el cumplimiento del objetivo propuesto, al comparar los resultados obtenidos en los instrumentos inicial y finalmente, después de aplicada la propuesta.

Se desarrolló atendiendo a las tres etapas mencionadas al inicio, el cual posibilitó la evaluación del estado inicial del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año (variable operacional), aplicando seguidamente las tareas docentes (variable propuesta), finalmente se vuelve a medir, de modo que puedan realizarse determinadas inferencias acerca de su contribución.

Preparación

La preparación del pre-experimento se efectuó en septiembre del 2019, para realizar esta primera predicción se elaboraron, valoraron y procesaron varios instrumentos que conforman el pre-test, análisis de documentos (anexo 1), guía de observación científica (anexo 2), prueba pedagógica (anexo 3), con la finalidad de determinar las características del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año.

El diseño del pre-experimento seleccionado presenta determinados inconvenientes que no se deben obviar en su planificación, teniendo en cuenta sus características, por lo que se analizó que debía tomarse un grupo de medidas para minimizar la influencia de las variables ajenas.

- Tener en cuenta la presencia de la pandemia (Covid-19).
- Mantener el mismo claustro durante el curso, siempre que sea posible, el cual evalúa sistemáticamente a sus residentes y expone los niveles alcanzados por estos de acuerdo con la propuesta. De no ser el mismo profesor, entonces

garantizar un mínimo de cambios, así se evitaba que utilizar otro fuera causa de posibles variaciones.

- Las calificaciones tanto del pre-test como del post-test debían ser realizadas por la misma persona y que estas estuvieran directamente involucradas con la implementación de las tareas y que al valorar una respuesta se produjesen alteraciones en los valores de los indicadores que serían procesados posteriormente.

Para medir el nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, a partir de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados teniendo en cuenta las dimensiones e indicadores establecidos, se utilizó el procedimiento propuesto por Celia Rizo y Luis Campistrous (1999), sobre la evaluación de los indicadores multidimensionales de la investigación educativa, se consultaron además el procesamiento estadístico utilizado por Arnaiz (2003), Yera (2003), Soto (2004), Torres (2004), González (2006) y Calderón (2007), Ledesma (2017), Lazo (2018).

La variable nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año es un indicador multidimensional, posee dos dimensiones (cognitiva, procedimental) con sus respectivos indicadores, para la medición de la variable se empleó una escala ordinal de tres valores: (3) alto, (2) medio, (1) bajo, cuya significación cualitativa varía según el contenido del indicador.

Es criterio de la autora que si después de aplicar las tareas docentes, al comprobar los resultados, se **ascienden** dos valores en la escala ordinal, ocurre un cambio **muy significativo** y si se asciende un valor en la escala ordinal, se produce un cambio **significativo**.

Se hicieron corresponder los ítems de cada uno de los instrumentos con los indicadores y dimensiones de la variable nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año, lo que permitió que fuera evaluada utilizando la mencionada escala.

Según lo planteado al analizar los valores de la variable, teniendo en cuenta que posee dos dimensiones, son dúos ordenados, el primer componente es el valor asignado a la dimensión uno, el segundo es el valor asignado a la dimensión dos, entre los cuales no existe un orden natural.

La suma de los componentes de estos dúos ordenados puede tomar valores extremos 2 (todas las dimensiones evaluadas de uno) y 6 (todas las dimensiones evaluadas de tres), de esta manera la suma de los componentes de los dúos pertenece al intervalo (2; 6), para establecer un orden natural entre los dúos, según la escala ordinal de tres valores (3, 2,1)

ESCALA ORDINAL	SUB-INTERVALOS	VALOR
ALTO	6	3
MEDIO	4-5	2
BAJO	2-3	1

Lo que permite que en la medición de la variable nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año no se tenga en cuenta el orden de los valores, por ejemplo, (2, 1,3,), (1, 2,3,) son dúos ordenados diferentes, sin embargo, corresponden al mismo valor en el intervalo y en la escala ordinal, por lo tanto el procesamiento de la información se realizó de la forma en que se ejemplifica a continuación:

NO DE SUJETOS	DIMENSIONES INICIO		TOTAL	VALOR	ESCALA
	I	II			
1	1	1	2	1	bajo
2	2	1	3	1	bajo

3	1	1	2	1	bajo
---	---	---	---	---	------

NO DE SUJETOS	DIMENSIONES FINAL		TOTAL	VALOR	ESCALA
	I	II			
1	3	3	6	3	alto
2	2	3	5	2	medio
3	3	3	6	3	alto

Para la medición de las dimensiones se procede de forma similar a lo explicado, solo teniendo presente que poseen tres indicadores. La suma de los componentes de los sextetos ordenados puede tomar valores extremos 6 (todos los indicadores evaluados de 1) y de 18 (todos los indicadores evaluados de 3). La suma de los componentes de los sextetos pertenece al intervalo (6; 18) como aparecen en la siguiente tabla.

ESCALA ORDINAL	INTERVALO	VALOR
ALTO	14-18	3
MEDIO	10-13	2
BAJO	6-9	1

Ejecución

Como parte del pre-experimento en la constatación inicial y final se aplicaron el pre-test y el post-test, para determinar el nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año. Se realizó un análisis de documentos (anexo 1), guía de observación científica (anexo 2), prueba pedagógica inicial y final (anexos 3 y 4), con el objetivo de analizar el estado de las dimensiones e indicadores de la variable, descritos, lo que permitió

comprobar su nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año antes y después de realizado el pre experimento.

En este sentido se precisaron las principales direcciones que como parte del trabajo investigativo era necesario abordar las cuales se relacionan con:

- Diagnóstico de la problemática del aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.
- Análisis de las dimensiones e indicadores establecidos y su correspondencia con las tareas propuestas.
- Análisis de las posibles soluciones a los problemas de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.
- Nueva concepción didáctica para la incorporación de las dimensiones cognitiva y procedimental, con respecto al diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.
- Diagnóstico y evaluación del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

Se utilizaron las tareas docentes diseñadas para contribuir al aprendizaje de las formas de propiedad de los estudiantes, lo que permitió la vinculación sistemática de la teoría con la práctica y la reconstrucción permanente de sus representaciones subjetivas sobre su futura actividad profesional.

Comprobación de los resultados

Constatación inicial

Pre test

Con el objetivo de determinar el estado inicial de la variable nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes que cursan la especialidad de Medicina General Integral en II año se procedió a aplicar la guía de observación a los estudiantes de la muestra seleccionada se tuvo en cuenta que sus indicadores representarían la esencia de la variable operacional. Para la evaluación de los

resultados obtenidos se aplicó la escala según correspondió en cada caso, teniendo en cuenta lo descrito.

Análisis por dimensiones

Guía de observación

Cognitiva

Se les aplicó la Guía de observación (anexo 2) a los 8 residentes de la muestra y al analizar sus resultados por dimensiones, para determinar su incidencia en la variable, se obtuvo que en la dimensión cognitiva 7 estudiantes tenían un nivel bajo, para un 87,5 % de la muestra y 1 en nivel medio, para un 12,5 %. Este análisis está dado por los resultados obtenidos que evidencian desconocimiento en los residentes acerca del dominio de los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico.

Comportamental

En esta dimensión inicialmente 8 estudiantes presentaban un nivel bajo, para un 100 % de la muestra, esto manifiesta la necesidad de identificar los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación, así como de la práctica de la realización diagnóstica.

Análisis de la Prueba pedagógica inicial

Cognitiva

Con relación a esta dimensión se obtuvo que los residentes alcanzaron un nivel superior en sus conocimientos, pues los 6 están evaluados de bajo, para un 75 % lo que significa que no poseen rapidez en la apropiación del conocimiento los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico con enfoque diferenciador y personalizado, no les resulta totalmente significativo el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal y plantean que en las clases recibidas no se han preparado en este sentido lo suficiente como para diagnosticar, mientras que 2 plantean tener un mediano conocimiento al respecto para un 25 %.

Comportamental

En esta dimensión los 8 estudiantes son evaluados de bajo que representa un 100 %, lo que significa que tienen adecuado trabajo con la identificación integral de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación, demuestran en la práctica cómo realizar el diagnóstico, demuestran el carácter personalizado del diagnóstico

Análisis de los Post-test

Análisis por dimensiones

Guía de observación

Se orientó al profesor observar su comportamiento y se les facilitó una guía de observación (anexo 2). Se realizaron dos observaciones, al inicio del semestre y al final de este, a cada uno de los miembros de la muestra y se analizaron los resultados aplicando el procedimiento descrito anteriormente para los indicadores y se obtuvo por dimensiones que:

Dimensión cognitiva

De los 8 estudiantes de la muestra 8 presentaron resultados altos para un 100 %, a causa del logro de los resultados obtenidos que evidencian conocimiento en los estudiantes acerca del dominio de los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico.

Dimensión comportamental

En la muestra seleccionada los 8 estudiantes obtuvieron un nivel alto debido al fortalecimiento del adecuado trabajo con las fuentes del conocimiento, pues lograron la identificación de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación, así como de la práctica de la realización diagnóstica.

Análisis de la prueba pedagógica final

Análisis por dimensiones

Al arribar al segundo semestre se aplica nuevamente la prueba pedagógica final (anexo 4) a los miembros de la muestra seleccionada y se pueden apreciar cambios

significativos favorables en lo relacionado con el nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes.

Cognitiva

Con relación a esta dimensión se obtuvo que los residentes alcanzaron un nivel superior en sus conocimientos, pues los 8 están evaluados de alto, lo que significa que poseen rapidez en la apropiación del conocimiento los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico con enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente, reconocen los diferentes modelos de presentación de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal, así como la definición precisa de lo que se entiende como proceso de diagnóstico.

Comportamental

En esta dimensión los 8 estudiantes son evaluados de alto que representa un 100 %, lo que significa que tienen adecuado trabajo con la identificación integral de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación, demuestran en la práctica cómo realizar el diagnóstico, demuestran el carácter personalizado del diagnóstico.

Análisis de la triangulación de los instrumentos, por dimensiones, al final

Al analizar en los instrumentos aplicados los resultados obtenidos por dimensiones, en la medición del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes de II año de Medicina General Integral y triangularlos, se apreció que los 8 estudiantes poseían un nivel alto, para un 100 % lo que significa, como se ha explicado en los análisis anteriores que alcanzaron un dominio de los contenidos impartidos con las técnicas de diagnóstico, del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente, además, poseen un aprendizaje del enfoque integral del proceso de diagnóstico mediante la activación regulación, la significatividad y la motivación y por lo tanto se pueden desempeñar mejor en las actividades médicas.

Mostraron adecuado trabajo en la identificación integral de los indicadores de la activación regulación, la significatividad y la motivación, demostraron en la práctica la realización diagnóstica, así como el carácter personalizado del diagnóstico.

Al efectuar un análisis final de la variable y los resultados obtenidos por dimensiones a los residentes que conformaron la muestra en que se aplicó la propuesta, se pudo inferir que, con relación al período inicial, en sentido general, tuvieron un cambio positivo y altamente significativo, si se tienen en cuenta los parámetros establecido anteriormente, pues los residentes ascendieron en dos valores.

Triangulación de la variable con relación a los estudiantes.

Teniendo en cuenta que se trabaja con sujetos resulta importante valorar el impacto de la variable en estos estudiantes para lo que se creó una escala ordinal a partir de la conformación del par (8;24); 8 todos los estudiantes evaluados de un nivel bajo en la variable y 24 todos evaluados de un nivel alto. Este análisis se hace siguiendo el mismo orden de ideas que el anterior.

ESCALA ORDINAL	INTERVALO	VALOR
ALTO	14-18	3
MEDIO	14-19	2
BAJO	8-13	1

Según los resultados precedentes se apreció que, de 8 estudiantes, residentes de la especialidad de Medicina General Integral, los 8, el 100 % se colocan en un nivel alto tanto en la dimensión cognitiva como en la comportamental lo que evidencia que la variable nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal se encuentra en un nivel alto y fue modificada positivamente, (anexo 6)

Conclusiones del capítulo

El diagnóstico realizado permitió la elaboración de las tareas docentes de acuerdo con las debilidades y fortalezas detectadas. La realización del pre-experimento permitió corroborar el cambio que se produjo en la muestra seleccionada, el cual fue altamente significativo de acuerdo con lo planificado.

CONCLUSIONES

1. El proceso de enseñanza-aprendizaje constituye un espacio que facilita el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal en residentes de la Especialidad de Medicina General Integral, pues brinda espacios para el vínculo de la teoría con la práctica y el estudio teórico del tema.
2. El diagnóstico realizado permitió constatar las potencialidades y carencias que presentan los residentes de la Especialidad de Medicina General Integral en cuanto al nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes de manera general y las necesidades de vincular la teoría con la práctica en relación con este tipo de diagnóstico.
3. Las tareas docentes elaboradas, caracterizadas por ser dinámicas, creativas y reflexivas y llevar implícitas la sucesión de acciones con una estructura específica que se mantuvo durante toda la investigación, las que permitieron incrementar el nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes de la Especialidad de Medicina General Integral.
4. La implementación de las tareas docentes mediante un pre experimento pedagógico permitió constatar su contribución al incremento del nivel de aprendizaje del diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los residentes de la Especialidad de Medicina General Integral, teniendo en cuenta el cambio que se produjo en la muestra seleccionada.

RECOMENDACIONES

1. Continuar el estudio del diagnóstico precoz desde otros cursos de la especialidad
2. Socializar en eventos científicos los resultados obtenidos

BIBLIOGRAFÍA

- Addine, F (2002). *Principios para la dirección del proceso pedagógico*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Álvarez de Zayas, C. (1996). *Hacia una escuela de excelencia* La Habana: Editorial Académica.
- Arnáis Barrios, I. (2003). *Modelo de la actuación de los docentes para favorecer la aplicación integrada del contenido desde el diseño del proceso de enseñanza aprendizaje de la Matemática*. (tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Pedagógicas.)
- Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. (2000). *Sinopsis histórica de la clínica y su enseñanza*. En: Enseñanza de la Clínica. Tomo XXXII. La Paz: Biblioteca de medicina. p. 2.
- Bedford, C. P. (2020). <https://www.escuelaenlanube.com>
- Bermúdez Serguera, R y Pérez, L. (2002). *Aprendizaje formativo y crecimiento personal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Bermúdez Serguera, R y Pérez, L. (2003). *Aprendizaje formativo y crecimiento personal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Bermúdez Serguera, R. Rodríguez Rebastillo, M. (2002). *Algunas consideraciones teóricas para el tratamiento metodológico de las habilidades básicas en la educación superior*. La Habana: Rev. Educ. Med. Superior. 23(1): 39-46.
- Blanco Aspiazú, M. A. y cols. (2010). *Actividad, acciones y operaciones en el proceso diagnóstico*. Rev. Educ. Med. Superior. 24(3).
- Calderón M. M. M. (2007). *La formación de la capacidad de dirección en futuros directivos en condiciones de universalización*. Tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Pedagógicas. Santa Clara. Cuba.

- Campistrós Pérez, L, Rizo Cabrera, Celia. (1999). *Indicadores e investigación educativa*. (Primera Parte). Ciencias Pedagógicas, 1(2). Recuperado de: [http://cied.rimed.cu/revista/12/portada/la portada1r2.html](http://cied.rimed.cu/revista/12/portada/la%20portada1r2.html).
- Candau V M (1983). *A Didáctica em questao*, Editora Vizes. Sao Paulo,
- Castañeda D. (2018). *Importancia del diagnóstico precoz-Salud savia*. <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/importancia-del-diagnostico-precoz>.
- Castellanos Simons, D, Castellanos Simons, B, Llivina Lavigne, M y cols. (2002). *Aprender y Enseñar en la escuela*. La Habana Editorial: Pueblo y Educación
- Castellanos y otros, (2002). *Aprender y Enseñar en la escuela*. La Habana Editorial: Pueblo y Educación
- Curso de didáctica general. *Material Básico*. Maestría Ciencias de la Educación. IPLAC. La Habana:
- Díaz López M. (2022). *El proceso de enseñanza-aprendizaje del bateo en la Escuela Deportiva*. En *Revista PODIUM*, mayo-agosto 2022; 17(2):780-795. ISSN: 1996–2452 RNPS: 2148. Pinar del Rio.
- Díaz Quiñones, J. A. (2004). *Sistema de acciones para el desarrollo de las habilidades del diagnóstico médico en la signatura Medicina Interna del internado médico*. Universidad de Sancti Spíritus “José Martí” Tesis en opción al título de Máster en Ciencias de la Educación.
- Díaz Quiñones, J. A. (2013). *El perfeccionamiento del proceso evaluativo del diagnóstico médico con enfoque desarrollador*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
- Felipe Piñol, (2015). *Inmunoexpresión p 53, sangre oculta en heces en pacientes colestictomizados y coleditiasis*. Revista cubana de cirugía, Vol.54, No. 4
- Fernández Sacasas JA. (2009). *El legado del profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI*. Educación Médica Superior. 2009;23(1).
- Ginoris O, Addine F. y Turcaz J. (2006). *Didáctica General*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

- Ginoris Quesada, O. y cols. (2006). *Curso de didáctica general*. Material Básico. La Habana: Maestría Ciencias de la Educación. IPLAC.
- Giraldo, D. (2009). *Memorias para la historia de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina*. Bogotá: Ascofame.
- González Maura, V. (1998). *Sistema de programas para el diagnóstico, pronóstico y orientación de la personalidad de los estudiantes*. Artículo mimeografiado.
- González Serra, D.J. (2004). *La dinámica del proceso de enseñanza aprendizaje mediante sus componentes*. En: Didáctica, Teoría y práctica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González Soca, A, Recarey Fernández, S, Addine Fernández, F. (2004). *El proceso de enseñanza aprendizaje: un reto para el cambio educativo*. En. Didáctica, teoría y práctica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González Soca, A. y cols. (2004). *El proceso de enseñanza aprendizaje: un reto para el cambio educativo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González Tirados (1983). *Diagnóstico de necesidades y estrategias de formación*. <https://rieoei.org>
- Gutiérrez Moreno, R. (2003). *La evaluación en la revolución educacional. Problemas, reflexiones y propuestas*. Villa Clara: Instituto Superior Pedagógico "Félix Varela".
- Ilizástigui Dupuy F. (1993). *Educación en el trabajo como principio rector de la Educación Médica cubana*. Taller Nacional de Integración de la universidad médica a la organización de la salud, su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo. Ciudad Habana; Mayo 1993.
- Jackson-Thompson J Ahmed F German Lai SM Friedman C. (2008). *Descriptive epidemiology of cancer colorectal in the United States. 1998-2001*. *Cáncer*.2008;107;1103-11
- Labarrere, R. G. (1998). *Pedagogía*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Lazo M. (2018). *La integración de los componentes académico, laboral e investigativo mediante el vínculo centro politécnico entidad laboral*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas

- Ledesma (2017). *La formación científico-investigativa para el uso de los métodos estadísticos en las investigaciones pedagógicas*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
- Llanio Navarro, R. (2004). *Propedéutica clínica y Semiología Médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Longarezi, A. y Alvarado, L. (2012). *Formação de professores: pesquisas de intervenção no contexto da pós-graduação no centro-oeste brasileiro*. En A. Longarezi, S. Barauna e I. Guimaraes (Org.), *Pesquisas Educacionais: formação e prática* (pp.47-78). Campinas: Alínea
- López Palacio, J, V. (2002). *La Educación como un sistema complejo*. Rev. Isla; 44(32):13-122.
- Lorenzo Castillo (2015). *Cáncer de colon. Situación actual en Sancti Spíritus*.
- Merlo T.M., Calderón M.M., Jiménez C.L. (2021). *El proceso de enseñanza aprendizaje: su impacto en el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal*. En revista *Pedagogía y Sociedad*.
- Moore, P. y cols. (2010). *La comunicación médico paciente. ¿Cuáles son las habilidades efectivas?* Rev. Med. Chile; 138(8): 1047-1054.
- Paniagua M. E. (2015). *Gastroenterología y hepatología clínica*. <https://www.ecimed.sld.cu>
- Rico Montero, P. (1996). *Reflexiones y aprendizaje en el aula*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Rico, P, Silvestre, M. (2006). *Algunas características de la actividad de aprendizaje y del desarrollo de los alumnos*. En: *Compendio de Pedagogía*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rodolfo B. Gutiérrez Moreno (2003). *La evaluación en la revolución educacional. Problemas, reflexiones y propuestas*. Villa Clara: Instituto Superior Pedagógico "Félix Varela".
- Rojas, O., Vivas, A.; Solis, D. (2021). *Diagnóstico educacional en la carrera de Pedagogía en Educación Parvularia*. Revista on line de Política e Gestão Educacional, vol. 25, núm. 1, 2021, -, pp. 254-266. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Brasil. DOI: <https://doi.org/10.22633/rpge.v25i1.14728>

- Silvestre M. y P. Rico (2002). *El proceso de enseñanza aprendizaje*. En: Compendio de Pedagogía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Silvestre Oramas M, Rico Montero P. (2002). *Aprendizaje, Educación y Desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Silvestre Oramas, M, Zilberstein Toruncha. J. (2002). *Hacia una didáctica desarrolladora*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Silvestre Oramas, M. (2002). *El proceso de enseñanza aprendizaje*. En: Compendio de Pedagogía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Soto Díaz, Manuel (2004). *Metodología para el desarrollo de la comunicación alumno-alumno en las clases de FPG*. (Tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Pedagógicas). Ciego de Ávila.
- Torres F., P. y otros (2004). *Estrategia cubana para la determinación de una metodología de evaluación internacional*. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y cambio en Educación. 1 (2), enero 2004. (ISSN:
- V. M. Candau (1983). *A Didáctica em questao*. Editora Vozes. Sao Paulo, pag. 13.
- Vigotsky, L, S. (1981). *Obras escogidas*. Moscú: Editorial Pedagoguika.
- Viñes J.J. (2007). *La efectividad de la detección precoz de las enfermedades*. En <https://scielo.lsciii.es>
- Zilberstein Torunch J. (2000). *Aprendizaje, Enseñanza y Desarrollo*. La Habana: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas de Cuba.
- Zilberstein Toruncha, J. (2002). *Desarrollo de habilidades en los estudiantes*. En: Hacia una didáctica desarrolladora. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Zilberstein, (2000). *Aprendizaje escolar y calidad de la educación*. México: Ediciones CEIDE.
- Zilberstein, J. y Portela, R. (2002). *Una Concepción Desarrolladora de la Motivación y el Aprendizaje de las Ciencias*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Anexo # 1

Guía de análisis de los documentos

- **Objetivo:** valorar en los documentos normativos el tratamiento a la Educación de Posgrado para la República de Cuba y se establecen todas las disposiciones para la impartición de cursos como es el de Enfermedades gastrointestinales y bucodentales.

Documentos a revisar:

- 1- R/M 140/2019 de la República de Cuba.
- 2- El Plan de estudio de la Especialidad de Medicina General Integral
- 3- El programa del curso Enfermedades gastrointestinales y bucodentales
- 4- El plan especialidades de la Universidad de Ciencias Médicas
- 5- Revisión de las orientaciones metodológicas del programa Enfermedades gastrointestinales y bucodentales

Aspectos a tener en cuenta:

1. Oportunidades de formación académica de los profesionales de la salud desde la perspectiva de continuidad de estudios de la Educación Superior en Cuba.
2. Tratamiento del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
3. Aplicación de métodos y procedimientos para desde los sistemas de conocimientos tratar el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.
4. Indicaciones que permitan el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Anexo 2

Guía de observación científica

Objetivo: constatar el tratamiento dado al diagnóstico precoz de cáncer colorrectal desde el programa Enfermedades gastrointestinales y bucodentales.

Aspectos a observar:

1. Aplicabilidad de los contenidos relacionados con las técnicas de diagnóstico médico y la detección precoz de cáncer colorrectal.
2. El tratamiento en la práctica de las medidas para la detección del cáncer colorrectal
3. La aplicación de métodos y procedimientos de modo que demuestren dominio del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente.
4. Demostración práctica de la realización diagnóstica

Anexo # 3

Prueba pedagógica inicial

Objetivo: comprobar el conocimiento de los residentes de Medicina General Integral acerca del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

- 1- De los siguientes conceptos cuál considera que se cumple para el aprendizaje del diagnóstico precoz de cáncer colorrectal. Marque con una x.
 - a. _____ Existe una concepción de diagnóstico que sirve de base para la definición del nuevo constructo.
 - b. _____ Poca disposición por parte de los profesionales de aprender a diagnosticar el cáncer colorrectal
 - c. _____ Constituye este particular uno de los problemas fundamentales de la sociedad cubana.
- 2- Mencione los elementos que considera usted son representativos de un cáncer colorrectal.
- 3- Exponga si las clases que recibe contribuyen a formarlo para la correcta realización de un diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

Análisis cualitativo

3 preguntas correctamente respondidas ____Alto

2 preguntas correctamente respondidas ____Medio

1 pregunta correctamente respondida ____Bajo

Anexo # 4

Prueba pedagógica final

Objetivo: comprobar el dominio de las técnicas de diagnóstico de modo que lo puedan aplicar para la detección precoz de cáncer colorrectal

1. ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz de cáncer colorrectal?

a) Identifica los indicadores de activación regulación

Correctamente ___Alto

Algunos elementos ___ Medio

Pocos elementos ___ Bajo

2. Seleccione un modelo de presentación de cáncer colorrectal y explíquelo.

a) Elabora un resumen que contenga un diagnóstico diferenciado

3 argumentos ___Alto

1 argumentos ___ Medio

1 argumento ___ Bajo

3. ¿Qué elementos usted considera que debe tener en cuenta para el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal?

3 elementos ___Alto

2 elementos ___ Medio

Solo un elemento ___ Bajo

Anexo # 5

Análisis cualitativo de los indicadores de evaluación

Si aplica los contenidos relacionados con las técnicas de diagnóstico médico y la detección precoz de cáncer colorrectal.

Correctamente ___Alto

Algunos de ellos ___ Medio

Solo un contenido ___ Bajo

1. El tratamiento en la práctica de las medidas para la detección precoz del cáncer colorrectal

Correctamente ___Alto

Algún tratamiento ___ Medio

Escaso tratamiento ___ Bajo

2. Aplica métodos y procedimientos de modo que demuestren dominio del contenido del enfoque diferenciador y personalizado en relación con el paciente.

Correctamente ___Alto

Algunos de ellos ___ Medio

Solo un método y un procedimiento ___ Bajo

3. Demostración práctica de la realización diagnóstica

Correctamente ___Alto

Alguna demostración ___ Medio

Solo una demostración ___ Bajo

Anexo # 6

Gráficos

Comportamiento de la variable operacional en los residentes de II Año de Medicina General Integral

