

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS FRANK PAÍS GARCÍA
SANTIAGO DE CUBA

**ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE
LA COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIÁTRICA
EN EL MÉDICO GENERAL**

***TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS***

AUTOR: MSc. Reinaldo Reyes Mediaceja

Santiago de Cuba

2012

REPÚBLICA DE CUBA

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS FRANK PAÍS
GARCÍA
SANTIAGO DE CUBA**

**ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE
LA COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIÁTRICA
EN EL MÉDICO GENERAL.**

***TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS
PEDAGÓGICAS***

AUTOR: MSc. Reinaldo Reyes Mediaceja

TUTORES:

Prof. Titular María de los Ángeles Mercaderes Ferrer Dra. en C.

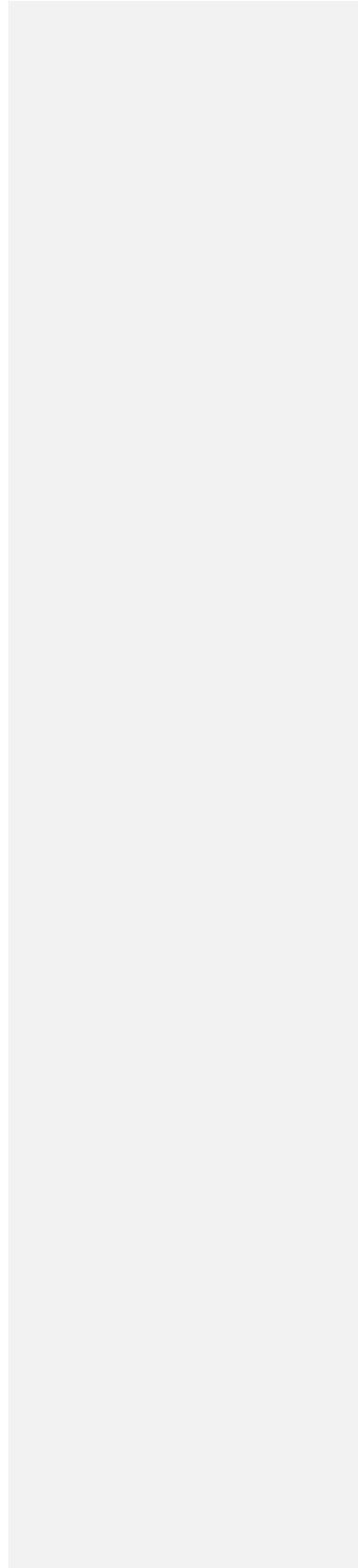
Prof. Titular Francisco Pérez Miró Dr. en C.

Prof. Titular Dra. Carolina Placencia Asorey Dra. en C.

Santiago de Cuba

2012

AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras Dra.C. María de los Ángeles Mercaderes Ferrer y Dr.C. Francisco Pérez Miró, por su dedicación y su cooperación sin límites.

A la Dra..C.. Carolina Placencia Asorey por su atención profesional en los momentos decisivos y por haber confiado en mí.

A la Dra.C. Martha Infante Villafañe, por el regalo de su incondicional amistad y la autenticidad de su personalidad.

Al MSc. Aurelio Bandera Pozo y a la licenciada Yanelis Rojas Castellanos por su gran sentido de la solidaridad.

A mis profesores del doctorado por aportarme sus valiosos saberes.

A los directivos del Policlínico Camilo Torres Restrepo, por su valiosa cooperación.

A mis amigos, que me han servido de apoyo y de estímulo en todo momento.

A mi esposa, que sin su ayuda me sería casi imposible alcanzar las metas que siempre me he propuesto.

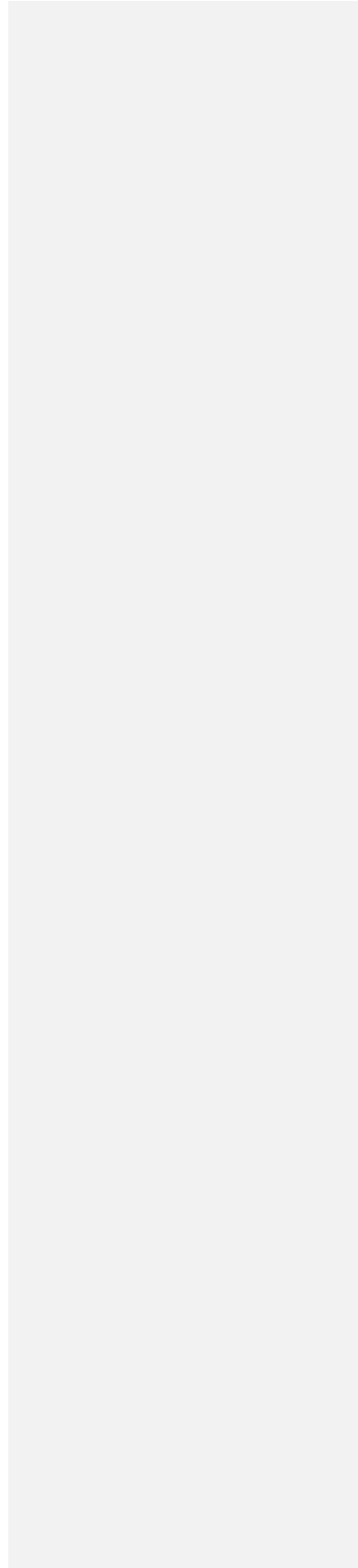
A mi familia, por jugar cada uno de sus miembros un papel decisivo, en el momento decisivo.

A los que desde sus posibilidades cooperaron, para que esta obra tuviera un exitoso final.

A todos, muchas gracias.

RRM.

DEDICATORIA



DEDICATORIA

A la memoria de mi madre que continúa siendo faro y guía de mi existencia.

A mi padre, quien me inculcó con su ejemplo la responsabilidad de ser cada vez más útil como profesional y mejor como persona.

A mis hijos y a mi hermana por servirme de estímulo a alcanzar nuevas metas.

A mi esposa, de quien recibí su incondicional y decisivo apoyo en todo momento.

A mi familia toda, que asimiló con gran comprensión y ternura las privaciones de mi atención, percibiendo en cada uno de ellos su preocupación y los deseos de éxito.

SÍNTESIS

. La Salud Pública tiene que enfrentarse a los cambios que aparecen con el envejecimiento poblacional y es el médico general el encargado de asumir la atención primaria y continuada de estos ancianos, sin embargo, se han observado insuficiencias en el desempeño de los futuros médicos generales debido a carencias presentadas en el proceso de formación de estos profesionales .

En la tesis se investiga el problema dado por las insuficiencias en la orientación didáctica en el programa de medicina en relación con la atención al adulto mayor que limita el desempeño socioprofesional del futuro médico general. Su objetivo se basa en la elaboración de una estrategia didáctica sustentada en un modelo que posibilite resolver las insuficiencias en el proceso de formación de los estudiantes de la carrera de medicina en la disciplina MGI a través de la formación de la competencia gerontológica geriátrica que contribuya a una mejor atención integral al adulto mayor por el futuro MGIB.

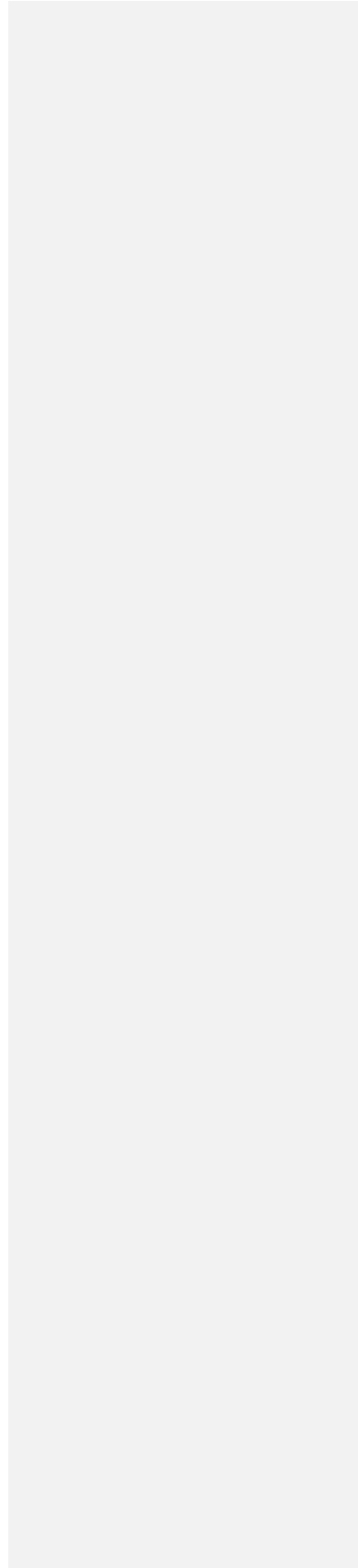
Se utilizan en la investigación métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Constituye el aporte teórico el modelo didáctico que revela las nuevas relaciones que se dan en el proceso de formación del MGIB para la atención integral al adulto mayor y la estrategia el aporte práctico. La novedad de la tesis está en resignificar el papel formativo de las competencias profesionales en función de mejorar la atención al adulto mayor a partir de la determinación de la competencia gerontológica geriátrica.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
CAPITULO 1. LA FORMACIÓN INICIAL DEL MÉDICO GENERAL PARA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR.	
1.1 Evolución histórica de la formación inicial del estudiante de la carrera de medicina para la atención al adulto mayor	
1.2 El proceso de formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor.	
1.2.1 La disciplina MGI en el proceso de formación del médico general y su incidencia en la atención al adulto mayor.	
1.2.2 Perspectivas contemporáneas de la formación por competencias de los profesionales.	
Conclusión parcial	
CAPITULO 2 MODELO DIDÁCTICO DE FORMACION DE LA COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIATRICA PARA LA ATENCION AL ADULTO MAYOR	
2.1 Estado actual de la formación inicial del futuro médico general para la atención integral al adulto mayor desde la disciplina MGI.	
2.2 Presupuestos epistémicos del modelo didáctico de la formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica.	
2.3 Componentes estructurales del modelo didáctico	
2.3.1 Componente teórico del modelo. Dimensiones y subdimensiones	
2.3.2 Componente metodológico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica	
2.3.3 Componente técnico.	
2.3.4 Componente actitudinal. Consideraciones acerca de los valores a formar	
Conclusión parcial	

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIÁTRICA EN EL MÉDICO GENERAL	
3.1 Fundamentos de la estrategia didáctica.	
3.2. Desarrollo de la Estrategia.	
3.3 Aplicación del método de expertos para corroborar la factibilidad y pertinencia de la estrategia y del modelo que la sustenta.	
3.3 Valoración de los resultados de la consulta a los expertos.	
3.4 Implementación de un pre - experimento para validar en la práctica el nivel de efectividad de la estrategia didáctica.	
CONCLUSIONES PARCIALES	
CONCLUSIONES GENERALES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento a nivel mundial está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad.

En la actualidad se ha descrito un proceso de transición demográfica a nivel mundial por el cual la proporción de adultos mayores es cada vez mayor respecto a los jóvenes. Este fenómeno se observa con características similares en América Latina.

La tendencia universal a la disminución de la fecundidad, de la mortalidad, de la natalidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años; de 204 millones en 1950, estimándose para el año 2050, este grupo poblacional pueda llegar acerca de 1900 millones¹. La población cubana tiene en estos momentos lo que se denomina en demografía "pródromos acusados de vejez poblacional". La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con la que se ha transformado la pirámide poblacional constituye una preocupación para los años futuros.

Según informes de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información de Cuba (ONEI), la población adulta de más de 60 años se incrementó en 0,3 % en el 2011, al alcanzar la cifra de 2 038 453 de adultos mayores, lo que representa el 18.1% del total de habitantes del país.²

Todas estas tendencias demográficas tienen consecuencias sociales, en la medida que la familia disminuya su número de componentes y que estos a su vez envejezcan, entonces el cuidado de los más viejos que tradicionalmente ha sido responsabilidad de la propia familia, tendrá que asumir nuevas fórmulas (estatales, institucionales e informales por la propia comunidad).

En el campo de la salud, las consecuencias de este envejecimiento poblacional son especialmente marcadas. Esto se debe a la concurrencia, junto a la transición demográfica, de una transición epidemiológica que ha llevado a que las enfermedades infecciosas sean sustituidas por las no infecciosas,

¹ CEPAL. El envejecimiento de la población 1950-2050". Boletín demográfico 2003; (32) [en línea]: www.eclac.org/cgi-bin/. [Consulta: 1 agosto 2011]

² ONEI El Envejecimiento de la Población Cubana. Indicadores de población 2011 La Habana 11/05/2012 p.1

habitualmente crónicas, muy ligadas a determinados estilos de vida y que se presentan preferentemente en adultos mayores. Por tanto, conforme envejecen las poblaciones no solo tienen más ciudadanos de edad avanzada, sino que estos necesitan más de los servicios de salud.

Con el envejecimiento acontecen diversos cambios biológicos en los sistemas del organismo, con disminución de sus reservas funcionales y de su capacidad de adaptación. Existen cambios en lo psicológico, en lo intelectual y el manejo por el equipo de salud, fundamentalmente del médico general, que debe conocer estos aspectos para lograr una atención competente a este grupo de edad.

El médico general responsable del cuidado de la salud de los adultos mayores de su radio de atención debe siempre ser diligente en la búsqueda de enfermedades, pero, fundamentalmente tratando de lograr la longevidad activa y satisfactoria como una condición de máxima expansión posible de la vida en condiciones de salud y bienestar, que permita a las personas mayores satisfacer sus expectativas personales y lograr su plena adaptación al medio ecológico y social en que se desenvuelven.

A nivel internacional desde la década de los 90 se habla de la necesidad de capacitar a los recursos humanos para una atención de calidad al adulto mayor.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable en el 2009 definió: "Los sistemas de salud deben afrontar el reto de la atención de un usuario con características y necesidades diferentes a las habituales. Para ello, los trabajadores del sector necesitan nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención del adulto mayor."³

Esto evidencia la necesidad de garantizar al futuro médico general la formación de competencias imprescindibles para dar respuesta a los problemas que presenta el adulto mayor. Esta formación del

Comentario [EABO1]:

³ BOARINI M., CERDA, E., ROCHA S. "La educación de adultos mayores en TICs. Nuevas competencias para la sociedad de hoy". Revista Iberoamericana en Educación y Educación en Tecnología. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina 2006 p.1-7

médico requiere de una alta profesionalización que implica el desempeño eficiente en su actuación, lo que presupone el logro de los perfiles (político ideológico, profesional y ocupacional) que respondan al Modelo del Profesional. (Anexo I) .

Se realizó un análisis epistemológico inicial acerca de la enseñanza de la geriatría en el pregrado. Entre los autores consultados que centran su estudio en el proceso formativo del médico general para la atención al adulto mayor se destacan a nivel internacional: L. Cornejo (2001), A. Requejo (2003), J. del Canto (2005), L. Rodríguez (2005), C. Cano, (2005), L. Gutiérrez, (2005), P. Paulo Marín, (2005), F. Morales (2005), M. Peláez, (2005), C. Zúñiga (2005) ,los cuales abordaron la necesidad de comenzar a trabajar en la enseñanza de la geriatría en el pregrado, para preparar a los futuros médicos en el cuidado de los adultos mayores dotándolos de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan atender dignamente a este grupo que acaparará la mayor parte de su esfuerzo profesional.

Parodi, J.F. (2005) Este autor se refiere a las insuficiencias de programas de geriatría, tanto en pre y postgrado, existe disparidad de métodos docentes, criterios de acreditación, tiempo de formación, y regulación de los mismos, además de una pobre capacidad de generar conocimiento propio que sea relevante para los sistemas de salud y adaptado a las necesidades de estos.

En Cuba han incursionado múltiples investigadores entre los que se destacan: L. Barthley (2003), M. Orosa (2003) , L. Gómez (2006), P. Aguilera (2010), que abordan diferentes aristas del adulto mayor, entre ellos: los aspectos éticos y humanos en la enseñanza de su atención integral, sus necesidades de aprendizaje desde la Universidad del adulto mayor, hasta proyectos que abordan los cambios de estilo de vida de los mismos, todos en la esfera del postgrado y en la educación permanente.

Para el proceso formativo inicial A. Fernández (2010) propuso un módulo para la enseñanza de la geriatría en pregrado inserto en la asignatura de Medicina Interna, ya que señala la carencia de los contenidos en la carrera de medicina, y aunque los mismos no han sido aprobados en el plan de estudio, constituye un

intento de introducir los conocimientos y habilidades en el minicurrículo necesarios para la atención integral del adulto mayor.

La investigación realizada por M. Verdecia (2010), si bien se refiere a la necesidad de vincular los contenidos de las actividades educativas propias de la Universidad del Adulto Mayor con la vida lo cual pertenece al ámbito de la Educación permanente, éste asevera en su revisión histórica del pregrado que “en el currículo de la carrera de medicina no se producen modificaciones importantes que implique a la gerontogeriatría como un contenido significativo en ella.”⁴

R. Reyes (2011), en sus investigaciones identifica la carencia de los contenidos de la gerontogeriatría en la disciplina Medicina General Integral y dificultades en la formación de competencias para la atención al adulto mayor en el pregrado.

La OMS⁵ reconoce que en general, la formación de los profesionales sanitarios tiene un pequeño contenido en materia de atención a las personas mayores. Sin embargo, el tiempo que pasan atendiendo a este sector de la población va en aumento. Sostiene que todos los prestadores de atención sanitaria deben poseer formación geriátrica, independientemente de cuál sea su profesión.⁵

En la Clausura del VIII Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología, realizado en La Habana en marzo del 2012, la doctora M. Chan, directora de la OMS, significó que la población en el orbe va camino a los mayores de 80 años de edad y destacó que Cuba es el país más envejecido de América, y enfatiza que se necesitan cambios en los modelos de atención, sistemas de salud y educación médica.⁶

⁴ VERDECIA ROSÉS, M. Estrategia socioeducativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. Centro de estudios para la Educación Superior “Manuel F. Gran”. Universidad de Oriente.2010. p.17

⁵ OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. Noticias Médicas de IntraMed. 4 noviembre 2011[en línea] <http://www.intramed.net/contenidover.asp> [Consulta: 12 de noviembre de 2011] p 1- 3

⁶ ARMAS PADRINO, I. “Cuba por más años de vida y calidad en la vejez”. Periódico Granma. ISSN 0864-0424. Edición Única. Año 48 No.107. La Habana. p1 5 de Mayo de 2012

El análisis bibliográfico realizado permite constatar que existe una carencia teórica en relación con la formación de conocimientos destinados específicamente a la atención al adulto mayor por el futuro médico general.

En criterios vertidos por los docentes que imparten la disciplina Medicina General Integral en los policlínicos universitarios Camilo Torres, López Peña, Municipal y Josué País de Santiago de Cuba en los cursos 2007/2008 y 2008/2009 (Anexo 2) se constató que la formación de los estudiantes con respecto a la atención a los adultos mayores se realiza a partir de la práctica, es decir desde la atención que este grupo poblacional recibe en los espacios atencionales, en donde a la vez que brindan atención médica, realizan el proceso enseñanza aprendizaje, pero no está concebido en el programa de la disciplina.

Además el investigador posee más de 15 años de experiencia en la atención a los adultos y adultos mayores, es profesor y directivo de las aulas de La Universidad del Adulto Mayor del Consejo Popular Heredia lo que sirvió para comprender la magnitud de esta problemática, en la que se destaca el desconocimiento teórico de que el adulto mayor tiene problemas específicos de salud que deben ser precisados y atendidos de forma adecuada en el proceso de enseñanza aprendizaje del futuro médico general.

El desconocimiento de esta problemática en los planes de estudio de la carrera de medicina se pone de manifiesto en la insuficiente atención a los ancianos, lo que se evidencia: en la tendencia al viejismo en el manejo integral a este adulto mayor; insuficientes conocimientos de las transformaciones que se producen en el proceso de envejecimiento y sus particulares problemas de salud; dificultad para lograr de forma adecuada el diagnóstico del autovalidismo dentro del análisis de la situación de salud de su área de atención, mostrando poca creatividad e independencia.

El análisis causal demuestra además que: en el proceso formativo del médico general no se tienen en cuenta que el adulto mayor tiene peculiaridades propias del proceso de envejecimiento que lo hace un grupo poblacional que requiere un tratamiento diferenciado.

El diseño curricular de la disciplina MGI no muestran una adecuada estructura en correspondencia con las necesidades formativas de los futuros médicos generales para la atención integral a los adultos mayores, con respecto al contenido (conocimientos, habilidades, valores).

El Ministerio de Salud Pública declara entre los objetivos generales del subprograma de Atención Comunitaria al adulto mayor, mejorar la salud de la población de 60 años y más, lo cual no se alcanza de forma óptima, al no precisarse en el proceso didáctico de la disciplina MGI los presupuestos teóricos-metodológicos para alcanzar tales objetivos.

Estas insuficiencias tienen su centro en el proceso formativo del estudiante que no contempla desde lo curricular y la dinámica la formación y sistematización de competencias para la atención al adulto mayor.

Teniendo en cuenta los elementos antes expuestos se plantea como problema científico: Insuficiencias en la orientación didáctica de los programas de medicina en relación con la atención al adulto mayor que limita el desempeño socioprofesional del futuro médico general.

Este problema permite centrar como objeto de la investigación: El proceso de formación inicial del médico general.

Para darle solución al problema planteado se precisa como objetivo de la investigación:

Elaboración de una estrategia didáctica sustentada en un modelo de formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica en los estudiantes de la carrera de medicina desde la disciplina MGI.

El campo de acción se limita a la formación de la competencia profesional para la atención al adulto mayor en la disciplina MGI.

En consecuencia la hipótesis consiste en que la aplicación de una estrategia didáctica sustentada en un modelo de formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica desde la disciplina MGI en el proceso formativo del futuro médico a través de la relación transferencia-generalización-funcionalidad propia del proceso de sistematización de esta competencia, contribuirá a mejorar el desempeño profesional del futuro médico general para la atención al adulto mayor .

En correspondencia con el objetivo y la hipótesis, se realizaron las siguientes tareas científicas:

1. Determinar la evolución histórica que ha tenido la formación inicial del estudiante de la carrera de Medicina con respecto a la atención al adulto mayor.
2. Caracterizar el proceso de formación inicial del estudiante de la carrera de Medicina para la atención al adulto mayor.
3. Fundamentar el proceso de la formación de la competencia para la atención integral al adulto mayor.
4. Diagnosticar la situación actual de la formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor.
5. Diseñar el modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica.
6. Elaborar la estrategia didáctica para la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el médico general.
7. Corroborar el valor del modelo propuesto y la factibilidad de la estrategia didáctica.

Para el cumplimiento de las tareas científicas se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

Métodos teóricos: Histórico lógico: se utiliza en el estudio de la evolución histórica que ha tenido la formación profesional del médico general en la carrera de Medicina para la atención al adulto mayor y establecer sus características fundamentales que se han presentado en dicho proceso. Este método es utilizado en toda la investigación.

Análisis y síntesis: para el estudio crítico de la bibliografía que se realiza a lo largo de toda la investigación, además en los procesos del diagnóstico y de validación.

Hipotético- deductivo: se emplea en la conformación de la hipótesis de la investigación y a partir de ella conducir el proceso investigativo en el análisis y construcción del modelo, la teoría que servirá de base a la estrategia que se propone.

Sistémico – estructural: Para precisar el sistema de relaciones del modelo y de la estrategia; así como de la relación de los componentes del proceso formativo en la disciplina MGI de la carrera de medicina.

Modelación: Para la elaboración del aporte teórico, que permite representar las características y relaciones fundamentales del fenómeno que se investiga, que cumple una función heurística al permitir descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de estudio .

Hermenéutico - dialéctico: Para la interpretación de diferentes enfoques y presupuestos teóricos vinculados a la temática investigada.

Métodos empíricos:

- Observación del modo de actuación de estudiantes y desempeño de profesores en su quehacer profesional en la atención al adulto mayor.
- Encuesta a estudiantes y profesores para recoger sus criterios acerca del problema abordado.
- Entrevistas a profesores para indagar sus conocimientos acerca de la competencia para la atención al adulto mayor.
- Criterio de expertos para valorar la factibilidad del modelo y la estrategia.
- Pre - experimento: para validar en la práctica profesional médica la efectividad de la estrategia aplicada parcialmente.

Métodos estadísticos:

La estadística descriptiva se empleó para el procesamiento, tabulación y análisis de los datos que se obtuvieron en la aplicación de los instrumentos. El análisis porcentual permitió cuantificar e interpretar los datos de la investigación.

La contribución a la teoría consiste en el modelo didáctico de formación de la competencia gerontológica geriátrica en el médico general para la atención integral al adulto mayor.

La novedad consiste en las relaciones didácticas que sustentan el modelo de formación de la competencia gerontológica geriátrica en el futuro médico general desde la disciplina MGI, estructurada a partir de la relación *objetivo* (sobre la base del carácter rector y mediador del ideal de desempeño del futuro médico general en sus funciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con respecto al adulto mayor) *contenido* (lo gerontológico - geriátrico) y *método* (de solución de problemas en la atención al adulto mayor).

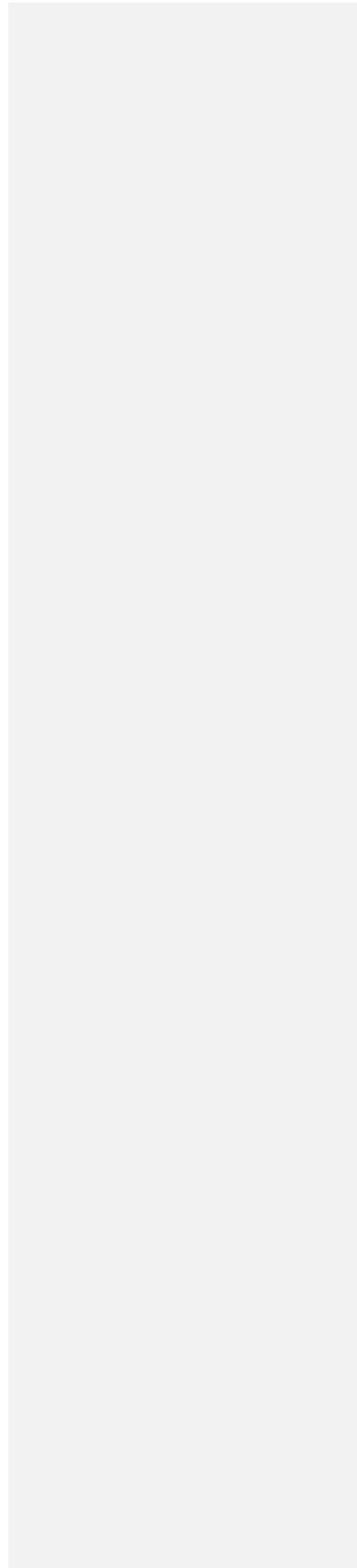
El aporte práctico es la estrategia didáctica para conducir la formación de la competencia profesional del futuro médico general relacionadas con la atención al adulto mayor.

La significación práctica de la investigación radica en la posibilidad de elevar el nivel de profesionalidad del médico general y lograr una mayor calidad del proceso de atención médica integral a los adultos mayores en Cuba a partir del perfeccionamiento de los modos de actuación del futuro médico general .

Actualidad. La investigación responde a dos programas prioritizados del sector de la salud: Atención al Adulto Mayor y Formación de Recursos Humanos en Salud, además están identificadas dentro de las áreas prioritizadas en las proyecciones de la Salud Pública Cubana hasta el 2015 en lo relativo a los grupos especiales (adultos mayores). Además se encuentra reflejado el lineamiento 144, de la Resolución sobre los lineamientos de la política económica y social del VI Congreso del PCC.

La investigación se sustenta en la filosofía marxista leninista. En el primer capítulo se abordan los presupuestos teóricos de la atención al adulto mayor en el proceso formativo del futuro médico general. En el capítulo II se presenta el aporte teórico, que consiste en la concepción del modelo didáctico. A la fundamentación y explicación del desarrollo de la estrategia didáctica propuesta se dedica el capítulo III, el cual concluye con la corroboración de la factibilidad de los resultados obtenidos a través de la aplicación de un pre - experimento y la valoración del criterio de expertos.

CAPÍTULO I



CAPITULO 1. LA FORMACIÓN INICIAL DEL MÉDICO GENERAL PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR .

En este capítulo se determinan las tendencias de la evolución histórica del proceso de formación inicial y se caracteriza el proceso formativo del futuro médico general y la disciplina MGI, con especial énfasis en la necesidad de desarrollar una competencia profesional imprescindible para la atención médica de calidad al adulto mayor.

1.1 Evolución histórica de la formación inicial del estudiante de la carrera de medicina para la atención al adulto mayor.

En la literatura consultada (G. Delgado (2004) y G. Toledo (2007) se definen tres grandes períodos en la historia de la medicina cubana relacionadas con etapas de la historia del país a partir de 1492 (Colonia, Neocolonia y Revolución en el poder).

Es factible para comprender la importancia del objeto y campo de estudio de esta investigación realizar un breve recorrido histórico acerca del mismo desde la colonia.

En el período colonial durante el 1825 se pone en práctica el primer modelo estatal de atención primaria en Cuba con el nombre de "Facultativo de Semana", el cual dependía de la Junta Superior de Sanidad y se mantuvo hasta 1871 en que cambia por el de "Casa de Socorro." El anciano no disfrutaba de una atención específica y calificada por no constituir un problema de salud de interés por los gobernantes de turno, entre otras causas a la existencia de una corta esperanza de vida y ser las enfermedades infectocontagiosas las que predominaban en el cuadro sanitario cubano. Esto tuvo su repercusión negativa en el plan de estudio de

este período, el cual no hacía referencia alguna a la enseñanza que tributara a la atención al adulto mayor.

Se promovía una formación de carácter asistencialista, curativa e individual.⁷

En el período neocolonial se mantuvo como modelo estatal fundamental el de las Casas de Socorro para la atención a la mayoría de la población y una minoría era atendida en clínicas privadas y mutualistas hasta el inicio del triunfo de la Revolución.

Durante este período no existía en el currículo del estudiante de la carrera medicina los contenidos referidos a la formación de habilidades específicas para la atención al adulto mayor, lo que se reflejó en su insuficiente desempeño profesional a este grupo de edad.

Se evidencia de forma general que estos dos períodos no marcaron hitos importantes en la formación del médico general para la atención al adulto mayor.

Al triunfar la Revolución se inicia un nuevo período en la que se producen cambios radicales en favor de la salud del pueblo que marcan un viraje en la historia de la atención médica cubana.

Se parte de este período revolucionario (1959 a la actualidad), de la concepción teórica y práctica asumida en la formación de este profesional para la atención al adulto mayor en el proceso formativo de la carrera de Medicina.

A partir de considerar la estrecha relación que existe entre los modelos de atención médica, el tratamiento curricular en la formación del médico y las habilidades necesarias para la atención al adulto mayor, el análisis de la evolución histórica se realizó sobre la base de los siguientes indicadores:

- Concepción de la formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor.
- Tratamiento curricular de la formación de competencias para la atención al adulto mayor en el médico general.

⁷ TOLEDO CURBELO, GJ. Fundamentos de la Salud Pública, Tomo I, La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007. p. 21-23

- Peculiaridades de la atención al adulto mayor por el médico general.

Estos indicadores se seleccionaron teniendo en cuenta que la información a periodizar en esta investigación, por interés del autor, se encuentra definida en el objeto y el campo. El tratamiento curricular para la atención al adulto mayor ha estado influenciado y determinado por los diferentes modelos de atención por los que ha atravesado la salud pública cubana.

En este sentido se parte de considerar como antecedentes, los períodos comprendidos entre 1959 – 1969 (inicio de la formación del médico en el contexto del Sistema Nacional Único Integral de Salud), en el que se destacan como hitos la creación en 1964 del modelo de policlínico integral, con una función eminentemente asistencial, curativa y preventiva, con una atención deficiente al adulto mayor al no estar este grupo poblacional dentro de los sectores priorizados de la sociedad, es necesario tener en cuenta que en este momento la expectativa de vida era de apenas 59 años, por lo que la atención al adulto mayor no constituía una prioridad. Además el período 1970 – 1979 (en que la formación del médico se inscribe en el nuevo modelo de la medicina comunitaria); y en el que se destaca la creación en 1974 del primer programa de atención integral al adulto mayor, que representó un paso de avance en lo organizacional del sistema desde el punto de vista asistencial y el surgimiento del modelo medicina en la comunidad.

En ambos períodos si bien no se aborda de manera directa y sistémica la atención al adulto mayor ya se manifiestan preocupaciones y acciones encaminadas a preparar al médico para la misma, fundamentalmente debido a que con la revolución y las transformaciones sociales rápidamente comienza a aumentar la esperanza de vida y una tendencia a un envejecimiento de la población.

Sobre estos presupuestos se determinan las siguientes etapas:

Etapas I: (1980-1989): Formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor integrada en el modelo del médico y la enfermera de la familia.

Etapa II (1990 – 1999): Formación del médico general para la atención al adulto mayor desde los programa de atención a este sector poblacional.

Etapa III (2000 hasta la actualidad) Formación del médico general para la atención al adulto mayor desde la práctica profesionalizante.

Etapa I (1980-1989): Formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor integrada en el modelo del médico y la enfermera de la familia.

La década de los años 80 constituyó una etapa de consolidación política, económica y social del país que le permitió asumir un nuevo reto en su desarrollo. En 1982 se instituye el plan de atención nacional al adulto mayor y junto con este se aprueba como especialidad médica a la geriatría, lo que constituyó un paso de avance en la atención a este grupo de edad sin embargo, no satisfizo las necesidades de atención a los mismos.

Con estos avances en la organización del sistema de salud y los logrados por la medicina comunitaria, se crea así el modelo del Médico y Enfermera de la Familia, con énfasis, en el plan de atención integral a la familia iniciado experimentalmente en 1984. Este modelo constituye una significativa contribución a la teoría y la práctica de la atención primaria de salud, con nuevas tecnologías en el campo de la promoción, prevención, recuperación, control y rehabilitación de salud, con acento en las dos primeras funciones, a pesar de esto no se modifica sustancialmente la atención al adulto mayor.

En el año 1986 se propone a la Asamblea Nacional del Poder Popular, un programa dirigido a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y facilitar su atención en instituciones estatales.

Todo esto demandó un sustancial cambio curricular, que respondiera a la formación de los egresados un dominio de los conocimientos y habilidades de la profesión que le permitiera aplicar en toda su amplitud los métodos epidemiológico, clínico y social, se impuso la elaboración de un nuevo plan de estudios cuya implantación comenzó en el curso escolar 1985-1986, que entonces concebía como egresado a un médico general básico (MGB).

Se precisaron los contenidos, objetivos específicos, se determinaron los niveles de profundidad y generalidad, así como el grado de dominio de las habilidades necesarias para la solución de los problemas de salud, sin embargo esos cambios ya reflejaron la necesidad de lograr un proceso más integral con especificidades para la atención al adulto mayor.

Etapa II (1990 – 1999): Formación del médico general para la atención al adulto mayor desde los programa de atención a este sector poblacional.

Durante esta etapa, en relación al modelo de salud que se implementa para la ancianidad, se enmarca en el surgimiento del Grupo Nacional de Geriátría y Gerontología de esta especialidad dentro de las ciencias médicas cubanas, las que contribuyeron al análisis del proceso de envejecimiento como resultado del desarrollo de todos los aspectos de la sociedad y el individuo.

Otros hechos trascendentes en el modelo de salud lo fueron, el establecimiento del Programa de Atención al Anciano Institucionalizado y en la Comunidad y el Programa de Terapia Ocupacional -

Fisioterapia. En esta etapa (1994) se aprueba el actual programa nacional de salud del adulto mayor dirigido a normalizar las acciones específicas de atención a este grupo de edad en la comunidad, en las instituciones y en los hospitales en el año 1999.

Estos programas tuvieron un impacto en el aumento de la calidad la atención de la salud al adulto mayor, por parte de un personal especializado que logra mejorar su desempeño a través de diplomados, maestrías y otras formas del posgrado, lo que influyó favorablemente en concientizar la necesidad de la formación de un profesional que estuviera preparado para la atención al adulto mayor.

Con respecto a los aspectos formativos del futuro médico, tanto en su currículo como en su dinámica, no sufrieron cambios sustanciales, aunque se vieron discretamente influenciados por las transformaciones positivas atencionales que produjeron estos programas en la atención al adulto mayor.

Etapa III. (2000 hasta la actualidad) : Formación del médico general para la atención al adulto mayor desde la práctica profesionalizante.

En el continuo perfeccionamiento del proceso formativo del médico, comienza en el curso 2003 -2004 el internado profesionalizante, donde el estudiante de Medicina de sexto año, en su condición de alumno interno, ejerce un nivel de actuación en la Atención Primaria de Salud (APS), cada vez más cercano al que practica el especialista en Medicina General Integral, mediante la inserción de los mismos en un consultorio en la APS, en el cual brindan atención médica, a través de una práctica de profesionalización en Medicina General Integral y cumplen con todas las funciones establecidas para un graduado, por lo que se denominó al egresado de este modelo de formación Médico general Integral Básico (MGIB).

Se comienza en el 2004 un proceso de ampliación de las oportunidades de acceso a los estudios universitarios en busca de extender y consolidar el saber de la población como parte de la formación de una cultura general integral. Dentro de este proceso se inicia en todo el país, el Proyecto Policlínico Universitario en el 2006.

En los meses de marzo a abril del año 2010, se produce por la Comisión Nacional de Perfeccionamiento de Planes y Programas una reingeniería del programa de la carrera de Medicina, se reconoce en el debate la necesidad de identificar al adulto mayor como un problema de salud y la impostergable necesidad de comenzar a impartir los conocimientos y habilidades necesarios para la atención al adulto mayor, ya que los cambios demográficos así lo imponen.

El médico general integral básico deja de llamarse así para ser médico general para ajustarse a la nomenclatura internacional que tienen los egresados de las Ciencias Médicas en otras partes del mundo. A pesar de estos cambios, aún existen grandes insuficiencias en la formación de un profesional capaz de darle solución con creatividad e independencia a los problemas de salud del adulto mayor.

A pesar de que este proyecto tiene ventajas, ya que es más integral y se ajusta más a los propósitos del modelo del profesional con un enfoque sociomédico desde el punto de vista del desarrollo del proceso formativo se mantienen las dificultades cuando se analiza la complejidad de las funciones de este médico

general integral básico que le permita la atención integral al adulto mayor, donde se identifica la insuficiencia de conocimientos, habilidades, hábitos y de procedimientos para la atención integral al adulto mayor.

En el análisis realizado se puede advertir que la evolución histórica de la formación del médico cubano para la atención al adulto mayor ha presentado en todas las etapas analizadas carencias curriculares y deficiencias en la dinámica del proceso formativo que han influido en las insuficiencias que presenta el futuro médico general en la atención al adulto mayor, no obstante se observa una tendencia a concientizar y perfeccionar las acciones encaminadas a la formación del médico en este sentido que se corresponde con el aumento de la esperanza de vida y la tendencia al envejecimiento poblacional y con el humanismo de la Revolución .

1.2 El proceso de formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor.

La formación es una de las principales categorías de la Pedagogía. Investigadores como: G. Ferry (1991), D. Schön (1992), Á. Pérez (1993), R. Flores (1996), F. Díaz y G. Hernández (1998), C. Correa (1999), J. Gimeno (1999-2002), H. Fuentes (2000), J. Elliot (2000), E. Morin (2000), G. Posner (2001), C. Navia (2005), F. Álvarez(2008), lo analizan desde distintos puntos de vista y abordan el proceso formativo desde una visión integradora que parte del perfil del egresado y su desempeño profesional, pero en sentido general concuerdan que deben preparar al futuro profesional para afrontar la vida, con capacidad para asumir responsablemente las nuevas tecnologías de la información y comunicación, y que le permita reflexionar sobre su propia práctica, autoevaluarse y con capacidad de resolver los problemas que se le presenten en su esfera profesional.

En la obra "La Pedagogía como Reflexión del Ser en la Educación", J. Orrego (2007) plantea sobre la formación: "es todo aquello que permite a cada sujeto ser único e irrepetible, construir una identidad propia, proyectarse en relación a su contexto; en este sentido la formación podría ser todo ese cúmulo de experiencias significativas de aprendizaje, en relación no sólo con la educación y los conocimientos que le son impartidos en la escuela (en sus diferentes niveles), sino también en la infinitud de saberes que se

encuentran a su alrededor y durante toda su vida, y que se construyen en el mundo de la vida, donde se relaciona con el otro y lo otro, y donde sus formas de ver el mundo cobran sentido y significado.”⁸

Se destaca así en la formación la participación activa de los sujetos, a partir de la interacción con otros y la posición reflexiva y autorreflexiva que asumen. Los análisis de estos autores también permiten valorar la relación de la formación con los procesos de desarrollo y educación.

Desde los referentes anteriores consideramos que, en general, las ideas principales de estos autores acerca de la formación se pueden resumir en:

La formación es un proceso que transcurre durante todo el desarrollo evolutivo del ser humano; parte de la comprensión por el sujeto de su propia existencia, la atención y cuidado de sí y la responsabilidad ante su yo; es una función, capacidad evolutiva o actividad que tiene como máxima pretensión el desarrollo de las potencialidades del individuo.

Implica la participación activa de los sujetos a partir de la interacción con otros y la posición reflexiva y autorreflexiva que asumen; se relaciona con los procesos de desarrollo, aprendizaje y educación. La formación implica desarrollo y se logra a través de la educación. El aprendizaje es el mecanismo mediador. Es un complejo proceso de construcción activa de la subjetividad de los implicados en relación con las influencias externas, es decir es un proceso de interrelación entre lo interno y lo externo, que requiere de la atención especializada y diferenciada. El proceso formativo ha sido motivo de estudio de múltiples autores, desde diferentes ángulos y enfoques.

Para C. Álvarez (1999) la formación es “el proceso y el resultado cuya función es la de preparar al hombre en todos los aspectos de su personalidad. Es un proceso totalizador cuyo objetivo es preparar al hombre

⁸ ORREGO NOREÑA J. F. La Pedagogía como reflexión del ser en la educación. 2007. Pág. 33

como ser social, que agrupa en una unidad dialéctica sobre la base del criterio de las funciones que persigue: los procesos educativo, desarrollador e instructivo⁹.

Además los clasifica atendiendo al nivel teórico, científico y de sistematicidad como se desarrollan: proceso formativo escolar (proceso docente –educativo, proceso extradocente y proceso extraescolar) y el no escolar (proceso formativo de la familia, proceso formativo de las instituciones políticas y de masas y otras instituciones sociales).

O. de Landaluce (2006) define "el proceso formativo como aquel proceso en el cual el individuo adquiere su plenitud, tanto desde el punto de vista educativo como instructivo y desarrollador. Este a su vez se proyecta en tres dimensiones, en tres procesos con funciones diferentes: el proceso educativo, el proceso desarrollador y el proceso instructivo"¹⁰.

Estos autores abordan de forma general el proceso de formación como categoría pedagógica, sin distinguir las características particulares que posee el proceso de formación profesional; al tener como objeto, la formación de la personalidad del profesional y su vínculo con el desempeño posterior en el ámbito laboral.

Al analizar la formación de los profesionales universitarios en Cuba, P. Horruitinier (2008) considera que esta categoría se emplea para caracterizar el "proceso sustantivo que se desarrolla en las universidades con el objetivo de preparar integralmente al estudiante en una determinada carrera universitaria. Comprende tanto estudios de pregrado como de postgrado, es decir formación inicial, continua y permanente"¹¹.

Hoy comienza a predominar la idea que la universidad cubana viene defendiendo desde los años ochenta la formación de los profesionales de perfil amplio, el cual permite una mayor movilidad del hombre, que le facilita un desarrollo personal equilibrado, la mejora de sus capacidades básicas, su autoestima, autodeterminación, sensibilidad de ética y estética, sentimiento de responsabilidad y competencia para estar en mejores condiciones, para aceptar los retos normales de la vida, no sólo laborales.

⁹ ALVAREZ DE ZAYAS C. La escuela en la vida. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1999. p 91

¹⁰ LANDALUCE, O. Pedagogía. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 2006, p.9

¹¹ HORRUITINIER SILVA, P. La universidad cubana: el modelo de formación. La Habana: Ed: Félix Varela, 2008. p.17 -18

Otros autores han definido el proceso formativo del profesional. Así J. Forgas (2005) define el proceso de formación profesional como: "aquel proceso que de modo consciente se desarrolla a través de las relaciones de carácter social y laboral que se establecen entre aprendices, profesores y empresas con el propósito de educar, instruir y desarrollar a los primeros, dando respuesta a las demandas de la sociedad de forma planificada y organizada asumiendo los cambios sociales, pedagógicos y tecnológicos así como sus perspectivas"¹²

Este autor profundiza en la formación tecnológica de forma particular, a través, de la formación por competencias, con énfasis gerencial.

Para H. Fuentes (2009) el proceso de formación de los profesionales constituye:

"Un proceso de desarrollo humano; un espacio de construcción de significados y sentidos, entre sujetos, el proceso constituye la realidad objetiva, esto es, la transformación que se produce en construcción de significados y sentidos en los sujetos implicados"¹³.

Estas definiciones tienen un carácter eminentemente social, para dar cumplimiento a los requerimientos de la sociedad para la formación del profesional, pero no satisfacen las peculiaridades de la formación del profesional de la Medicina; por lo que para los fines de esta investigación se asume la definición dada por R. Reyes y colaboradores (2008) define como:

"El proceso formativo inicial del médico general : aquel proceso consciente que se desarrolla a través de las relaciones que se establecen entre los futuros médicos generales, sus tutores, profesores, directivos y la familia , individuo y la comunidad, con el objetivo de formar la personalidad de un profesional de la salud con conocimientos, habilidades y valores que se manifiesten en un desempeño profesional competente, elevado compromiso humano y social que de respuesta a las demandas de la sociedad, solucionando creativamente los problemas de salud con un enfoque eminentemente clínico, epidemiológico

¹² FORGAS BRIOSO, J. Las competencias profesionales., un nuevo enfoque. Quito Ecuador.[sa]

¹³ FUENTES, H. Modelo Educativo de la Universidad Estatal de Bolívar "La Universidad Humana y Cultural". CeeS "Manuel F Gran". Universidad de Oriente. 2009.

y *social*, definición que se asume debido a que en ella se expresan las características fundamentales del proceso de formación del médico general.¹⁴

En el proceso de formación inicial del médico general se distinguen como características básicas:

- La contribución a la formación de una personalidad integral, multifacéticamente desarrollada, con sólidos conocimientos científicos, que le permitan incorporar los avances de la ciencia y la técnica, capaz de utilizar los modernos medios de la información científico-técnica contemporáneos, con un amplio desarrollo de las capacidades intelectuales y físicas poseedores de una adecuada educación cultural, estética, moral, ética, laboral, política, capaces de comunicarse en otro idioma y que sean activos constructores de su sociedad.
- La promoción de la concepción integral, del paradigma bio – psico- social ecológico o sociomédico; tiene presente los más elevados principios ético - morales humanista en la práctica de la profesión; el desarrollo del aprendizaje basado en problemas, a partir de la propia realidad y el trabajo práctico; extrapolar las formas organizativas de la atención médica y las formas organizativas de la enseñanza¹⁵.

Propicia el dominio teórico práctico de la Medicina como ciencia; estimula el enfoque integral de cada persona sana o enferma, valorando los aspectos de promoción, prevención, curativo y de rehabilitación; enseña a pensar y aplicar la metodología científica; interiorizar como la forma de enseñar y educar a los médicos y profesionales de la salud en las condiciones del Modelo del Proyecto Policlínico Universitario "la de partir de la realidad" (problema de salud individual, colectivo, social, ambiental) al texto y de este de nuevo a la realidad.

Una de sus características fundamentales radica en que es en la actividad atencional, donde se alcanzan los objetivos de la formación del profesional, por ser este el medio idóneo para establecer la relación teórico – práctica, expresión máxima para el aprendizaje y consolidación de conocimientos y habilidades, así

¹⁴ REYES MEDIACEJA, R., BASTART ORTIZ, E., TAMAYO REUS, C. Y MERCADERES FERRER, MA DE LOS A. MERCADERES Proceso formativo profesional. Enfoque semántico y filosófico. Relevante en XVI Forum Provincial 2008 p6
¹⁵ ARTEAGA, J. Y FERNÁNDEZ J., Manual Enseñanza de la Clínica. CD de Maestría de Educación Médica. La Habana, ENSAP,2006

como para desarrollar las capacidades para la creación y toma de decisiones de acuerdo con las características de los problemas que se le presentan al profesional de la Medicina, durante el desarrollo de la actividad asistencial y utilizando el método clínico – epidemiológico con enfoque social (método científico de la profesión), el cual manifiesta la lógica del proceso, mostrando la vía para que pueda alcanzarse el resultado como concreción del objetivo, en la satisfacción del problema¹⁶.

En el proceso formativo inicial del médico general las disciplinas y asignaturas se distribuyen por ciclos:

- Ciclo a predominio de las ciencias básicas: (los tres primeros semestres) incluye las asignaturas biomédicas y de ciencias sociales con la implementación de la Morfofisiología en interdisciplinariedad con la disciplina principal integradora.
- Ciclo básico de la clínica: (cuarto y quinto semestre) incluye Anatomía Patológica, Genética Médica, Agentes Biológicos, Propedéutica Clínica y Semiología Médica, Informática Médica II, además de la MGI correspondiente al cuarto semestre.
- Ciclo a predominio clínico: (a partir del sexto semestre) incluye las estancias por los diferentes servicios en los hospitales y áreas de salud, culminando con el internado en el sexto año.

Como parte de la formación general se contempla la enseñanza de un idioma extranjero desde el primero hasta el quinto año, la práctica de la Educación Física los cuatro primeros semestres, Informática Médica, así como la Preparación para la defensa –o Medicina de desastres-, Filosofía, Salud e Historia de Cuba o Historia y Medicina. (Anexo III Mapa curricular.)

En los escenarios de la APS la docencia directa con los alumnos es asumida por el Profesor Integral, como figura protagónica principal, un especialista de MGI y en casos excepcionales, un residente de los últimos años de dicha especialidad y también por profesores de otros perfiles, según sea necesario. El profesor

¹⁶ Ibidem

debe constituir un modelo para el estudiante, al que guiará durante todo el proceso de formación, de acuerdo a las funciones y atribuciones que el proyecto define.

En los escenarios de la atención secundaria el trabajo docente lo realizará el profesor con su grupo básico de trabajo (GBT), cuidando de mantener el enfoque hacia la comunidad, en cada una de las acciones que desarrolla en el proceso. En ambos casos el estudiante debe integrarse a las actividades docente-asistenciales e investigativas propias de cada escenario, donde participa activamente en su autoformación integral.

El aprendizaje activo, caracterizado por la solución de problemas, que es el traslado a nivel pedagógico del método clínico, con el apoyo de los medios técnicos, la búsqueda activa de información y el aprendizaje en grupo, constituyen la característica fundamental de este proceso.

Estrategias curriculares: Se adoptan las siguientes estrategias: ① estrategia educativa de la carrera (formación de valores, formación humanística), ② Informática Médica e Investigación, ③ Dominio del idioma Inglés, ④ Medicina Natural y Tradicional y ⑤ Salud Pública y Formación Ambiental, las cuales contribuyen a alcanzar los objetivos educativos e instructivos de la carrera.

En relación a la contribución que hacen las diferentes disciplinas y asignaturas de la carrera de medicina en el proceso formativo del médico general en la disciplina Morfofisiología, (primer semestre) aunque no aparece de manera explícita en el programa se abordan las diferencias morfofisiológicas, del tejido óseo en las diferentes edades incluyendo al adulto mayor y en el segundo semestre se imparte en los temas de endocrinología la glándula paratiroides y se orienta como estudio independiente: "El envejecimiento. Mecanismos básicos y características". En la disciplina de Farmacología (3er año) en el sistema de habilidades de la disciplina aparece como habilidad a lograr: - Prescribir racionalmente medicamentos con fundamentos científicos, teniendo en cuenta a los grupos especiales entre ellos el adulto mayor. En el

programa de Salud Pública (5to. año) en el que se imparte el Análisis de Situación de Salud se abordan de forma general entre ellos los programas de atención al adulto mayor.

Se observa un acercamiento desde el punto de vista docente metodológico a los problemas de salud del adulto mayor, sin embargo, aún se evidencia insuficiencias que afectan a la orientación didáctica de los programas al no precisarse los contenidos del adulto mayor en los programas de la carrera de medicina y dificultades en el tratamiento desde la didáctica.

1.2.1 La disciplina MGI en el proceso de formación del médico general y su incidencia en la atención al adulto mayor.

La disciplina MGI es la disciplina principal integradora al cumplir con los requisitos ofrecidos por P. Horrutinier (2008)¹⁷ al desarrollarse desde el primer año de la carrera hasta el 6to. año; abarca como promedio la tercera parte del total del currículo, su contenido esencial es investigativo laboral y a ella se subordinan las restantes disciplinas.

Tiene como objeto de estudio la atención integral a los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente aplicando el método clínico-epidemiológico y social.

Posee características curriculares que permiten realizar modificaciones para introducir el contenido del adulto mayor, adecuando objetivos y métodos.

Objetivos de la disciplina.

Objetivos Generales Educativos.

1. Aplicar el enfoque materialista dialéctico y el método científico en el desarrollo de las acciones integrales, con el propósito de preservar o mejorar el estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, mediante la apropiación de modos de actuación.

¹⁷ HORRUITINIER SILVA, P. La universidad cubana: el modelo de formación. La Habana: Editorial Félix Varela. 2008.

2. Contribuir a formar un modo de actuación dentro de un marco ético adecuado a los principios de nuestra sociedad socialista, con un desempeño que exprese el humanismo e internacionalismo que forman parte de los valores que se integran en su personalidad profesional.

3. Asumir e incorporar el paradigma de la salud familiar y comunitaria como respuesta educativa al encargo social de contribuir a la salud de nuestro pueblo y otros pueblos del mundo.

4. Desarrollar las políticas vigentes en nuestro país para brindar una atención integral al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto y al adulto mayor como respuesta educativa y social

Objetivos Generales Instructivos

- Interpretar la comunidad y el ambiente como objeto de transformación por el médico general integral en sus diferentes esferas de actuación.

- Realizar procedimientos para el Análisis de la Situación de Salud como la investigación científica médica, epidemiológica y social más importante realizada en la APS.

- Brindar atención médica integral a las personas sanas o enfermas en su contexto familiar y social, mediante la identificación y solución de los problemas de salud.

- Identificar e interactuar científicamente con factores de riesgo que puedan comprometer la salud, en las diferentes etapas de la vida para brindar una atención médica integral al niño, adolescente, a la mujer, al adulto y adulto mayor.

- Ejecutar acciones de salud, dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades, aplicando lo establecido en los programas de control de las mismas.

Está organizada por asignaturas:

1. Introducción a la Medicina General integral o MGI-I.

Se desarrolla a lo largo del 1er semestre, con el objetivo de insertar al educando tempranamente en el consultorio del médico de familia y otras actividades del policlínico.

Sistema de Conocimientos

EL ser humano, su entorno y la medicina. Ciencia, y conocimiento científico.

Los métodos clínico y epidemiológico. El proceso salud-enfermedad. La Atención Primaria de Salud (APS). Medicina General Integral. Sistema Nacional de Salud. Examen físico en el sujeto sano.

2. Promoción de Salud (Medicina General Integral II.)

Se desarrolla en el segundo semestre responde al interés de crear un espacio para ofrecerle a los estudiantes un conjunto de herramientas que le permitan desarrollar acciones de promoción de salud, en la Atención Primaria.

Sistema de contenidos.

Comunidad, familia y promoción de salud. Comunicación en salud. Áreas de promoción de salud: Salud ambiental; Higiene personal y colectiva; Cultura física; Alimentación y Nutrición; Sexualidad; El examen físico por sistemas.

3. Prevención en Salud (Medicina General Integral III.)

Se desarrolla en el tercer semestre al igual que la asignatura precedente pretende brindarles a los estudiantes en este caso, herramientas que le permitan el desarrollo de acciones de prevención de enfermedades y otros daños a la salud y continuar profundizando en las técnicas de comunicación en salud con las personas, las familias y la comunidad.

Sistema de contenidos.

La prevención de enfermedades en la Atención Primaria de Salud. Comunicación. Inmunidad e inmunizaciones. Examen físico por sistemas.

4. Medicina General Integral IV Medicina comunitaria.

Se desarrolla en el cuarto semestre, su surgimiento fue una necesidad por la reorganización de los contenidos de las MGI anteriores y de incorporar en los primeros años habilidades necesarias para la labor

profesional, importantes a realizar por el médico para la solución de los diferentes problemas de salud en la comunidad. Actividades específicas de Medicina General Integral.

Sistema de contenidos

Actividades específicas de Medicina General Integral, Enfermedades transmisibles en el hombre. Generalidades, La Genética Médica en la Atención Primaria de Salud. El Análisis de la Situación de Salud y la intervención comunitaria.

5. Medicina General Integral V: (Anexo IV) Se desarrolla en el X semestre. Los contenidos específicos se refieren a actividades específicas de Medicina General Integral, la atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud, aplicaciones de la MTN en la APS, la atención médica integral a las enfermedades transmisibles y la rehabilitación de base comunitaria.

Sexto Curso (11no y 12 semestres) Internado profesionalizante: Se desarrolla a tiempo completo en escenarios reales de actuación en especial en los consultorios del médico y enfermera de la familia, acompañados de un tutor, que lidera su formación integral. Aquí se refuerzan los conocimientos aprendidos, se gana en independencia y se perfeccionan los modos de actuación propios del médico general.

Existen otras asignaturas que responden al perfil profesional y que forman parte de la disciplina principal integradora: Propedéutica Clínica, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía, ORL-Oftalmología-Urología-Ortopedia, Psiquiatría-Dermatología-Salud Pública, Medicina Legal y Ética Médica.

Se imparten del 5to al 10mo. semestre, en ellas se consolidan a través de sus contenidos, el carácter integrador de la Medicina General Integral como disciplina en torno a la cual se desarrolla el plan de estudio y que responde al perfil del egresado. Se desarrollan en los escenarios del sistema de salud donde los estudiantes puedan alcanzar los objetivos declarados en el programa.

Sistema de Habilidades.

La concepción de la disciplina está basada en habilidades profesionales las que se corresponden con las habilidades a adquirir por el médico general que se pretende formar, dado que es la disciplina principal integradora de la carrera.

La forma organizativa fundamental es la Educación en el Trabajo¹⁸ y es a la que se le dedica el mayor tiempo de horas. Se reconoce que este programa es amplio y se basa en los principios que rigen a la Pedagogía moderna, con respecto al diseño y sus relaciones entre la disciplina rectora y el resto de las asignaturas que conforman el programa. Sin embargo no se ha encontrado en ninguna de las asignaturas que integran la disciplina los elementos que aborden los contenidos de la atención al adulto mayor.

Al analizar la formulación del objetivo educativo cuatro de la disciplina MGI se señala que el médico general debe de brindar una atención integral al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto y al adulto mayor como respuesta educativa y social y sin embargo se evidencia una carencia de contenidos en la disciplina necesarios para la atención a este grupo poblacional, lo cual no le permite garantizar el cumplimiento de los objetivos formulados así como su adecuado tratamiento desde la dinámica, en la relación método, contenido, objetivo.

Esto trae como consecuencia un desempeño insuficiente por el futuro médico general en relación a la atención al adulto mayor, que pudiera ser resuelta a través de la formación de una competencia donde se

¹⁸ Nota **LA EDUCACION EN EL TRABAJO**. Es la forma organizativa fundamental del proceso docente-educativo en el ciclo clínico de las diferentes carreras de la Educación Médica Superior, en la que el estudiante recibe docencia y participa en la atención de personas sanas o de enfermos y contribuye en alguna medida a la transformación del estado de salud del individuo o de la colectividad. Su forma superior la constituye la enseñanza tutorial, basada en la relación individual o de pequeños grupos. En ella el estudiante se forma integralmente, interactuando activamente con los restantes integrantes del equipo de trabajo desarrollando el rol que a cada cual le corresponde bajo la dirección del profesor jefe del equipo. Esta forma de enseñanza facilita profundizar en el conocimiento científico-técnico y particularmente en el dominio de los métodos y técnicas de trabajo de las ciencias médicas, que son de aplicación en la atención médica, estomatológica y de enfermería. (Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. Enseñanza de la clínica. La Paz Bolivia , 2000.)

aprovechen los espacios curriculares de las diferentes asignaturas para incorporar los contenidos necesarios para la atención al adulto mayor.

El análisis del proceso de formación del futuro médico general para la atención al adulto mayor, permite evidenciar que se debe tener en cuenta la caracterización de esta etapa de la vida, a partir de la cual se sustenta la necesidad de una preparación especial de este profesional para desempeñarse de forma competente en esta área de trabajo.

La caracterización del adulto mayor se realiza desde los puntos de vista demográfico, biológico, psicológico, social, funcional y su respuesta a las enfermedades.

Para los fines de la investigación se asume la definición de adulto mayor o anciano que ofrece el Programa de Adulto Mayor (Anexo V) al exponer que es aquel individuo que alcanza y rebasa la edad de 60 años, independientemente del sexo.

Las proyecciones demográficas, como las realizadas por las Naciones Unidas, indican que el aumento del número de personas adultas mayores crecerá en los próximos años. Para el 2050, se prevé una población de adultos mayores superior a la población de jóvenes menores de 15 años. El porcentaje de población cubana de 60 años y más desde inicios del pasado siglo XX hasta 1981 mantuvo una tendencia al crecimiento. En 1981 ascendió a la cifra de 10,9% de la población cubana y alcanza en el año 2001 el 14,5% con ligero predominio de la población femenina, respecto a la masculina y el 15% en el 2005. Se espera que su evolución sea un 18,5% en el 2015, un 25,1% en el 2025 y en el año 2050 el 34,0 %. La provincia de Santiago de Cuba también posee un envejecimiento demográfico, así se inscriben cifras porcentuales que ascienden en el 2010 a 15,69%¹⁹.

Comentario [EABO2]:

Al igual que en el país, se espera que esta cifra evolucione de forma ascendente, esperándose como pronóstico en el 2011 un 16,3 % y en 2015 un 18,43%²⁰.

La gerontogeriatría es considerada una especialidad médica holística que no solo se dedica al individuo enfermo, sino a su proceso de envejecimiento normal desde el nivel molecular hasta el social. El médico, al interactuar con un anciano, tiene en cuenta las tres dimensiones de la persona: biológica, psicológica y social, con igual importancia cada una. La gerontogeriatría tiene como método científico particular una variante del método clínico: la evaluación multidimensional que comprende aspectos biológicos, médicos, psicológicos, familiares y sociales.²¹ Con el envejecimiento acontecen diversos cambios biológicos. Entre estos se destacan: disminución de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular; descenso en la respuesta del centro termorregulador; disminución funcional del sistema renal, cambios degenerativos en el sistema osteomuscular, que favorecen la osteoporosis, la artrosis y la mayor sensibilidad a las fracturas tras las caídas.

El envejecimiento también provoca cambios neurosensoriales que disminuyen las funciones perceptivas visuales y auditivas. Por otro lado, el envejecimiento conlleva un aumento de la sensibilidad del sistema nervioso central, lo que da lugar a que diversas enfermedades se expresen inicialmente como trastornos cognitivos y/o afectivos.

Como parte del proceso de envejecimiento en este grupo de edad son frecuentes, entre otras, la disminución de la capacidad de respuesta frente al estrés.

En el adulto mayor las enfermedades tienen características específicas. Es frecuente en este grupo etáreo que la insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro; es decir, a un efecto de cascada.²²

Las características psicológicas del envejecimiento cambian de una generación a otra, según las

¹⁹ ONEI El Envejecimiento de la Población cubana. Indicadores de población. 2011. La Habana 11 / 5 / 2012 p.3

²⁰ ONEI. El Envejecimiento de la Población Cuba y sus territorios. Centro de Estudios de Población y Desarrollo, CEPDE Proyecciones de ambos sexos y edad (60 años hasta 85 años y más) por provincia (Santiago de Cuba) 2010 p. 1-5

²¹ REYES MEDIACEJA, R. Propuesta de estrategia capacitante para familias de adultos mayores. Policlinico Camilo Torres. Tesis en opción al título de Máster en APS. Santiago de Cuba. 2006. p 44-49

²² Prieto Ramos, O. Envejecimiento y salud. Implicaciones clínicas. La Habana: Editorial Científico Técnica. 2008. p. 31-33

condiciones ambientales y dentro de cada una de ellas el proceso de envejecimiento es heterogéneo, según los individuos. Dentro de cada generación, es a partir de los 70 años cuando las diferencias psicológicas por el envejecimiento pueden hacerse más patentes respecto a los sujetos más jóvenes.

En la vejez se diferencian dos situaciones: el declive y el deterioro intelectual. El primero acontece por el proceso del envejecimiento y no puede ser explicado exclusivamente por la edad, intervienen otras variables evolutivas como el proceso de socialización, la educación y el nivel de ejercitación intelectual. El deterioro es la pérdida del nivel intelectual secundario a una enfermedad, como el que sucede en la demencia.

La plasticidad del cerebro permite que el rendimiento intelectual individual pueda ser modificado por la práctica, de forma que el ejercicio intelectual durante la vejez puede llegar a compensar el declive fisiológico que acontece. Su principal manifestación es la disminución en la exactitud y rapidez de la ejecución de tareas simultáneas, en especial cuando se exige que sean realizadas en un período breve de tiempo y de forma contraria a la habitual del anciano.

El anciano puede seguir aprendiendo cuando se optimizan las condiciones para el aprendizaje. Un aspecto importante del declive psicológico son los cambios en la memoria; se produce una alteración del proceso de transferencia de la información desde la memoria primaria hasta la secundaria debido a un uso deficitario de las técnicas de memorización.

Según va envejeciendo, la persona va orientando su energía vital hacia el mundo interno en un proceso de interiorización. Este fenómeno es más acusado en los hombres, que se vuelven más sentimentales, mientras las mujeres evolucionan a situaciones más tolerantes, más abiertas. Se transforma, entre otras, la consideración del tiempo de vida y aparecen las reflexiones sobre la muerte. En el aspecto social de la caracterización del anciano se deben considerar diversos factores que tienen que ver con lo económico, lo familiar, lo sanitario y lo ambiental²³.

²³ OMS OPS OFICINA REGIONAL. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Módulo 4. [CD] Guía clínica para la atención primaria para las personas adultas mayores.2002

En la última etapa del ciclo vital se produce una situación de «pobreza relativa» por reducción de los ingresos, del poder adquisitivo y por la pérdida del escalón social. La pobreza relativa influye negativamente en las condiciones de las viviendas, en la nutrición y en el aislamiento de las personas mayores. El acondicionamiento de las viviendas y de su entorno inmediato es inadecuado para las personas con incapacidades, aumenta el grado de dependencia físico-afectiva y favorece la incidencia de accidentes.²⁴ El estado civil de las personas mayores es la mayor condicionante de la estructura familiar, donde la familia es elemento fundamental del soporte social y de los cuidados del anciano. Los estados de viudez originan situaciones de empeoramiento del estado financiero, de soledad y de cambios de lugar de residencia y el ingreso en hogares de ancianos con la consecuente separación del ambiente familiar. Por otro lado, las consecuencias de la soledad son la malnutrición, la mayor incidencia de trastornos afectivos y una exacerbación del envejecimiento biológico.²⁵ La máxima expresión de las consideraciones negativas sobre el envejecimiento lo constituye el «viejismo», que es la estereotipación negativa sistemática y la discriminación de las personas por su edad. El viejismo condiciona, entre otros aspectos, la negación de recursos socio sanitario por la elevada edad, el deterioro de las relaciones intergeneracionales que provocan situaciones de abuso personal de los viejos y el desinterés de los profesionales de la salud por los síntomas de los ancianos.

Como consecuencia de todo ello aparece el fenómeno de iatrogenia social, que hace referencia a los efectos adversos que padecen las personas mayores por las incorrecciones de los cuidados socio sanitarios.

La presencia de un problema social puede oscurecer una enfermedad subyacente o complicarla. El uso de múltiples medicamentos puede empeorar la enfermedad, así como algunos medicamentos pueden curar y a

²⁴ OMS OPS OFICINA REGIONAL Evaluación social del adulto mayor Módulo 7. [CD] Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores. 2002

²⁵ GONZÁLEZ BRANIELLA.MA. La dimensión cultural del desarrollo y la vejez[CD] de Longevidad Satisfactoria.2007

la vez causar problemas de salud.²⁶ Los contactos de los adultos mayores con el personal de salud no conducen a una respuesta terapéutica apropiada en un número significativo de veces. Esta ineficiencia puede obedecer a una variedad de causas: insuficiente reporte de la enfermedad por parte del individuo, patrones alterados de presentación y respuesta a la enfermedad, insuficiente reconocimiento de la influencia de los factores psico-sociales en la enfermedad geriátrica.

La capacidad funcional es la categoría más esencial del envejecimiento humano y para ello resulta de interés la valoración funcional, lo que se define como la posibilidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que forman el quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social, por lo que en la valoración integral al adulto mayor es importante determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea. Para medir la capacidad funcional se utiliza el índice de Katz y el índice de Lawton.

¿Cómo enfrenta y enfrentará Cuba un fenómeno de tal magnitud, sin los recursos que tradicionalmente utilizan los países desarrollados?

Con este objetivo el foro convocado por el ministerio de salud y la Academia Latino Americana del Adulto Mayor (ALMA) propone entre otras las siguientes recomendaciones²⁷

- Fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales de la atención primaria, con el desarrollo de la formación de los equipos interdisciplinarios, con habilidades, competencias y actitudes necesarias para atender a este grupo poblacional.
- Promover, diseñar e implementar programas teórico – prácticos homogéneos de geriatría-

²⁶ Curso de geriatría. Citogerontología. [CD] Longevidad Satisfactoria. 2007

²⁷ CEPAL, CELADE, UNFPA, OPS, BID, OIT. Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento de países de América del Sur. Oferta de formación de Recursos Humanos en geriatría y gerontología. Argentina 14 Nov 2005.p.10

gerontología durante la formación de pregrado de todos los profesionales de salud y otros miembros afines del equipo de salud.

En estas recomendaciones se hace explícita la necesidad del desarrollo de nuevas competencias en el pregrado para la atención al adulto mayor. Se considera entonces imprescindible la construcción de una competencia que aborde los aspectos integrales del adulto mayor en el proceso formativo del futuro médico general.

1.2.2 Perspectivas contemporáneas de la formación por competencias profesionales.

En el análisis realizado en esta investigación se reveló que diversos autores nacionales y extranjeros se han dedicado al estudio de las competencias, por lo que existe una gran diversidad de definiciones y clasificaciones a partir de disímiles criterios.

Se considera pertinente utilizar el término competencia para referirse a un comportamiento del sujeto ante la solución de problemas de su actuación profesional y personal, diferente a lo nominado con el uso de otras categorías, como las capacidades.

El término competencia tiene un sentido muy dinámico: más que una propiedad del sujeto que se posee o no y que le garantiza el poder tener éxito en la actividad, se refiere a la activación de una serie de mecanismos, procesos y recursos personológicos que regulan la actuación de la persona en situaciones concretas y desencadena una actuación eficiente en ella; más que la posesión de una facultad, es el despliegue de recursos en un contexto lo que evidencia el ser competente, apuntando a una comprensión más funcional de la actividad cognitiva. Muy vinculado a ello está el hecho de que las competencias regulan el desempeño real del sujeto en un rol, empleo o profesión concreta.

De forma general se reconoce que la competencia es una categoría psicológica que integra determinados componentes figurativos, procedimentales, actitudinales y personológicos en función de lograr un desempeño eficiente en un contexto concreto de actuación. B. Castellanos (2005) la define como "una configuración psicológica que integra diversos componentes cognitivos, metacognitivos, motivacionales y

cualidades de la personalidad en estrecha unidad funcional, autorregulando el desempeño real y eficiente en una esfera específica de la actividad, en correspondencia con el modelo de desempeño deseable socialmente construido en un contexto histórico concreto²⁸.

La definición de la competencia como configuración permite integrar formaciones de carácter fundamentalmente cognitivo (como las capacidades, las habilidades) y otras de carácter motivacional, con vistas a explicar el funcionamiento exitoso de la personalidad en un contexto dado, revelado en una actuación satisfactoria.

En los últimos años se va abriendo paso la concepción de las competencias como unidades integradas y complejas que no se reducen a las acciones ejecutadas por el individuo en el desempeño de tareas concretas, sino que incluyen diferentes componentes psicológicos y/o personológicos interrelacionados que van a determinar la actuación exitosa en un contexto.

Según E. Rivera (2010) aparece un nuevo concepto de competencia, que incluye una noción diferente de calidad, no sólo como producto final tangible coincidente con normas funcionales, sino también con valores humanos, aspectos actitudinales, motivacionales y personológicos, entre otros.²⁹

Más, las propuestas actuales no han privilegiado suficientemente el análisis de este concepto en los marcos de una teoría psicológica que posibilite comprender con claridad sus peculiaridades estructurales y funcionales; en igual medida, no se logra en muchos casos establecer la diferenciación necesaria entre las capacidades y las competencias, empleándose en ocasiones estas categorías de forma indistinta.

El autor coincide con lo expresado por B. Castellanos (2005) cuando expresa que el concepto de formación psicológica resulta estrecho para explicar la naturaleza de la competencia como componente

²⁸ CASTELLANOS, B. Esquema conceptual, referencial y operativo sobre la investigación educativa. La Habana: Editorial. Pueblo y Educación. 2005. p.106

²⁹ RIVERA HERNÁNDEZ, E. La formación de competencias profesionales pedagógicas para el trabajo en el multigrado del docente en formación de la carrera de Educación primaria en el municipio Il Frente. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. en Ciencias Pedagógicas. UCP "Frank País García"2010 p. 49_51

personológico caracterizado por su función autorreguladora de la actuación del individuo, máxime si se considera que ello implica la existencia de un elevado nivel de complejidad en su estructura, dada la unidad orgánica existente entre lo funcional y lo estructural.

En este sentido, la competencia no puede ser entendida como formación psicológica, sino como una configuración psicológica que se distingue funcional y estructuralmente de las capacidades - además de diferenciarse atendiendo a su carácter de realidad actualizada y no potencial³⁰.

El anterior análisis permite aseverar que la persona competente no sólo maneja un repertorio de conocimientos, habilidades y valores, sino que ha desarrollado además, otros importantes elementos vinculados con éstos, que le permiten discernir, comprender la situación y orientarse en ella para actuar inteligentemente y tomar decisiones oportunas acordes a cada contexto específico. Así, la integración y la contextualización son determinantes al definir las competencias.

Para M. Valdés (2007) y otros la competencia es un concepto complejo, pero en el mundo profesional ha llegado a ser sinónimo de: idoneidad, suficiencia, capacidad, habilidad, maestría o excelencia. Se ha señalado que "la competencia profesional no es la simple suma inorgánica de saberes, habilidades y valores, sino la maestría con que el profesional articula, compone, dosifica y pondera constantemente estos recursos y es el resultado de su integración".³¹

Según Almaguer Delgado, las competencias "son las funciones que los estudiantes habrán de ser capaces de desarrollar como fruto de la formación que se les ofrece. Tales funciones habrán de desglosarse, a su vez, en actividades y tareas más concretas. Todo ello orientado a gestionar problemas relevantes en el ámbito de una profesión."³²

³⁰ CASTELLANOS B. Y COLABORADORES Esquema conceptual referencial y operativo sobre la investigación educativa. La Habana Editorial. Pueblo y Educación, 2005. p. 103

³¹ VALDÉS RODRÍGUEZ, MC., SENRA MUJICA A., REY ROQUE, AY DARIN S. Las competencias pedagógicas en los creativos entornos virtuales de aprendizaje universitario. EDUTEC Revista Electrónica de Tecnología Educativa Num/ Dic 07

³² ALMAGUER DELGADO, A. Las competencias. Una nueva aproximación al perfil profesional. Santiago de Cuba, [power point] 2007

Según J. Tejada (1999), "Competencia es la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos."³³ Otros autores, entre ellos M. Condemarín y A. Medina (2000) entienden las competencias como "la actuación eficaz en situaciones determinadas, que se apoyan en los conocimientos adquiridos y en otros recursos cognitivos"³⁴. Se considera por el autor que la definición elaborada por Condemarín y Medina tiene una concepción más limitada que la dada por Tejada pues reconoce en las competencias sólo los aspectos del conocimiento y otros recursos cognitivos y no toma en cuenta otros elementos importantes que están implícitos en las competencias, tales como los metacognitivos, los motivacionales y los rasgos de la personalidad, como es referida en la definición asumida de B. Castellanos.

Desde esta óptica que las competencias para la vida incluyen, además de las que tributan a la formación laboral, aquellas vinculadas con "una cultura del derecho, el ejercicio de la ciudadanía y la vida democrática, la paz y la no discriminación; la formación de valores cívicos y éticos; la sexualidad; la prevención de la drogadicción y el alcoholismo; la preservación y cuidado del medio ambiente."³⁵

Esta es una concepción más completa, al incluir en las competencias elementos que favorecen no solo a un desempeño adecuado, sino que abarca aspectos generales para la vida ciudadana no tratados en definiciones anteriores; por lo que la formación de ellas constituye la aspiración máxima en la formación del médico general para la atención al Adulto Mayor.

Existen diversas formas de clasificar las competencias, de ellas se han considerado las de H. Quezada (2008) y J. Tejada (1999). H. Quezada clasifica las competencias en: básicas, genéricas y específicas. Las competencias básicas describen los comportamientos elementales que se deberán mostrar y que están

³³ TEJADA FERNÁNDEZ, J. Acerca de las competencias profesionales. Universidad de Barcelona, 1999, p. 20- 56

³⁴ CONDEMARÍN, M. Y MEDINA, A. Evaluación Auténtica de los aprendizajes. Un medio para mejorar las competencias en el lenguaje y comunicación. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello. 2000 p.31

³⁵ FUENTES H Modelo educativo de la Universidad estatal de Bolívar "La universidad humana y cultural". Santiago de Cuba: CEES "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. 2009.

asociados a conocimientos de índole formativa. Las competencias genéricas describen los comportamientos asociados con desempeños comunes a diversas ocupaciones y ramas de actividad productiva, como son la capacidad de trabajar en equipo, de planear, programar y entrenar, que son comunes a una gran cantidad de ocupaciones. Las competencias específicas identifican comportamientos asociados a conocimientos de índole técnica, vinculados a un cierto lenguaje tecnológico y a una función productiva determinada.³⁶

J. Tejada clasifica las competencias en: conceptuales, técnicas y humanas. La competencia conceptual (analizar, comprender, actuar de manera sistemática), integra el saber (conocimientos), la competencia técnica (métodos, procesos, procedimientos, técnicas de una especialidad), integra el saber-hacer (procedimientos, destrezas, habilidades y la competencia humana (en las relaciones intra e interpersonales), es la que integra el saber ser y saber estar (actitudes, valores y normas)³⁷, que a pesar de abarcar los elementos esenciales de la competencia profesional no integra otros componentes que son imprescindibles en la personalidad del futuro médico general.

El análisis de las diferentes concepciones y clasificaciones de competencias permite constatar la recurrencia de aspectos tales como: dominio de conocimientos, habilidades, relaciones interpersonales; relacionados estos con una actuación eficiente en el desempeño de la actividad. El análisis permite, a su vez, una mejor comprensión de la competencia profesional.

La competencia profesional se manifiesta en la actuación del sujeto en la búsqueda de soluciones a los problemas profesionales del médico general, en tanto es en la actuación profesional donde los conocimientos, los hábitos, las habilidades, los motivos, los valores, los sentimientos se regulan de forma integrada que es lo que se requiere en la formación de este médico para la atención adecuada al Adulto Mayor.

³⁶ QUEZADA MARTÍNEZ H. Competencias laborales: evolución y tipologías. Gestión por competencias. 2008.

³⁷ TEJADA FERNÁNDEZ J. Acerca de las competencias profesionales. Universidad de Barcelona, 1999, p. 20- 56

H. Fuentes (2000), clasifica a las competencias en generales, básicas y específicas. Las generales están en el orden de aplicación en cualquier especialidad; las básicas sirven de base a determinadas especialidades; las específicas son especiales de una profesión y no de otras, existen en todas las profesiones. Se asume en la investigación esta clasificación³⁸.

La complejidad de la integración de los componentes estructurales y funcionales que regulan la actuación profesional determina la existencia de diferentes niveles de desarrollo de la competencia profesional que se expresa en la calidad de la actuación del sujeto y que transitan desde una actuación incompetente, parcialmente competente hasta una actuación competente (eficiente y creativa). En el caso que nos ocupa, este es un proceso que se forma gradualmente sobre la base de la preparación científica del médico general para la atención al Adulto Mayor.

La competencia profesional del médico general en sus niveles superiores de desarrollo expresa la armonía y la integridad del sentir (valores y sentimientos), el saber (conocimientos), el ser (conducta), el hacer (habilidades) y el convivir (relación) del sujeto en la actuación de este profesional.

Quiere decir que un profesional es competente no sólo porque manifieste conductas que expresen la existencia de conocimientos y habilidades que le permiten resolver adecuadamente los problemas profesionales, sino también porque siente amor por su trabajo y reflexiona acerca de la necesidad y el compromiso de actuar en correspondencia con sus conocimientos, habilidades, motivos y valores, con flexibilidad, dedicación, sentimiento y perseverancia, en la solución de los problemas que de él demanda la práctica profesional³⁹, la cual se asume por corresponderse a los presupuestos de la investigación.

³⁸ FUENTES GONZALEZ, H. Modelo curricular en base de competencias profesionales.—Santa Fe de Bogotá: INPAHU, 2000.

³⁹ GONZÁLEZ MAURA, V: ¿Qué significa ser un profesional competente? Revista Cubana de Educación Superior. Vol. XXII No.1. 2002, p. 45-53.

Para que este profesional se considere competente, no basta con lograr un desempeño eficiente, sino que es necesario, además, que actúe con compromiso y responda por las consecuencias de las decisiones tomadas. Esto ocurre justamente porque la competencia profesional como configuración psicológica compleja integra en su estructura y funcionamiento elementos de orden cognitivo

y motivacional que se expresan como una unidad reguladora en la actuación profesional del médico general.

La competencia profesional, por constituir una configuración psicológica compleja, no nace con el sujeto, sino que es construida por él en el proceso de su formación y desarrollo profesional. Esto no niega la participación de componentes innatos, tales como las aptitudes, características temperamentales, que pueden constituir premisas sobre las cuales el sujeto construye su competencia profesional. Es por ello que la construcción de la competencia es individual, aún cuando siempre se realiza en condiciones sociales.

Las valoraciones realizadas sobre las competencias profesionales permiten resumir que para que el sujeto (médico general) sea competente debe de ser capaz de aplicar de forma eficaz los conocimientos, las habilidades y los valores adquiridos. Esto se logra a través del proceso de la sistematización que le permite integrar todos los componentes de la competencia en la atención integral al Adulto Mayor.

Lo analizado evidencia lo imprescindible que resulta para que este profesional sea competente y pueda resolver adecuadamente los problemas profesionales para la atención integral al adulto mayor necesita poseer conocimientos, valores, procederes, actitudes, habilidades, motivos que no son recibidos de forma integral en el proceso formativo del médico general, el cual muestra carencias curriculares en los programas de la carrera de medicina que influyen de forma radical en la formación de la competencia para la atención al adulto mayor en el proceso formativo del estudiante de Medicina.

En el documento base para la elaboración de los planes de estudio "D" de la Dirección de Formación de Profesionales del Ministerio de Educación Superior conformado en Septiembre del 2003 se señala:

... en los casos en que se justifique plenamente, tanto por la existencia de una demanda laboral no satisfecha, como por las particularidades de la carrera en cuestión, se podrán instrumentar *salidas intermedias de una carrera* que reconozcan determinado nivel de competencias, que califique al estudiante para el desempeño de una actividad laboral, luego de cursados y aprobados los estudios correspondientes a determinadas asignaturas, años, o períodos, según se determine en cada caso. Estas “salidas” pueden también responder a una concepción curricular basada en la formación desde el puesto de trabajo, a partir de un determinado nivel alcanzado ya por los estudiantes.”

Otro de los aspectos que aborda el documento base se señala:

.....“La parte del plan de estudio que el CES puede decidir, debe incluir contenidos que tienen carácter obligatorio para todos los estudiantes de la carrera en dicho CES, dirigidos a satisfacer necesidades específicas del desarrollo regional.”

.....“De acuerdo con lo anterior, se pueden identificar tres niveles de prioridad en la determinación de los contenidos del plan de estudios, a saber:Contenidos, precisados por cada CES (*propios*), en correspondencia con las particularidades del proceso de formación en cada carrera y centro, y que deben cursar obligatoriamente todos los estudiantes”.(Anexo VI)

Estos preceptos que aparecen en este documento permiten sustentar la posibilidad del perfeccionamiento de los planes de estudio de esto ser necesario.

1.3. La sistematización en el proceso formativo como vía para desarrollar la competencia para la atención al adulto mayor.

El proceso de formación del médico general tiene en cuenta la significación de la sistematización como vía para el desarrollo de la competencia para la atención al adulto mayor.

La sistematización es un proceso dialéctico, interno, que ocurre en el sujeto, a punto de partida de sus motivaciones, intereses, niveles de construcción alcanzados, conocimientos, habilidades y

experiencias previas, en el que se forman y consolidan de manera sistémica y sistemática, conocimientos, habilidades y valores, mediante la transferencia, generalización y funcionalidad de los contenidos, donde el profesor es el principal mediador.

La generalización es el proceso de extensión del ámbito de aplicación del conocimiento adquirido, a través de la integración de las excepciones y la generación de nuevos conceptos o relaciones más generales, a partir de las ya existentes para saberlas aplicar a diferentes contextos de actuación.

La transferencia como proceso caracteriza la estructuración mental del contenido en correspondencia con los contextos de aplicación de éstos, con las nuevas situaciones en las que pudieran presentarse; se expresa en la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, puesto que estructurar de manera significativa el contenido en correspondencia con los nuevos contextos en que se presenta, requiere también de la intención expresa del sujeto que tiene sus referentes y se traza el objetivo de establecer relaciones, que permitan reelaborar ese contenido en unidades que tengan significado y que sean transferibles.

En este sentido la funcionalidad del contenido da cuenta no sólo de la posible aplicación práctica (transferencia) del conocimiento adquirido, sino también de las habilidades, valores, actitudes y motivos y sobre todo que estos sean necesarios y útiles para llevar a cabo otros aprendizajes y para enfrentarse con éxito a la solución de los problemas profesionales que se les presenta.

Constituyen base de este eslabón, en primer lugar, el principio de sistematización, que según define H. Fuentes (2000) conforme el cual "se considera la naturaleza sistémica del contenido: cuya esencia radica en la propia naturaleza de las ciencias, en su carácter de sistema, en la vinculación lógica de sus postulados. Como consecuencia de lo cual los contenidos deben secuenciarse de lo simple a lo complejo, de lo conocido a lo desconocido, de lo abstracto a lo concreto, teniendo en consideración la lógica de la ciencia y su relación con el proceso docente."⁴⁰

⁴⁰ Fuentes, H. El proceso y sus movimientos: Modelo de la dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Santiago de Cuba: CeeS. "Manuel F. Gran," Universidad de Oriente, Tesis de doctorado, 2000 p. 26

Ser consecuentes con esta idea significa tomar muy en cuenta el enfoque de sistema de la labor docente, el carácter sistémico del objeto de estudio, la revelación de los nexos, así como, la concatenación entre fenómenos y procesos.

En segundo lugar, la sistematización es consecuencia de una práctica mediada, que el profesor adecua oportunamente (será una práctica repetitiva, reflexiva, guiada, autónoma, etc.) de acuerdo a los objetivos, a las características del contenidos a sistematizar, y a las condiciones en que estos se pueden presentar. Por tanto, es un proceso, cuyo éxito depende del papel del profesor, de la disposición y concientización del estudiante y de las condiciones en que se organice y desarrolle el proceso de enseñanza aprendizaje.

Las insuficiencias en la sistematización de conocimientos y habilidades de los estudiantes se aprecian en las limitaciones para transferir y generalizar conocimientos a nuevos contextos, en la imposibilidad de explicar conscientemente lo que se hace y por qué se hace en la toma de decisiones. Estas se observan en el proceso atencional, docente e investigativo que transcurre en la enseñanza de los conocimientos, habilidades, valores, destrezas necesarias en la atención integral al adulto mayor.

Algunos autores e investigadores han abordado el tema de la sistematización en el campo de la educación, tales como: S. Martinic (1984, 1987), H. Walter (1987), R. Antillón (1991), O. Jara (1994), F. Addine (1998), A. Ghiso (1999), B. Cortón (2008) y A. Céspedes (2008). En sentido general, estos autores en sus concepciones teóricas abordan la sistematización como un proceso metodológico de reflexión y de producción de conocimientos de las experiencias prácticas sociales de proyectos e innovaciones educativas que emprenden los docentes, criterios con los que se coincide. Sin embargo, se es del criterio que se debe continuar profundizando en lo relacionado con la apropiación de los contenidos formativos que requiere la atención especializada del Adulto Mayor a través de la sistematización del proceso de formación del futuro médico general.

El proceso de sistematización responde y legitima la actividad formativa en su totalidad, porque sus factores integrantes se determinan a partir de todo este sistema holístico y complejo, y donde se requiere precisar los

conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que se relacionan directa o indirectamente con el proceso de formación de las competencias, aspecto en que se coincide con H. Fuentes (2008).

Desde el punto de vista epistemológico, la sistematización se inscribe en la tradición crítica interpretativa que relaciona el saber y el actuar, en otras palabras la teoría con la práctica. Es por ello, que el autor considera a la sistematización como la interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su clasificación, ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica y los factores que han intervenido en la dinámica de dicho proceso vivido y que pueden explicar el mismo.

Hay claridad entonces, al afirmar que la sistematización tiene el propósito de provocar juicios de aprendizaje en los que participan en el proceso, y de hecho puedan mejorar su práctica profesional a partir de una adecuada planificación, organización, ejecución y control de sus propios proyectos como participantes o como beneficiarios, a partir de una correcta gestión de dicho proceso. Las transformaciones actuales de la Educación Superior imponen la necesidad de cambiar las formas de análisis y proyección del proceso de enseñanza aprendizaje, a partir de su complejidad y dinamismo que ha adquirido en función de elevar a planos superiores la cultura del sujeto.

Por lo tanto, se puede afirmar que en la sistematización confluyen espacios formativos y participativos. El primero referido a compartir los avances, las dificultades, las experiencias, entre otros aspectos que propician un enriquecimiento interpersonal de todos, y el segundo como modalidad participativa estimula el consenso de los criterios, momentos y decisiones de los sujetos que lo pueden incorporar en su práctica educativa y a su experiencia profesional y personal⁴¹.

⁴¹ CÉSPEDES QUIALA, A. Concepción Teórica de la gestión didáctica del proceso de sistematización de las habilidades profesionales en la formación multigrado en la Licenciatura en Educación Primaria. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba.2008 p.64-66

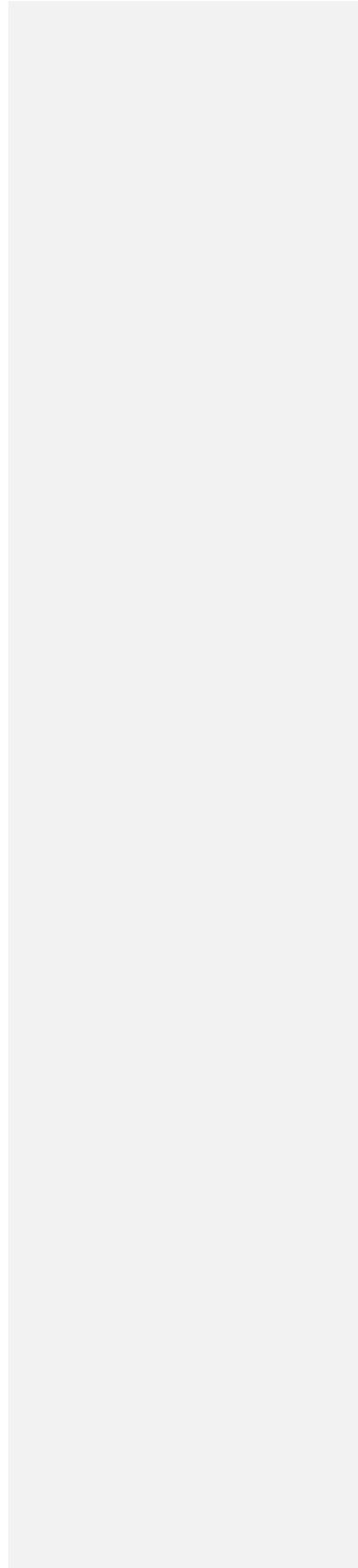
CONCLUSIONES PARCIALES DEL CAPÍTULO I

- El análisis de la evolución histórica de la formación del médico general para la atención al adulto mayor permitió advertir su carácter socio histórico, a partir de la relación con procesos demográficos como el envejecimiento de la población y constatar las insuficiencias que se han manifestado así como la necesidad de atender desde la formación inicial de este profesional su preparación para desempeñarse a este sector poblacional.

La sistematización teórica de los referentes sobre la formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor evidenció la existencia de insuficiencias o vacíos teóricos que hacen necesarios emprender un estudio que proporcione los fundamentos imprescindibles para la transformación de la situación existente imprescindibles.

- La caracterización de la disciplina MGI en el proceso formativo de los futuros médicos generales, permitió identificar dificultades significativas en lo referido a la formación integral y específica que requiere el estudiante en la profesión en relación a la preparación que necesita para la atención al adulto mayor, tanto en la presencia de los conocimientos, habilidades, valores, destrezas referidos al adulto mayor en el currículo como en la sistematización de los mismos.

CAPÍTULO II



CAPÍTULO 2. MODELO DIDÁCTICO DE LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIÁTRICA EN EL MÉDICO GENERAL

En este capítulo se caracteriza la situación actual de la atención al adulto mayor en el proceso formativo del futuro médico general. Se presenta el modelo didáctico de formación de la competencia profesional para la atención integral al adulto mayor en el proceso formativo del médico general, en función de lograr un mejor desempeño en su profesión. A través de las dimensiones y sus subdimensiones, se evidencian las relaciones dialécticas que se establecen entre los diferentes componentes del modelo que permiten revelar nuevas cualidades de la personalidad del médico general.

2.1 Estado actual de la formación inicial del futuro médico general para la atención integral al adulto mayor desde la disciplina MGI.

La caracterización se realiza a partir de los resultados del diagnóstico efectuado con la aplicación de los siguientes métodos y técnicas de investigación:

- Observación de los modos de actuación de estudiantes (Anexo VII) en las actividades de Educación en el Trabajo en la atención del adulto mayor.
- Encuesta a los futuros médicos generales acerca de la atención al adulto mayor (Anexo VIII)
- Observación del desempeño de los profesores en el proceso formativo inicial en las actividades de Educación en el trabajo en relación a la atención al adulto mayor (Anexo IX)
- Entrevista a profesores de la disciplina MGI de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba (Anexo X)
- Revisión documental Programa de la carrera de Medicina y disciplina MGI

- Entrevista al Director y grupo asesor de la dirección metodológica de la Universidad Médica de Santiago de Cuba (Anexo XI)

- Entrevista a los Jefes de cátedras de Medicina y profesores de algunas asignaturas de la carrera de Medicina de las Facultades 1 y 2 de la Universidad Médica de Santiago de Cuba (Anexo XII)

- Comunicación personal con el Viceministro de Salud Pública del área de Higiene, Epidemiología, Microbiología, Promoción y Prevención de Salud. Dr C. Luís Estruch Rancaño.

El diagnóstico se realizó durante el curso 2008- 2009. De un total de 454 estudiantes de 5to año de la carrera de Medicina y 24 profesores de la Universidad Médica de Santiago de Cuba, se escogió de manera probabilística una muestra de 63 estudiantes y de manera intencional una muestra de 18 profesores que poseen una experiencia promedio de 15 años en la formación de médicos generales y que actualmente imparten las diferentes asignaturas de la disciplina MGI.

Los indicadores utilizados para el diagnóstico fueron:

- Modo de actuación de los futuros médicos generales en la atención al adulto mayor.

- Conocimiento de futuros médicos generales acerca de las transformaciones y características propias del envejecimiento.

- Desempeño de los profesores en las actividades en educación en el trabajo referidas a la atención al adulto mayor.

- La preparación específica que necesitan los docentes para la formación de los futuros médicos generales en la atención al adulto mayor.

- Tratamiento curricular en la disciplina MGI a los problemas de salud del adulto mayor.

Resultados del diagnóstico

Los resultados obtenidos con el instrumento aplicado como guía de observación de modos de actuación del futuro médico general en el proceso formativo inicial con relación a la atención al adulto mayor, fueron los siguientes:

De los 63 estudiantes de la muestra seleccionados al azar, 12 realizan sin dificultad actividades de educación sanitaria para promover estilos de vida saludables, para un 19%, 41 la realizan con alguna dificultad para un 65 % y con gran dificultad 10, para un 16%.

Con respecto a la prevención de enfermedades y de los factores de riesgo, 15 estudiantes la realizan sin dificultad para un 24%; con alguna dificultad 37 para 58% y muestran gran dificultad 11 para 18%.

En relación al conocimiento de las transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y funcionales y orientar adecuadamente a la familia lo lograron con alguna dificultad 23 estudiantes para 37%, mientras que 40 muestra gran dificultad en esta actividad para un 63%.

En correspondencia al diagnóstico del autovalidismo en el adulto mayor lo realizan sin dificultad 18 estudiantes, para un 29%, con alguna dificultad 19 para un 30 %. Muestran gran dificultad 26 para 41%. Al orientar el tratamiento adecuado a las enfermedades diagnosticadas según su nivel de actuación, lo realizan con alguna dificultad 22 estudiantes para un 35% y muestran gran dificultad 41 para un 65%. Al realizar los estudiantes la dispensarización a los adultos mayores y registro de situaciones especiales lo logran sin dificultad 7 estudiantes para 11%; 18 lo realizan con alguna dificultad para un 29% y 38 muestran gran dificultad para un 60%. El 100% muestra gran dificultad en actividades de rehabilitación física, psicológica y social.

Los futuros médicos generales necesitan del establecimiento de las relaciones con el adulto mayor – familia y comunidad. Con alguna dificultad la logran 27 estudiantes para un 43% y 36 estudiantes muestran gran dificultad para un 57%.

Se verifica con estos resultados que predominan las insuficiencias en el modo de actuación de los futuros médicos generales en el proceso de formación inicial para la atención a los problemas de salud del adulto mayor.

En el análisis de los resultados obtenidos de la encuesta a los futuros médicos generales, acerca de las transformaciones del envejecimiento y cuales asignaturas de las que reciben en la disciplina MGI abordan los

contenidos de los procesos necesarios para la atención a los problemas de salud del adulto mayor en el proceso formativo inicial de la carrera de Medicina.

Según opinión vertida por los estudiantes 14 de ellos refirieron tener mucho conocimiento acerca de los cambios biológicos que ocurren durante el envejecimiento, para un 22%; 23 estudiantes manifestaron poseer poco conocimiento para 37% y no conocer nada, 26 estudiantes, para un 41 %.

Con respecto a los cambios psicológicos que ocurren durante el envejecimiento, 39 estudiantes refieren tener pocos conocimientos para un 62% y 24 estudiantes ninguno para un 38%.

Con respecto al conocimiento de los cambios sociales en el envejecimiento, 9 estudiantes refieren conocer poco para 14% y nada refirieron 54 estudiantes para el 86%.

En el análisis de estos datos se observa que predomina en los estudiantes un desconocimiento marcado acerca de las transformaciones que el anciano experimenta a lo largo del proceso del envejecimiento, lo cual le dificulta procesos tales como la promoción, prevención, diagnóstico y manejo integral así como desde lo afectivo poder trasladarle a los familiares la necesidad de comprensión, afecto, empatía que los adultos mayores poseen.

Al preguntarles en cuál o cuáles asignaturas o disciplina recibieron información acerca de los problemas de salud que afectan al adulto mayor todos manifestaron que no precisan haber recibido información.

Al indagar cómo la disciplina MGI los prepara durante su proceso formativo inicial para la solución de los problemas específicos que presentan los adultos mayores, 45 estudiantes que representa el 72% reconocen en la disciplina MGI haber aprendido poco acerca de los adultos mayores y nada, 18 estudiantes para un 28%. Estos resultados muestran las opiniones de los estudiantes donde predomina el criterio de que la asignatura MGI los prepara poco o nada para enfrentar los problemas de salud de los adultos mayores.

La muestra de profesores ascendió a 18 profesores tomados al azar. En la observación del desempeño de los profesores en el proceso formativo inicial en las actividades de educación en el trabajo con respecto a la

atención al adulto mayor en actividades de promoción y prevención fueron calificadas de: 3 buenas, (17%), 10 regular (55%) y 5 (28%) con mala calidad.

Al analizar el dominio de los profesores del contenido de la gerontogeriatría desde la disciplina MGI (conocimiento, habilidades, procederes y valores) para abordar con calidad la atención al adulto mayor, se resume en que 8 mostraron mucho conocimiento para 44% y 10 poco dominio de los contenidos, para un 56%.

En la observación al profesor de cómo motiva y vincula el contenido con la vida 3 de ellos motivaron mucho para un 17%, poco 10 para un 55% y 5 no motivaron para un 28%.

En el empleo correcto del método clínico epidemiológico con enfoque social 9 profesores se catalogaron en el rango de mucho para un 50%, 7 profesores recibieron la calificación de poco para un 39% y 2 nada para un 11%.

La formación de valores desde la actividad de Educación en el Trabajo es una actividad importante en el proceso formativo inicial del médico. En la observación a los profesores 3 en calidad de mucho con un 17% y 15 que representa un 83% en calidad de poco.

Al indagar sobre los problemas profesionales inherentes al adulto mayor, de los 18 profesores, 2 manifestaron que conocen esos problemas para un 11% y 16 manifestaron que lo conocen pero no a profundidad, alcanzando un 89%.

Al responder la pregunta: ¿Aborda Ud. en el proceso de enseñanza aprendizaje los aspectos relacionados al adulto mayor? 16 profesores refieren que no abordan los aspectos relacionados con la atención al adulto mayor para 89% mientras que 2 que representan el 11 % si lo abordan; aunque todos expresan que como los estudiantes se forman una gran parte del tiempo en escenarios atencionales, aprenden algunos aspectos prácticos desde la atención médica, pero sin una intención docente metodológica.

Estos resultados demuestran insuficiencias en la dinámica del proceso de formación inicial de los estudiantes dado que los profesores no están suficientemente preparados para enfrentar la formación de los futuros médicos generales con respecto a la solución de los problemas de salud del adulto mayor.

En la pregunta hecha a los profesores con respecto a la disciplina que imparten si están declarados los contenidos referidos al adulto mayor, 16 profesores refieren que no están definidos los contenidos para la atención al adulto mayor para 89% mientras que 2 que representan el 11 % señala la presencia de algunos contenidos aislados en su asignatura junto con otros grupos poblacionales.

Estos resultados evidencian además dificultades en el minicurriculo que se corroboran con el análisis del programa de la disciplina.

Los 18 profesores (100 %) consideraron que el futuro médico general no adquiere los conocimientos, habilidades y valores para una atención a los problemas de salud a los adultos mayores en su proceso formativo inicial.

Otro de los aspectos que enriquecieron el diagnóstico fueron los criterios vertidos por el Director de la dirección metodológica de la Universidad de Ciencias Médica de Santiago de Cuba y su grupo asesor, acerca de la presencia de los contenidos en las asignaturas y disciplinas en especial la disciplina MGI para la formación de los futuros MGIB en la atención al adulto mayor.

Se produce un intercambio con esa comunidad científica donde se concluye que no hay documentos que sustenten la presencia de programas o contenidos en disciplinas o asignaturas que den tratamiento a los problemas de salud del adulto mayor y señalan que desde lo atencional se hace el actuar práctico en los educandos.

En visitas efectuadas a los centros docentes del Hospital Saturnino Lora y Juan Bruno Zayas, donde radican los Jefes de cátedras de la asignatura Medicina Interna de la carrera de Medicina de las facultades I y II respectivamente, se produce un intercambio referido al proceso de formación inicial de los discentes por

esos Centros de educación Superior (CES), los cuales afirmaron que no existe en el programa de Medicina Interna contenidos que aborden la atención a los problemas de salud del adulto mayor.

En comunicación personal (12 de marzo del 2011) con el Viceministro de Salud Pública de Cuba del área de Higiene, Epidemiología, Microbiología, Promoción y Prevención de Salud. Dr C. Luís Estruch Rancaño, expresó que el tema del adulto mayor tiene las siguientes brechas:

- No hay percepción del problema de salud del adulto mayor por la población y autoridades sanitarias.
- No hay una adecuada preparación del personal de la salud para la atención a este segmento poblacional.
- No hay profesores suficientemente preparados para atender y enseñar los aspectos del adulto mayor desde la profesión especializada y desde los más cercanos en su cuidado.

En el diagnóstico realizado se pone de manifiesto las insuficiencias que existen en el proceso formativo inicial del futuro médico general desde el programa de la disciplina MGI hasta dificultades en la dinámica de dicho proceso y evidencia la necesidad de la formación de una competencia que responda a las necesidades del perfeccionamiento del proceso formativo inicial para los futuros médicos generales que les permita un modo de actuación competente para la solución de los problemas de salud que aquejan al adulto mayor.

2.2 Presupuestos epistémicos del modelo didáctico de la formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica.

La actuación profesional del sujeto se manifiesta en dos planos de expresión: un plano interno (reflexivo, vivencial, valorativo) y un plano externo (conductual). Ello implica la necesidad de lograr por parte del docente y los tutores una atención diferenciada en el proceso de educación de la competencia profesional en los centros de educación médica superior⁴².

⁴² GONZÁLEZ MAURA V. "La educación de valores en el curriculum universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio". Ciudad de la Habana: [en línea]:<http://www.campus-oei.org/valores/boletin19.htm> Programa Educación en valores Boletín. [Consulta: 22 febrero 2008]

En el proceso de formación de las competencias profesionales, los docentes y tutores asumen un rol orientador, mientras que los estudiantes y profesionales asumen un rol de sujeto de su formación y desarrollo profesional. Estos procesos son conscientes no sólo por su naturaleza social, es decir, por tener al hombre en su centro, sino porque se trata de comprometer, hacer consciente y responsable al sujeto de su proceso de crecimiento y transformación para que pueda, además, trazarse nuevas metas.

Los modelos que resultan de la investigación educativa se ubican dentro de los modelos teóricos y su tipología obedece a su objeto de estudio: modelo didáctico, modelo pedagógico y modelo educativo.⁴³

En torno a la clasificación existen también diferentes criterios, considerándose los teóricos los más utilizados en las investigaciones de corte pedagógico.

Constituye una necesidad en la investigación idear un modelo que tenga en cuenta la brecha epistemológica revelada en el estudio teórico del proceso formativo actual del médico general, que de cuenta de la prioridad de formar una competencia en el futuro profesional de la salud, que solucione la contradicción que se da entre su actuación real y la esperada. El desempeño esperado debe ser portador de un modo de actuación altamente profesional y competente.

En la investigación, el modelo seleccionado es didáctico porque pretende incidir en el proceso de formación del profesional a través de la disciplina MGI que incluye los componentes didácticos: objetivos, contenidos, métodos, medios, formas de organización de la enseñanza y evaluación y tiene en cuenta sus dimensiones: la instructiva, la educativa y la desarrolladora (proceso formativo escolar). No excluye al proceso extraescolar y el extradocente, por estar íntimamente vinculados en un proceso formativo docente con el objetivo de prepararlos para que logren modos de actuación competentes en la atención al adulto mayor.

El modelo se fundamenta desde lo filosófico en la teoría dialéctico materialista específicamente en el humanismo concreto uno de los núcleos duros, esta teoría en lo sociológico se asumen como fundamentos,

⁴³ MARTÍNEZ, R. Estrategia didáctica para el tratamiento del caso desde la disciplina de psicología del desarrollo. Tesis en opción al grado científico de Dr. en ciencias Pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico Frank País García. Santiago de Cuba. 2007

la relación individuo – sociedad en los diferentes contextos que se desarrolla específicamente el papel de la comunidad y la familia y las relaciones intergeneracionales, desde lo psicológico la caracterización del adulto mayor y del joven y desde lo pedagógico el modelo de formación del médico general.

La base psicológica está en el enfoque histórico- cultural de esencia humanista basada en el materialismo dialéctico y particularmente en ideas de Vigotski y de sus seguidores. Se apoya en los principios de la psicología de la salud, al tener en cuenta los procesos que regulan la relación médico - paciente; familia y comunidad, modo de vida, psiquis y salud y al valorar aspectos de relevancia vinculados a la personalidad del médico en el acto atencional educativo y una fundamentación económica, estrechamente ligada a las bases políticas del país a las que va a servir de soporte. En lo didáctico se sustenta en los fundamentos del proceso de enseñanza aprendizaje de M. Silvestre y J. Zilberstein (2002) y de los trabajos investigativos de F. Addine (2005), y Doris Castellanos (2006) ya que exponen diferentes aspectos relacionados en una concepción sobre la Didáctica, su objeto y su carácter desarrollador.

El modelo propuesto destaca la concepción transformadora y desarrolladora del proceso formativo, con la intención de contribuir a:

- Perfeccionar la transformación de la educación médica superior en el contexto del policlínico universitario.
- Proporcionar un mayor vínculo entre referentes teóricos y metodológicos en el análisis del objeto de estudio.
- Satisfacer las expectativas de los médicos generales en formación en cuanto a su modo de actuación en la atención al adulto mayor.
 - Contribuir al desarrollo de acciones metodológicas vinculadas a los procesos de formación, superación y capacitación.

La construcción de la competencia gerontológica geriátrica constituye una necesidad histórica - concreta en el proceso formativo del médico general para la atención al adulto mayor. Para la referida construcción teórica, es necesario entonces, partir de su definición.

El estudio teórico realizado en la investigación acerca de la formación de competencias permite definir la competencia gerontológica geriátrica como aquella configuración socio- psico - pedagógica –asistencial que integra aspectos: cognitivos, metacognitivos, motivacionales relacionados con el adulto mayor y cualidades de la personalidad que le permitan una relación empática con este tipo de paciente así como una preparación sociológica para abordar la atención al adulto mayor en el contexto de la sociedad, la comunidad y la familia, realizar la promoción de salud relacionada con el aumento de la calidad de vida del adulto mayor a través de la prevención desde edades tempranas, el enfrentamiento de los factores riesgo y la divulgación de estilos de vida saludables que le permitan al futuro médico general abordar de forma creativa e independiente la atención integral al adulto mayor, tanto en el envejecimiento saludable como en el patológico sobre la base del humanismo consustancial al proyecto de sociedad cubana.

Un elemento importante a analizar de esta definición lo constituye la consideración de la competencia gerontológica geriátrica como una configuración socio – psicopedagógica - asistencial. Se considera sociológica porque incluye la preparación del médico para la atención del adulto mayor en los diferentes contextos y grupos sociales en que se desarrolla, psicológica al poseer un componente personalógico caracterizado por la función autorreguladora de la actuación del futuro médico general, su autonomía, independencia, reflexión y consecuente con la toma de decisiones en la atención al adulto mayor . Desde el punto de vista pedagógico esta competencia se construye fundamentalmente por el futuro profesional en el proceso formativo de la carrera de Medicina, en particular en el proceso de enseñanza aprendizaje de la disciplina MGI, en su perspectiva didáctica, al estar implícito en ella el invariante de contenido el cual según criterio de H. Fuentes (2000) es una síntesis dinámica que integra conocimientos, habilidades, modos de pensar, actuar, valores personales y sociales, que se seleccionan con criterios pedagógicos para formar

integralmente a los estudiantes y que en el contexto universitario adquieren dimensiones gnoseológicas, profesionales y metodológicas⁴⁴ y asistencial porque por la competencia se manifiesta y se desarrolla en el proceso asistencial durante la solución de los problemas profesionales que se les presenta.

A partir de los anteriores presupuestos, se concibe la necesidad del modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica. Este tiene en cuenta, el marco epistemológico asumido, el contexto social, la representación gráfica del mismo con sus explicaciones y argumentaciones, la forma de instrumentarlo en la práctica y su evaluación.

El modelo elaborado es una construcción teórico formal que, basado en supuestos científicos e ideológicos, pretende interpretar la realidad del proceso formativo del futuro médico general para poder diseñar los elementos esenciales que, integrados, deben conformar la *competencia gerontológica geriátrica*, que tiene en cuenta una estructura organizativa conformada por dimensiones, procesos, componentes y categorías para lograr modos de actuación efectivos en el quehacer médico dentro de sus múltiples funciones y contextos para garantizar la atención integral al adulto mayor y propiciar, a la vez, el desarrollo de su individualidad, potencialidad creativa y motivación profesional.

El modelo tiene muy en cuenta determinadas necesidades de aprendizaje en el médico que le son posibles adquirir a través del propio proceso formativo de la disciplina MGI. Sirven también de sustento al modelo las principales técnicas de la comunicación médica educativa,⁴⁵ valorando su incidencia a partir del acto comunicativo que se da en el proceso formativo, determinante para el rol del médico y en las influencias recíprocas que se derivan de las relaciones entre los componentes personales de dicho proceso.

El modelo didáctico revela el resultado del movimiento que se da en el proceso entre las dimensiones, componentes y categorías y que dan cuenta de las nuevas relaciones que se expresan como cualidades del

⁴⁴ FUENTES H. Didáctica de la Educación Superior. Bogotá.2000

⁴⁵ NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, F. Y OTROS. Psicología y Salud. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas, 2006 p.

objeto de investigación, a partir de la interpretación de la realidad del proceso formativo del futuro médico general y se facilita la explicación y representación de sus aspectos más significativos de forma simplificada.

El modelo se apoya en las siguientes categorías:

- Formación, Proceso formativo, Proceso formativo del estudiante en la carrera de Medicina,- Proceso formativo en la disciplina MGI, Competencia, Competencia profesional, Competencia profesional médica, Competencia profesional gerontológica geriátrica.

2.3 Componentes estructurales del modelo didáctico.

Los componentes estructurales están determinados por los procesos que forman la organización del modelo, como la forma particular de interrelación e interconexión de los elementos constituyentes.

En la estructuración del modelo que se propone se han considerado los siguientes:

Componente teórico

Componente metodológico.

Componente técnico

Componente actitudinal

El componente teórico constituye los presupuestos y categorías de la atención del adulto mayor y del proceso de la formación de la competencia gerontológico geriátrica sobre los cuales se sustentan los fundamentos del mismo para organizar su lógica y su dialéctica.

El componente metodológico constituye la parte operativa del modelo, donde se concreta el proceso de formación de la competencia, el accionar de sus componentes fundamentales, el lugar de cada uno de ellos y sus interrelaciones.

El componente técnico está en relación con la determinación de los núcleos de conocimientos, habilidades, capacidades, procederes, necesarios para lograr en el futuro médico general los elementos esenciales del contenido, involucrados en la atención integral al adulto mayor; a partir de las áreas claves de responsabilidad (atencional, investigativa y la docente) de este futuro profesional una vez graduado.

Componente actitudinal el cual involucra valores, conducta ética, rasgos de personalidad y formación sociopolítica, que deben caracterizar al futuro médico general, conforme al enfoque humanista de la formación médica cubana.

Para adentrarse en la modelación de la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el proceso formativo se sigue la vía deductiva, de lo general a lo particular, donde se establecen las relaciones de coordinación y subordinación entre sus componentes que posibilitan la fundamentación del diseño de la competencia gerontológico geriátrica para garantizar el proceso de formación de la referida competencia.

El modelo es aplicable en el contexto de las transformaciones que tienen lugar en la educación médica superior cubana. Lo integrable, sistémico y flexible son las características del modelo que se revelan en todos los componentes y se enriquecen con las particularidades de cada uno de ellos.

2.3.1 Componente teórico del modelo. Dimensiones y subdimensiones.

De los componentes teóricos se revelan las dimensiones y emergen las relaciones que se establecen entre estas, como la perspectiva que asume el autor al estudiar el objeto y el campo (proceso formativo del futuro médico general en función de la formación de la competencia gerontológica geriátrica).

El significado de dimensión se utiliza en la educación superior para describir la forma en que un proceso puede ser detallado, asimilado, desde diferentes enfoques, en relación con un propósito específico en cada caso.

Según C. Álvarez ⁴⁶ (1994) "las dimensiones constituyen las cualidades que adquiere el proceso y que se mantiene como condición de éste en su totalidad de manera permanente", mientras que P. Horruitinier (2008) expresa en su obra *La Universidad cubana: el modelo de formación* que... "La dimensión expresa, la perspectiva desde la cual se analiza un determinado proceso en circunstancias específicas. Expresado de esta manera, el concepto posibilita la caracterización parcial, de cada uno de los procesos,

⁴⁶ ÁLVAREZ DE ZAYAS, C. *La escuela en la vida*, Editorial. Pueblo y Educación. La Habana. 1999.p.9-10

atendiendo al rasgo(o rasgos) fundamental(es) para el sujeto que lo analiza⁴⁷, definición que se asume en la investigación.

En el movimiento dialéctico del objeto y el campo se revelaron determinadas dimensiones, las cuales se tienen en cuenta para el desarrollo de la competencia, ellas son cuatro dimensiones y en su interior se manifiestan sus subdimensiones, las cuales permiten la caracterización de la dimensión desde una perspectiva aún más específica.

En este movimiento dialéctico al interrelacionarse estas dimensiones y subdimensiones surgen relaciones que se expresan como nuevas cualidades resultantes de estas interacciones.

Dimensión formativa desarrolladora.

Dimensión didáctica reflexiva- valorativa.

Dimensión volitiva actitudinal.

Dimensión didáctica motivacional axiológica.

La Dimensión formativa desarrolladora: referida a los conocimientos y habilidades de la disciplina MGI que debe dominar el futuro médico general y que es garantizado por el currículo de la carrera con respecto al adulto mayor. Es la que expresa el plano del saber, da cuenta de todos aquellos contenidos del currículo de la carrera que le permitan al médico dominar los aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales que intervienen en el proceso de salud – enfermedad que se asocia al adulto mayor, así como el desarrollo de su alta formación científica, teórica y práctica en su quehacer profesional y de otras ciencias imprescindibles para su accionar creativo e independiente en los diferentes contextos donde se desenvolverá como profesional de la salud.

Esta dimensión tiene como propósito brindar al futuro médico general métodos de aprendizaje desarrollador y las herramientas necesarias que les ofrece la Psicología, la Pedagogía y la Didáctica, para garantizar los

⁴⁷ HORRUITINIER SILVA P. La Universidad cubana: el modelo de formación. La Habana: Editorial. Félix Varela.2008 p. 17

fundamentos más actualizados y novedosos de la profesión sobre los que se erigen las más avanzadas tendencias relacionadas principalmente con las Ciencias Pedagógicas y Médicas proporcionándole al futuro médico general un proceso de enseñanza y aprendizaje que le brinda la posibilidad de adquirir los conocimientos esenciales para recibir una enseñanza científica, desarrolladora, transformadora y colaborativa acorde con las necesidades sociales actuales, procurando también su vinculación con la vida para que este pueda ser capaz de cumplir con los objetivos terminales del médico general sobre la base de las exigencias actuales.

La formación expresada le permitirá al futuro médico general adquirir sólidos conocimientos sobre los principios y leyes de las Ciencias Médicas; podrá determinar con acierto los objetivos y contenidos de sus acciones atencionales futuras; saber seleccionar los métodos y medios apropiados acordes al contexto donde desarrollará sus funciones; utilizar de forma pertinente las estrategias derivadas del diagnóstico realizado y el tratamiento que le permita interactuar y comunicarse de forma creativa con el adulto mayor y su familia en la comunidad donde vive y en sentido general lograr una atención consecuente con las exigencias actuales de calidad en la Salud Pública .

En esta dimensión subyacen las siguientes subdimensiones:

- Tránsito a la independencia. Le permite al futuro médico general desarrollar, de forma paulatina, cualidades del pensamiento como la independencia, flexibilidad, competitividad y profesionalidad para realizar las acciones que caracterizan a este futuro profesional de la salud, sin el apoyo directo del profesor y que le permitirá asumir actitudes creativas y adecuadas en la solución de los problemas de salud de los adultos mayores en los diferentes contextos donde se desarrolle su actuación.
- Productiva - creadora. Esta subdimensión tiene una estrecha relación con la anterior. A través de ella el futuro médico general logra en todo el proceso docente, atencional e investigativo ir transitando a planos superiores en sus modos de actuación, hasta ser capaz de enfrentar situaciones desconocidas o que enfrentadas por él por primera vez, logre movilizar sus conocimientos, habilidades, valores adquiridos a

través del proceso formativo desarrollador y darle solución al problema o los problemas de salud del adulto mayor de forma creativa en el contexto donde se encuentre prestando sus servicios.

Potencialidad cognoscitiva gerontológica geriátrica: Es una cualidad que surge como síntesis de la relación que se establece entre las subdimensiones *tránsito a la independencia* y *productiva creadora*. Caracteriza a la dimensión formativa desarrolladora ya que para que se produzca un aprendizaje desarrollador es necesario e imprescindible que se parta del conocimiento profundo de las Ciencias Médicas que tiene el futuro médico general y establecer los nexos entre los conocimientos y habilidades para poder determinar la zona de desarrollo próximo para alcanzar el nivel deseado; en este caso es un elemento importante para que la competencia permita la atención integral y competente al adulto mayor.

Dimensión formativa desarrolladora. Subdimensiones y relaciones.

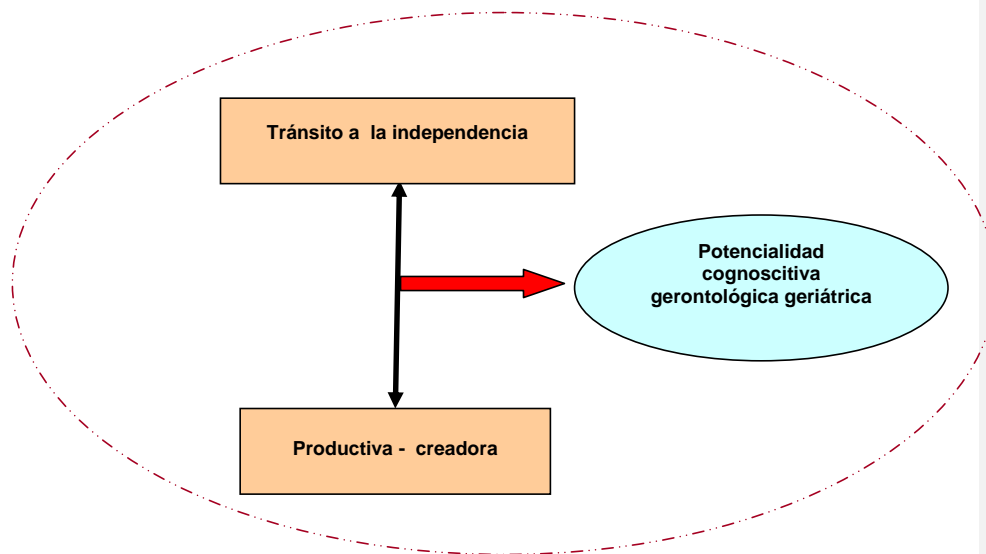


Gráfico 1 Dimensión formativa desarrolladora

II. La Dimensión didáctica reflexiva valorativa: referida al plano del ser y refleja un rasgo fundamental de la actividad metacognitiva de la personalidad del futuro médico general que le permita desde los marcos de la ética médica, asumir adecuadamente su papel como profesional de la salud, al utilizar adecuadamente el nivel de reflexión, a través de las habilidades analizar y sintetizar, por cuanto, posibilitan penetrar, a través de procesos reflexivos, en la esencia del proceso formativo del futuro médico general. En la investigación realizada por la Dra. A. Márquez (2003) acerca de la metacognición, asume lo expresado por R. Iglesias Quintana, cuando señala que en el orden didáctico, se desarrolla conforme a la lógica de la actividad metacognitiva, la cual describe un movimiento conforme a una espiral y se sistematiza en los niveles de la metacognición: reflexión, control y autopoiesis⁴⁸.

Esta dimensión al considerar a la competencia como una configuración sociopsicopedagógica-asistencial que integra formaciones de carácter fundamentalmente metacognitivo, se expresa a través de subdimensiones tales como:

Flexibilidad intelectual: Permite la adaptación de las acciones cognitivas y reflexivas del profesional a nuevas situaciones y contextos, facilitando el comportamiento alternativo ante la solución de los problemas de salud de los adultos mayores; la utilización de nuevos recursos que ese futuro profesional puede usar para educar y modificar el rumbo de su actividad intelectual cuando la situación lo requiera.

Percepción autovalorativa: Es muy importante en el proceso formativo de un profesional médico competente ya que le permite ser capaz de reconocer sus posibilidades de lograr las acciones adecuadas en el comportamiento que se espera de él, reconoce sus debilidades y sus potencialidades y le permite, además, establecer estrategias que ayuden a alcanzar actuaciones exitosas en la atención al adulto mayor y pueda

⁴⁸ MÁRQUEZ RODRÍGUEZ A. "Estrategias para el desarrollo de la metacognición en el proceso de formación profesional del educador". Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García" II Conferencia científico- metodológica. Centro de Estudios Pedagógicos "Juan Bautista Sagarra Blez". Santiago de Cuba. 27 de mayo 2011 p.7

defender sus criterios y asumir los ajenos con una actitud crítica, que conozcan sus propios procesos mentales y que sepan utilizar estrategias para mejorar esos procesos.

Autonomía profesional para la atención al adulto mayor. Es la cualidad resultante de la relación que se establece entre las subdimensiones *flexibilidad intelectual* y *la percepción autovalorativa*, que le permite al futuro médico general establecer juicios valorativos de sus logros y retrocesos, valorando de forma reflexiva las experiencias adquiridas para ser mejor utilizadas frente a nuevas situaciones. Le facilita además la toma de decisiones y la independencia cognitiva y conductual, con el adulto mayor.

Dimensión didáctica reflexiva valorativa. Subdimensiones y relaciones

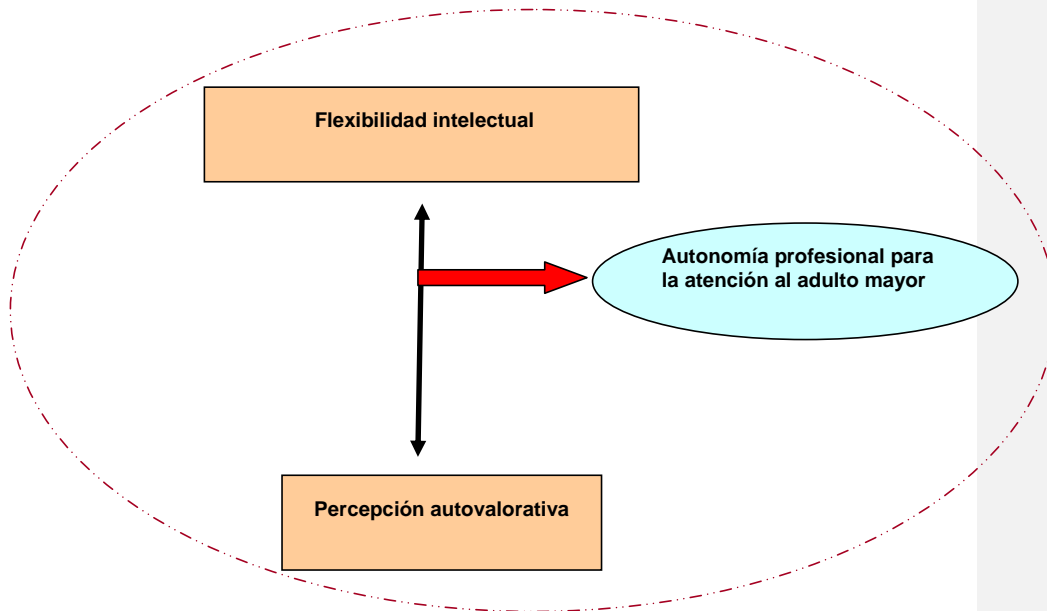


Gráfico 2 Dimensión didáctica reflexiva valorativa

III. La Dimensión volitiva actitudinal: En el plano del hacer expresa las diversas manifestaciones que permiten contribuir a la formación humana del médico que diseña el modelo del profesional y que se relacionan con la actitud que debe de tener este futuro profesional ante las complejas situaciones que presenta el adulto mayor, desde los puntos de vista biológico, social, funcional y psicológico.

Esta dimensión tiene una estrecha relación con las dimensiones formativa – desarrolladora y la didáctica reflexiva valorativa y refuerza e implica la capacidad creativa, la voluntad transformadora, la capacidad para

diagnosticar y tratar. La misma es expresión del quehacer médico del futuro profesional en sus funciones atencionales integradoras con el adulto mayor.

Esta dimensión en un proceso formativo desarrollador es de suma importancia ya que se refiere a las cualidades que este futuro profesional debe de poseer y mostrar en su actitud médica. Se integran en su formación las siguientes subdimensiones:

- **Actitud médica – profesional.** Comprende aquellos procesos y contenidos ético profesionales que estimulan, sostienen el actuar integral y consistente en la solución de los problemas específicos de salud del adulto mayor que abarcan las esferas de lo biológico, funcional, psicológico y social. Implica un compromiso afectivo frente al adulto mayor; es el resultado de un proceso de socialización por el que atraviesa el médico general, de la experiencia, del intercambio social que se da en el proceso de formación de este profesional. Refleja sus cualidades en función del modelo que se aspira, tales como: compromiso, entrega, laboriosidad, solidaridad y humanismo.

- **Voluntad transformadora.** Consiste en el esfuerzo volitivo que requiere el futuro médico general en la ejecución de tareas, en sus posibilidades y disposición de superar obstáculos y de modificar las situaciones negativas que afecten al estado de salud como expresión de la autorregulación de su modo de actuación a favor de la salud del adulto mayor, en cualquier situación y contexto.

De la relación de estas subdimensiones surge como cualidad:

Actitud profesional gerontológica geriátrica transformadora: Se caracteriza por la regulación de la conducta del futuro médico general, que es la resultante del logro de la independencia, así como la capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones por sí mismo. De la firmeza con que él mantiene sus decisiones sin vacilaciones y las lleva a cabo, con perseverancia como constancia del cumplimiento del plan trazado, logra la toma de decisiones correctas, a pesar de los obstáculos externos que se presenten y es este autodominio

donde el sujeto controla su propia conducta venciendo los obstáculos internos; sólo así se podrán lograr las transformaciones ante las situaciones adversas que afectan la atención del adulto mayor.

Dimensión volitiva actitudinal. Subdimensiones y relaciones

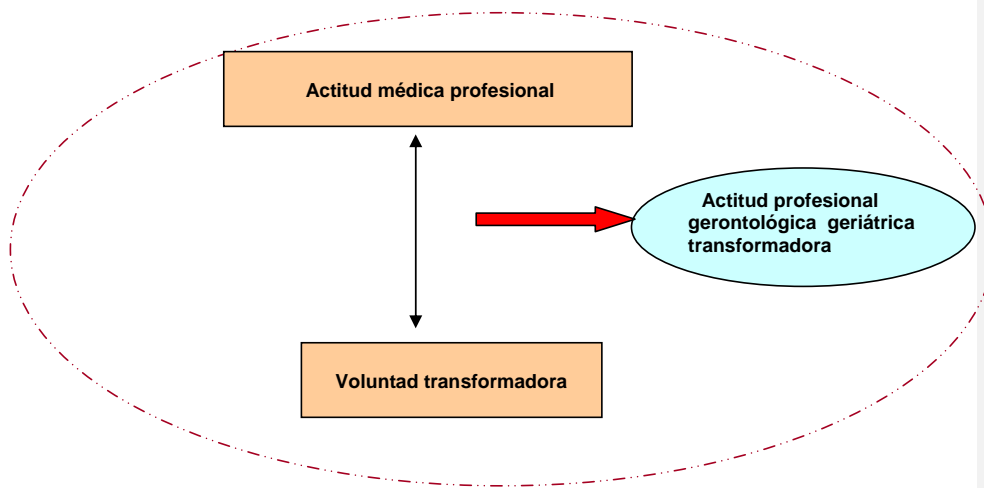


Gráfico 3 Dimensión volitiva actitudinal.

Dimensión didáctica motivacional axiológica: se ubica en el plano del convivir. Es una dimensión del proceso de la formación de la competencia gerontológica geriátrica que da cuenta de las relaciones interpersonales del futuro médico general con la sociedad - familia - adulto mayor. En el desarrollo de las funciones del futuro médico general, las relaciones interpersonales se constituyen en una de las habilidades importantes a lograr para el establecimiento de un adecuado ejercicio del método clínico epidemiológico con enfoque social, ya que a partir del planteamiento del problema de salud del adulto mayor comienza un

proceso matizado por la relación médico paciente y su familia en el contexto donde se desarrolle este. Esta dimensión tiene en cuenta el sentido y el significado del ejercicio de la profesión y la relación afectiva que se establece entre este y los otros miembros del equipo de salud, pacientes y familiares con un enfoque integrador.

El proceso de enseñanza aprendizaje (proceso formativo escolarizado) desempeña un papel determinante en la formación de la jerarquía motivacional y la educación de las necesidades del futuro médico general, dado que las necesidades espirituales responden a la interiorización de principios y valores ético morales imprescindibles con enfoque integrador para la atención del adulto mayor, aprendidos en el proceso formativo.

Es una dimensión del proceso de la formación de la competencia gerontológica geriátrica que se conforma de las subdimensiones siguientes:

- Motivación hacia la profesión: se caracteriza por el sentimiento afectivo y significativo hacia la profesión que va a constituir el eje fundamental de su proyecto de vida, esperando de ella las mayores satisfacciones al servir a la comunidad y al grupo en la meta de alcanzar un envejecimiento saludable en el adulto mayor promoviendo con ello su acercamiento e interés por el contenido a partir del objeto.

Para que un nuevo contenido cree necesidades, motivaciones, tiene que estar identificado con la cultura, vivencia e interés del estudiante, y sólo así creará las motivaciones y valores que le permitan constituir un instrumento de educación.

Conformación del médico general humanista Esta subdimensión tiene una importancia especial en la competencia que se propone ya que en la base de la atención a la salud se encuentra la interacción humana entre el paciente y el médico. El éxito de esta relación depende en gran medida de que el clima en que ella se desarrolle posea cualidades de aceptación, respeto y confianza. Debe ser capaz de transmitir el valor moral que siente como la real solidaridad humana por su paciente que en este caso tiene la particularidad de

ser un adulto mayor, el cual siente una gran necesidad de atención, comunicación afectiva, comprensión no sólo con él, sino con su familia y la comunidad donde interactúa.

Formar médicos que posean las cualidades y valores que esperan los adultos mayores en particular y la sociedad en general, es un proceso continuo y complejo, que requiere en primer lugar la precisión de los objetivos de carácter educativo que se quieren lograr; es decir qué tipo de futuro profesional (médico general) se necesita para actuar en función de la atención al adulto mayor, en un momento histórico cultural concreto dado.

La formación de los valores a la que se aspira es necesario desarrollarlos desde la arista pedagógica mediante un proceso de identificación con los futuros médicos generales desde las diferentes asignaturas que integran la disciplina MGI, profesores, tutores, familia, con vista a plantearse cuáles son los valores, asumir la responsabilidad de su comportamiento, expresar los valores definidos en el modelo del profesional, actuar de acuerdo con los mismos y encontrar su significado.

Compromiso profesional gerontológico geriátrico: Es la cualidad resultante de las relación que se establece entre las subdimensiones *Motivación hacia la profesión* y *Conformación del médico general humanista*. Se caracteriza por la jerarquización de la profesión en la escala de motivos del futuro médico general, con énfasis en la atención de forma afectiva al adulto mayor y su familia y que logre sentir esta función como una necesidad a satisfacer dentro de sus principales acciones, y en la escala de valores.

Dimensión didáctica motivacional axiológica. Subdimensiones y relaciones

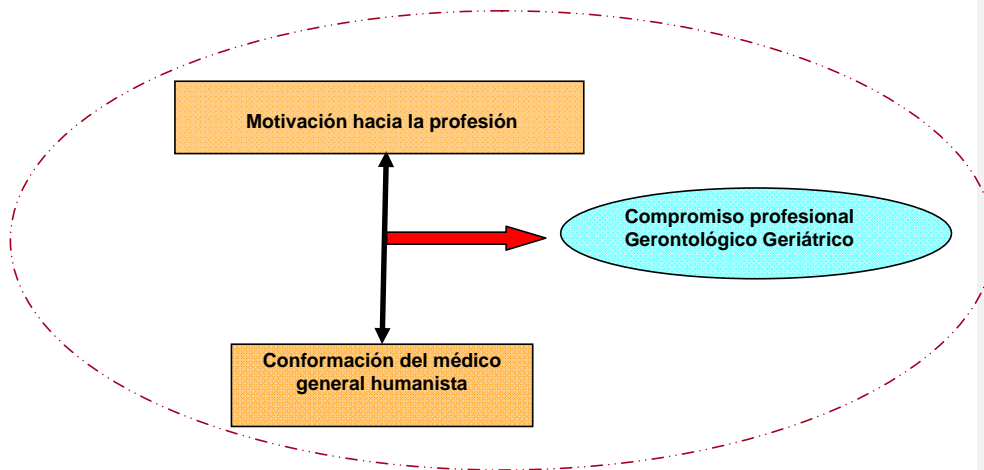


Gráfico 4 Dimensión didáctica motivacional axiológica

En el análisis teórico realizado en la construcción del modelo didáctico que se propone, se revela como una guía básica en todo el proceso constructivo de sus dimensiones y subdimensiones la ética médica y la comunicación asertiva y científica entre el médico – adulto mayor – familia que favorece la autenticidad que logra este futuro médico general en su actuación profesional.

Este estudio teórico se corrobora en la observación sistemática en la práctica médica, donde se revela una eje conductor que guía a todo el proceso de modelación para la propuesta de la competencia, la comunicación asertiva entre adulto mayor, futuro médico y familia, lo que tiene como base el principio de la actividad y la comunicación en la formación de la personalidad ⁴⁹ que se refuerza en esta investigación.

Para la formación de la competencia propuesta se precisa tener en cuenta un proceso de sistematización que garantice al sujeto cognoscente (futuro médico general), la efectividad en la atención al adulto mayor, para esto el debe transitar por los procesos de generalización, la transferencia y la funcionalidad, que le permita a éste integrarlo en un todo con el propósito de consolidar, de manera sistémica y sistemática: los

⁴⁹ ADDINE F. OB.CIT.

conocimientos, habilidades, valores, experiencias, sentimientos y motivos intrínsecos, en la competencia gerontológica geriátrica.

El proceso de enseñanza ha de estar didácticamente estructurado por la necesidad de garantizar la funcionalidad de los aprendizajes, asegurando que puedan ser utilizados pertinentemente en las circunstancias reales en que el estudiante los necesite.

Los contenidos abordados en relación con la sistematización se han tenido en cuenta en la presente investigación para sintetizar las cualidades que se crean con la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el médico general competente para la atención al adulto mayor.

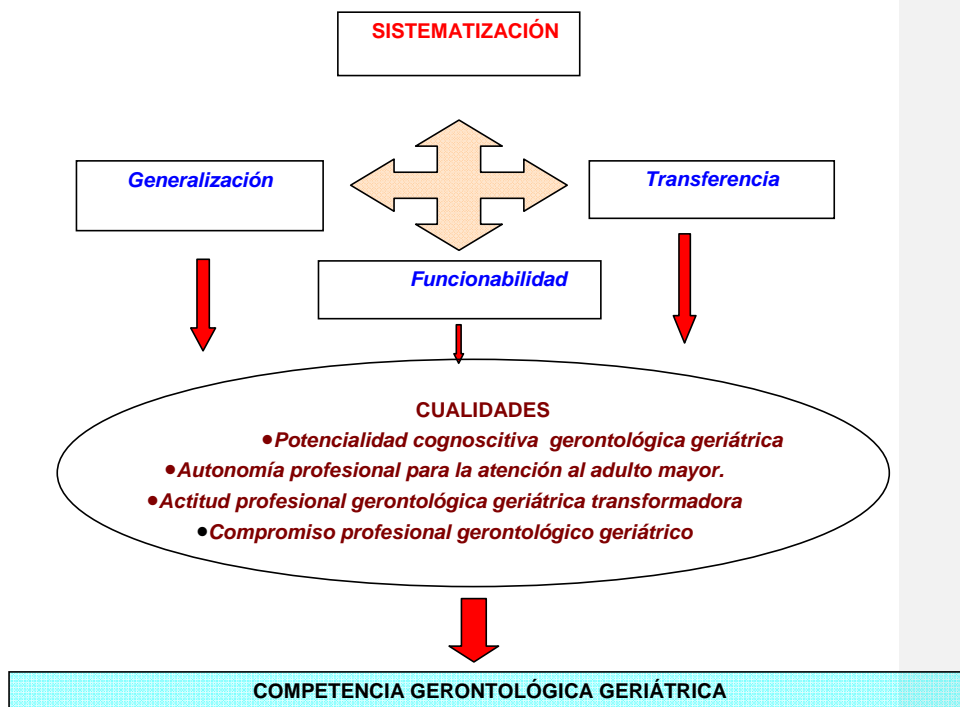


Gráfico 5 Sistematización de las cualidades resultantes de las relaciones entre las dimensiones y subdimensiones y su integración en la formación de la competencia gerontológica geriátrica.

En resumen las relaciones que se establecen en la dinámica de las dimensiones y sus subdimensiones se definen en las cualidades siguientes:

Potencialidad cognoscitiva gerontológica geriátrica:

Autonomía profesional para la atención al adulto mayor:

Actitud profesional gerontológica geriátrica transformadora:

Compromiso profesional gerontológico geriátrico.

2.3.2 Componente metodológico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica.

Para la formación de la competencia gerontológica geriátrica se precisa del establecimiento de cinco pasos que den cuenta de su carácter secuencial:

Primer paso: delimitación de los componentes estructurales del modelo: el técnico y el actitudinal

Segundo paso: Se precisa el componente técnico y su respectiva acción formadora.

Tercer paso: se concreta el componente actitudinal

Cuarto paso: Acción tutorial.

Quinto paso: Se modela un programa integral de identificación, desarrollo, evolución y evaluación de la competencia

En un primer paso se delimitan como componentes estructurales del modelo: el técnico y el actitudinal, como reflejo de la relación existente entre lo cognitivo y lo afectivo, de la teoría con la práctica.

En un segundo paso se precisa el componente técnico y su respectiva acción formadora. Este componente se refiere a la selección de los núcleos de contenido imprescindibles para una atención de calidad al adulto mayor (conocimientos, habilidades, capacidades y procederes) los cuales serán adquiridos a través de un proceso de enseñanza aprendizaje, donde la acción formadora del contenido se privilegia en el espacio curricular de la disciplina MGI.

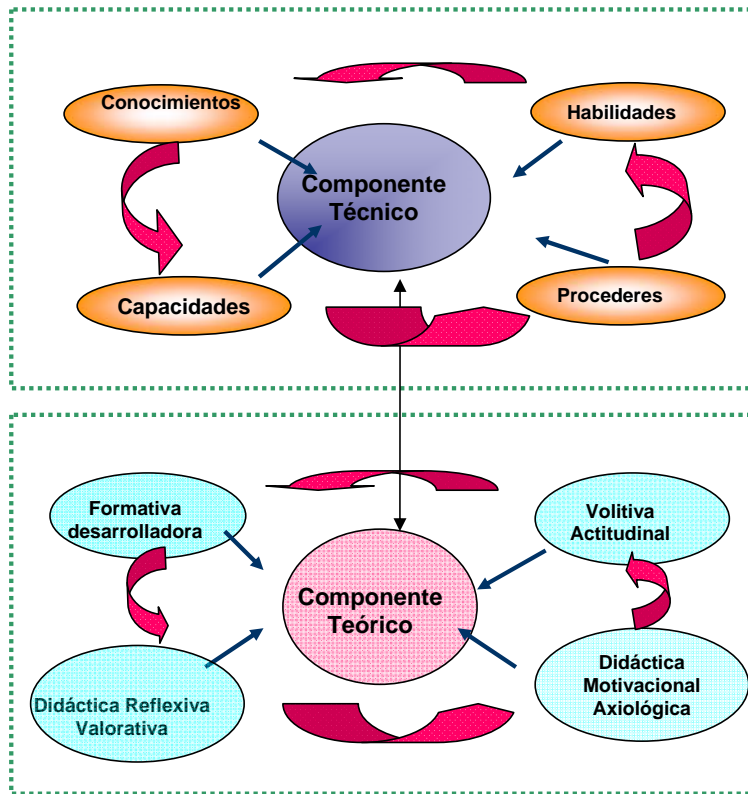


Gráfico 6 Componente técnico y su relación con el componente teórico de la competencia gerontológica geriátrica.

2.3.3 Componente técnico.

Está formado por el sistema de conocimientos, habilidades, capacidades y procederes.

Sistema de Conocimientos:

- Biología del Envejecimiento.
- Fisiología del envejecimiento. Fragilidad y la pérdida de la autonomía funcional.
- Transición demográfica y epidemiológica.
- Farmacología geriátrica.

- Factores psicosociales en la generación de enfermedades en personas mayores.
- Educación geriatrogerontológica a la familia y a los cuidadores.
- Prevención y rehabilitación como los principales objetivos de la medicina geriátrica.
- Valoración Geriátrica Integral en diferentes niveles de asistencia geriátrica.
- Nutrición del adulto mayor.
- Grandes Síndrome Geriátricos y otras condiciones comórbidas en los ancianos.
- Maltrato del anciano.
- Ética del adulto mayor.
- Educación sexual en el adulto mayor.

Sistema de Habilidades

De aplicación:

1. Entrevistar y examinar físicamente al adulto mayor ambulatorio, en un ingreso domiciliario o en un hogar de ancianos.
2. Identificar los signos de enfermedad grave en los adultos mayores.
3. Atender de forma periódica y sistemática, en el consultorio, hogar, en el círculo y casa de abuelos, centro de trabajo y policlínicos a todas las personas de 60 años y más.
4. Registrar y analizar las siguientes situaciones: ancianos que viven solos, sin amparo filial, impedidos físicos, impedidos mentales, impedidos físico – mentales, sordos y ciegos.
5. Atender desde el punto de vista estomatológico integral a los ancianos que lo requieren que incluye búsqueda del cáncer bucal, anualmente.
6. Ingresar en el hogar aquellos ancianos en que las condiciones de su afección, evolución, familia, vivienda y comunidad así lo permitan.
7. Evaluar correctamente el estado de validismo del paciente: Índice de Katz y de Lawton.
8. Mantener una comunicación asertiva en todo el proceso atencional.

Otras habilidades generales:

1. Evaluar los aspectos referentes a las transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y diferentes crisis por las que pasa el adulto mayor.
2. Controlar la tensión arterial a todos los pacientes independientemente de la sintomatología que motive la consulta.
3. Elaborar los diagnósticos sindrómicos y nosológicos correspondientes con la información obtenida.
4. Indicar e interpretar los medios diagnósticos correspondientes (Imagenológicos, de laboratorio clínico y bacteriológico, ECG etc.)
5. Indicar las acciones preventivas y terapéuticas, emitir un pronóstico según su diagnóstico y recomendar su seguimiento por el nivel de atención correspondiente, realizando las acciones de promoción y educación correspondientes.
6. Evaluar correctamente el estado nutricional del Adulto mayor para lo cual deberá:
7. Realizar una adecuada encuesta dietética, así como orientar la preparación de las diferentes formulas lácteas, alimentos adecuados al estado de salud del adulto mayor.
8. Identificar los alimentos pertenecientes a cada grupo básico y orientar su introducción en la dieta del adulto mayor.
9. Aplicar las técnicas para realizar las principales mediciones antropométricas (Peso, Talla, IMC) y su comparación con los estándares correspondientes.
10. Identificar los principales signos clínicos de desnutrición y las formas clínicas moderadas y severas que requieran intervención especializada.

CAPACIDADES

- Capacidad para elaborar una historia geriátrica, exploración física, estado mental, condición nutricional y habilidad funcional en el contexto del adulto mayor.

- Capacidad para utilizar la información obtenida para formular el diagnóstico diferencial, una lista de problemas y un plan inicial de manejo.
- Capacidad para atender por equipo multi/interdisciplinario para alcanzar las metas de un plan de intervención.
- Capacidad para integrar los conocimientos básicos sobre la prevención, la rehabilitación y los cuidados paliativos para las personas mayores.

PROCEDERES

Sondaje vesical y nasogástrico y canalización venosa periférica.

Medidas generales ante un paciente con intoxicación aguda de cualquier etiología.

Medidas generales frente a un Infarto agudo del miocardio.

Medidas generales frente a una emergencia hipertensiva

Medidas generales frente a una descompensación diabética y frente a desequilibrios del equilibrio ácido básico.

Medidas generales frente a un paciente con un Accidente vascular encefálico.

Medidas generales ante un paciente en Shock o una parada cardíaca.

Medidas generales a un paciente en estado terminal y a su familia.

A partir de la determinación del componente técnico, se establece la prioridad de desarrollo de cada uno de ellos, de la cual se define la zona actual de desarrollo en que cada componente técnico es exhibida por los estudiantes.

El proceso anterior permite elaborar un plan denominado "acción formadora técnica", en la cual los elementos elaborados en el componente técnico son adquiridos por el futuro médico general (liderado por los profesores) a través de un proceso de sistematización durante su tránsito por la carrera, en particular por la disciplina MGI, utilizando los diferentes componentes del proceso de enseñanza aprendizaje en las

actividades docentes en especial en las de educación en el trabajo vinculadas con la atención al adulto mayor.

2.3.4 Componente actitudinal. Consideraciones acerca de los valores a formar.

En un tercer paso: se concreta el componente actitudinal los cuales deben ser atendidos mediante un plan denominado "acción tutorial" por el tutor que es la figura más cercana al alumno, el cual transmitirá valores tales como: espíritu de abnegación, sacrificio y sensibilidad ante el dolor ajeno y ante la vejez, elevado nivel motivacional, sentido de la responsabilidad, actitud crítica y autocrítica, modestia, sencillez, desinterés, altruismo, honradez y austeridad, utilizando para ello recursos personológicos como perseverancia, flexibilidad y reflexión personalizada. Como en el componente técnico, aquí subyacen también los elementos teóricos modelados.

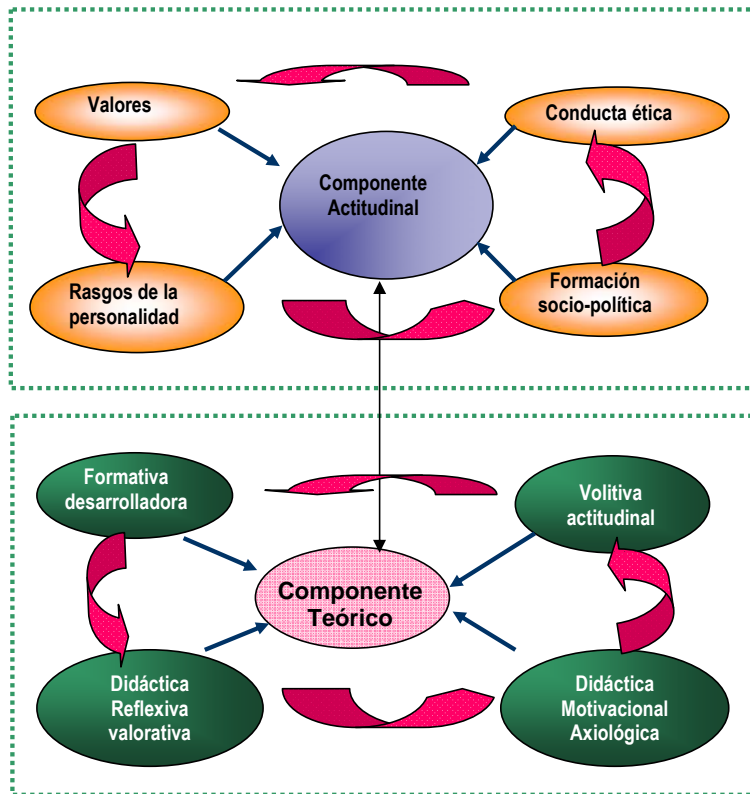


Gráfico 7 Componente Actitudinal y su relación con el componente teórico de la competencia gerontológica geriátrica.

En el componente actitudinal se destacan los valores, la conducta ética, los rasgos de la personalidad, y la formación sociopolítica.

Valores

- Solidaridad, servicio, respeto y compasión hacia las personas mayores y sus familiares.
- Respeto y defensa de los derechos humanos, de las diferencias culturales y marcos legales del adulto mayor.
- Liderazgo comprometido en el desarrollo de modelos de atención y de equipos de salud interdisciplinarios.
- Comprensión y experiencia de los servicios comunitarios y preventivos.

La conducta ética está definida por los preceptos del código de ética del trabajador de la salud el cual será estudiado e incorporado al actuar diario del futuro médico general.

Los rasgos de la personalidad están regidos por los que se asumen del perfil del profesional al que se aspira.

La formación sociopolítica Se basa en los preceptos del socialismo cubano y sustentado en la teoría marxista leninista. El MGI Básico debe de tener una concepción científica del mundo. En su desempeño como profesional del Sistema Nacional de Salud, actuará desde las posiciones de los intereses de la sociedad y en función de la satisfacción de las crecientes necesidades de salud del pueblo. Estará dispuesto a brindar servicios en cualquier lugar que el país lo requiera y estará preparado para las tareas de la defensa.

Consecuente con las posiciones de la Revolución Cubana , este profesional debe de poseer un elevado espíritu internacionalista y estar dispuesto a prestar sus servicios en cualquier parte del mundo donde sean necesarios; una clara concepción de su papel como trabajador intelectual al servicio de su pueblo alejado de posiciones elitistas, un compromiso de fidelidad a la revolución y su obra.

Cuarto paso: Acción tutorial:

La acción tutorial se refiere aquella relación que ejerce el tutor y los estudiantes cuyo contenido es fundamentalmente de formación de valores. El proceso de evaluación actuación de los estudiantes y sus criterios acerca de la atención que reciben del tutor así como definir necesidades de los mismos (fisuras actitudinales) con respecto al perfil de competencia que le es necesario para la atención al adulto mayor. Esta identificación es base para que los directivos docentes definan, conjuntamente un plan de mejora individual, el cual, se convierte en un programa tutorial para reducir o eliminar dicha fisura.

El tutor debe poseer una serie de caracteres personalógicos que lo distingan:

-Personal profesional o técnico cuya especialidad sea afín con los perfiles de atención al Adulto Mayor.

- Haber demostrado una conducta ética, política y social en correspondencia con los principios que exige la sociedad para la atención al Adulto Mayor.
- Manifestar formas de comunicación adecuada con los Adultos Mayores y su familia.
- Ser representativo de una educación formal correspondiente a un trabajador de la salud.
- Ser competente dentro de su profesión, demostrando un adecuado desempeño profesional en el manejo del adulto mayor.
- Ser orientador asertivo a partir de tener una comunicación empática con el adulto mayor.
- Mantenerse actualizado en cuanto a su desarrollo profesional y científico investigativo en lo referido a las características biológicas, psicológicas y sociales del Adulto Mayor abordando los aspectos fisiológicos, patológicos y funcionales propios de este grupo poblacional.
- Sentirse comprometido con el adulto mayor, sus necesidades y aspiraciones.
- Crear un clima que desarrolle cualidades de aceptación, respeto y confianza en la atención al Adulto Mayor.

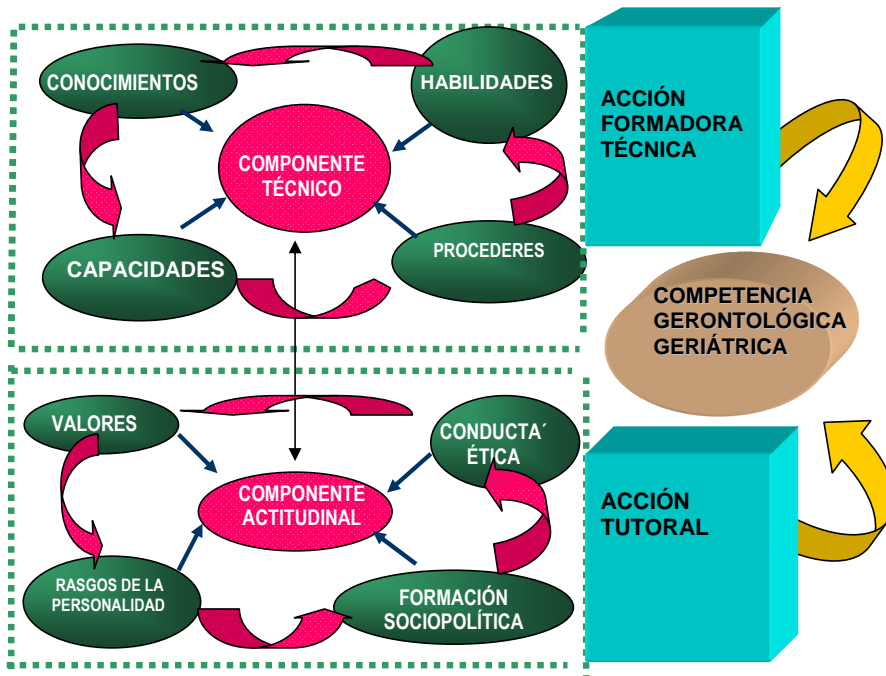


Gráfico 8 Componentes técnico y actitudinal de la competencia gerontológica geriátrica y las acciones tutorial y formadora técnica

Quinto paso: Se modela un proceso claramente diferenciado para contribuir a la elaboración de un programa integral de identificación, desarrollo, evolución y evaluación de la competencia que parte de la identificación de las debilidades y fortalezas en el proceso de atención al adulto mayor, como solución de las primeras y aprovechando las segundas, se planifican dos tipos de acciones: la tutorial y la formadora técnica, que en estrecha interrelación favorece el establecimiento de un nivel de intervención docente en el futuro médico general y se evalúa sistemáticamente el accionar del médico general en la atención al adulto mayor.

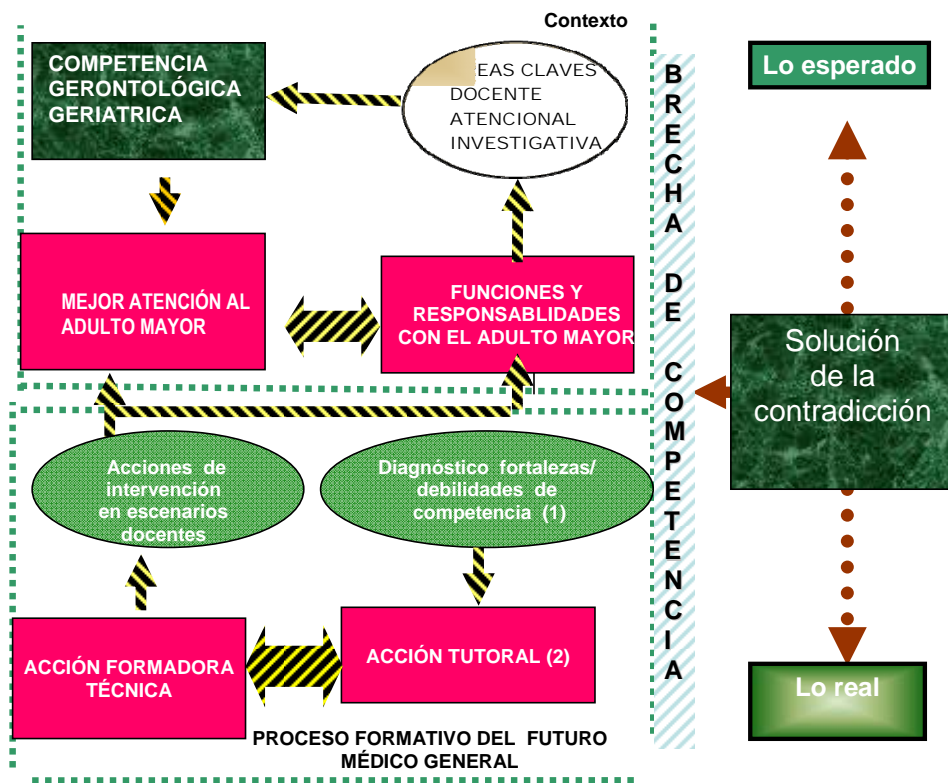


Gráfico 9. Proceso para la elaboración de un programa integral de identificación, desarrollo y evaluación de la competencia gerontológica geriátrica.

Se identifican y se explicitan las funciones y responsabilidades, en las áreas claves que se delimitan en la docente, atencional e investigativa, para que en este proceso resulten integradas como un principio de la salud pública cubana que contribuya una vez logrado a una mejor atención al adulto mayor.

Como movimiento dialéctico de estos procesos se construye la competencia gerontológica – geriátrica con lo cual se resuelve la contradicción existente entre las carencias de concepción del modelo formativo y las exigencias al modo de actuación de ese futuro profesional que le permita resolver de forma creativa los problemas de salud que aquejan al adulto mayor, y con ello eliminar la brecha o en la formación actual de esta competencia y pasar del estado real al esperado de una forma relativa.

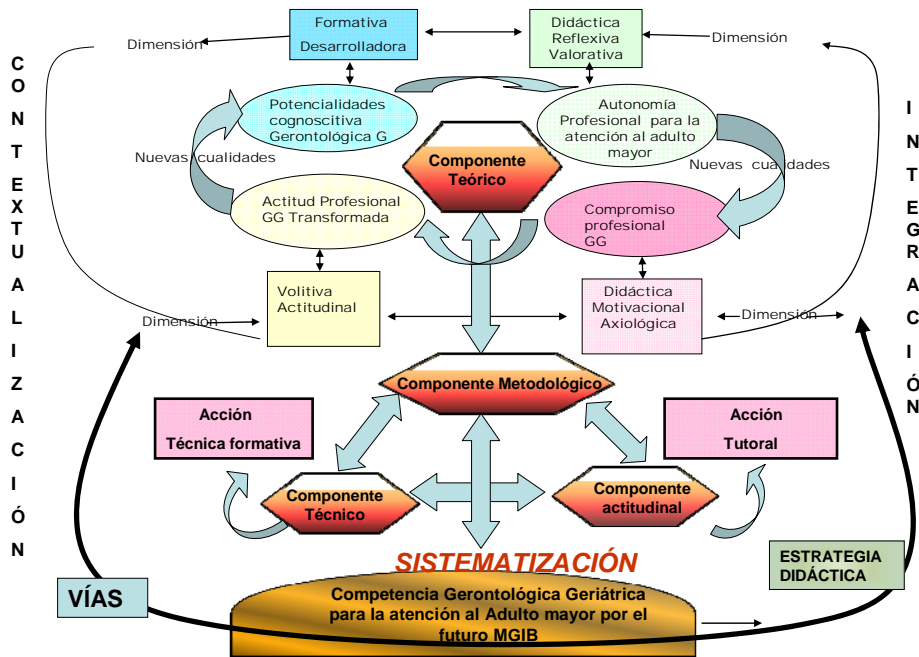
El trabajo metodológico constituye la vía principal para la preparación de los docentes con vistas a lograr la concreción del sistema de influencias que permiten dar cumplimiento a las direcciones principales del trabajo educacional, así como las prioridades de cada enseñanza en cualquier contexto de actuación.

Partiendo de esta definición podemos aseverar que el plano metodológico de las acciones formativa técnica y la acción tutorial se ponen de manifiesto tanto desde la teoría como en la implementación.

Desde la teoría es el componente que dinamiza el modelo didáctico ya que se concibe como el sistema de acciones que se organizan desde la sede universitaria (Policlínico Universitario Docente) para a través de ambos procesos desarrollar los elementos del componente técnico (conocimientos, habilidades, capacidades y procederes) y del actitudinal (valores, conducta ética, rasgos de la personalidad y formación sociopolítica).

Este componente metodológico revela la síntesis del saber, saber hacer y del ser que aporta el currículo y proyectar la formación de la competencia gerontológica geriátrica del futuro médico general para la atención integral al adulto mayor en la dinámica del proceso formativo. En la implementación de la estrategia como plataforma metodológica se manifiestan a través de sus diferentes momentos de la misma, los objetivos, las vías, los resultados y las medidas aplicadas para lograr la materialización de la estrategia y la concreción de las acciones técnica y tutorial.

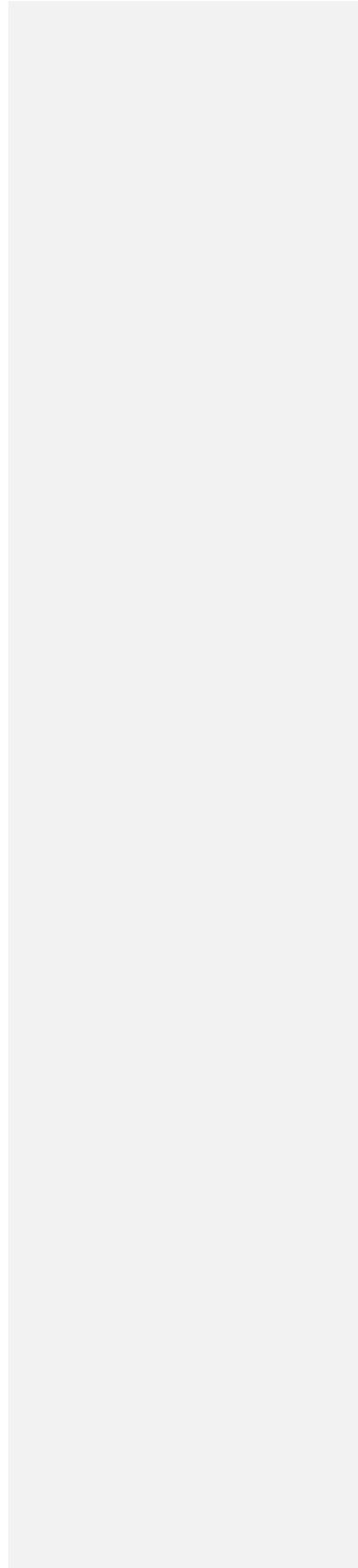
MODELACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA GG Y SU SISTEMATIZACIÓN



CONCLUSIONES PARCIALES DEL CAPÍTULO 2.

1. La valoración del estado actual del proceso de formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor permitió corroborar que existen insuficiencias en dicha formación relacionadas tanto con su concepción como con su implementación, que fundamenta la necesidad de una propuesta didáctica que permita la formación de la competencia gerontológico geriátrica en el futuro médico general .
2. El modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológico geriátrica en los futuros médicos generales, sirve de fundamento a las vías y métodos para solucionar las deficiencias e insuficiencias en el desempeño de los médicos generales en el proceso de atención al adulto mayor al expresar la dinámica de la formación y las relaciones principales que se manifiestan durante la misma.
3. De las relaciones que se establecen en el proceso de formación de la competencia gerontológico geriátrica y que se expresan en la dinámica de las dimensiones y las subdimensiones de las que surgen las cualidades: Potencialidad cognoscitiva científica gerontológica geriátrica, Autonomía profesional para la atención al adulto mayor, Actitud profesional gerontológica geriátrica transformadora y el Compromiso profesional gerontológico geriátrico.

CAPÍTULO III



CAPÍTULO III. ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA GERONTOLÓGICA GERIÁTRICA EN EL MÉDICO GENERAL.

En este capítulo se expone el aporte práctico de la investigación: una estrategia didáctica conformada de tres etapas con los objetivos, acciones y aspectos a evaluar para la formación escalonada de la competencia gerontológica geriátrica para la atención integral al adulto mayor por el futuro médico general. Se realiza mediante el criterio de expertos una valoración científica del modelo y la estrategia propuestos y se validan los resultados de la aplicación parcial de las acciones de la estrategia a través de un pre-experimento.

3.1 Fundamentos de la estrategia didáctica.

En la actividad educacional se han utilizado diferentes abordajes de estrategia en las que se insertan los aspectos aportados por: J. Añorga (1996), CIE "Graciela Bustillos" (1999), Aleida Márquez (2000), M. Infante (2001), Ml. Rubio (2005), A. Pulido (2005), R. Martínez 2007, CF. Domínguez (2008) entre otros, para referirse a procesos de dirección educacional y competencias que los actores desarrollan con una intencionalidad específica.

El concepto de estrategia se ha utilizado por variados autores y su uso se ha extendido hasta las más diversas actividades donde se desarrolla una labor de dirección, según A. Céspedes señala que " las estrategias suponen, cambios importantes en la dirección de cualquier proceso, incluyendo el proceso de enseñanza – aprendizaje. Es un proceso amplio y globalizado, que tiene en cuenta la toma de decisiones, el

proceso de formulación de estrategia, los recursos humanos, la tecnología, la información, la cultura y el control, entre otros aspectos".⁵⁰

J. Cubillos concibe las estrategias como " una síntesis del pensamiento organizacional destinada en enfrentar el cambio y sus efectos y a producir un equilibrio dinámico necesario para alcanzar los objetivos"⁵¹

Desde el punto de vista conceptual, la Dra. A. Márquez (2000), considera que una estrategia es: "un sistema dinámico y flexible de actividades y comunicación que se ejecuta de manera gradual y escalonada permitiendo una evolución sistemática en la que intervienen todos los participantes, haciendo énfasis no sólo en los resultados sino también en el desarrollo del proceso."⁵²

En las estrategias se concretan las intenciones y objetivos de los sistemas educativos y los procesos de transformación; dada la naturaleza del fin de la educación, la obtención de resultados exige una visión de largo alcance.

Se establecen diferentes tipos de estrategia en el campo de la investigación, a los efectos de este trabajo se asume que los tipos de estrategia se clasifican en dependencia del contexto sobre el que se pretende incidir (pedagógica, educativa, didáctica, metodológica).⁵³

La estrategia que se propone se define como didáctica, por estar dirigida fundamentalmente al perfeccionamiento del proceso formativo de los futuros médicos generales, a través de la disciplina MGI: la misma tiene como fundamento el modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica del médico general

⁵⁰ CÉSPEDES QUIALA A. Concepción teórica de la gestión didáctica del proceso de sistematización de las habilidades profesionales en la formación multigrado en la Licenciatura de Educación primaria. Tesis en opción al grado científico de Dr. en C. Pedagógicas universidad Pedagógica de Santiago de Cuba Frank País García. 2008.p.93

⁵¹ CUBILLOS, O.J. Seminario de planeación estratégica. Comisión Federal de electricidad, México: Editorial interlocutor, 1991

⁵² MÁRQUEZ RODRÍGUEZ A. Habilidades. Proposiciones para su evaluación Santiago de Cuba ISP Frank País García.1993, p1

⁵³ CORTÓN, B. Estrategia de intervención pedagógica para potenciar la función cultural de la escuela en la comunidad. Tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. 2008 p 94

Se parte de la lógica de la profesión que permite a los sujetos principales apropiarse de la competencia profesional propuesta en un tiempo y contexto determinados, teniendo en cuenta las diferentes etapas por las que debe atravesar para lograr los objetivos propuestos. Es decir, para que los futuros médicos generales puedan resolver y comportarse como profesionales de la salud competentes en la solución de problemas específicos que afecten al adulto mayor en los diversos contextos sociales.

3.2. Desarrollo de la estrategia.

En el contexto de la estrategia didáctica propuesta el conjunto de componentes se relacionan con un ordenamiento lógico y coherente, que va a mediar las relaciones entre el profesor, el médico general en formación, directivos y tutores durante su práctica médica en la solución de los problemas que se manifiestan en el desarrollo de las asignaturas que forman parte de la disciplina MGI en el proceso formativo de los futuros médicos generales con el fin de formar la competencia gerontológica geriátrica, necesaria para solucionar los problemas de salud del adulto mayor.

En su diseño se tuvieron en cuenta dimensiones, subdimensiones y otros componentes del modelo didáctico lo que permitió determinar una serie de aspectos teórico- metodológico, actitudinales y técnicos.

En la estrategia propuesta se consideraron los pasos metodológicos que constituyen puntos de referencia obligados para definir la organización que debe tener una estrategia didáctica en los marcos de un trabajo científico. En este sentido, se asume el criterio de la Dra. Nerelys de Armas (2005) ⁵⁴ que considera que la aplicación del modelo se convierte en una necesidad científica, social y práctica necesaria; por lo que se propone una estrategia de formación que enriquecen la teoría y demuestren la viabilidad y factibilidad del objeto científico.

⁵⁴ ARMAS RAMÍREZ, N. De y otros. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aporte de la investigación educativa. Curso 85 Pedagogía 2003. La Habana. Cuba, p. 13.

La estrategia que se propone tiene como premisas:

- | | |
|---|--------|
| 1.-
encia de un vínculo estrecho entre la Escuela Médica y el sistema sanitario. | Existe |
| 2.-
derar el proceso de transformaciones que se desarrolla y que asume la descentralización de la enseñanza,
potenciando un vínculo más estrecho entre profesor- tutor- estudiante- paciente –familia- comunidad. | Consi |
| 3.-
er un claustro de docentes con al menos moderados conocimientos pedagógicos, que a la vez que brindan
docencia, realizan la atención a los pacientes y sus familias, sean capaces de investigar. | Pose |
| 4.-
escenarios docentes principales Policlínico Proyecto Universitario (PPU)
y consultorios médicos, deben poseer las condiciones estructurales adecuadas y un grupo básico de
trabajo preparado científicamente y motivados al trabajo formativo del futuro médico general en la atención al
adulto mayor. | Los |

OBJETIVO GENERAL DE LA ESTRATEGIA:

Formación de la competencia gerontológica geriátrica en los futuros médicos generales para contribuir a una mejor atención al adulto mayor.

Requisitos para la instrumentación de la estrategia

- Que los docentes y directivos del centro conozcan y estudien el modelo didáctico, dominen su aparato conceptual y las vías de su implementación práctica adecuadas a las peculiaridades del centro docente – asistencial- investigativo.
- Diagnóstico de las potencialidades y debilidades del colectivo docente para la ejecución de la estrategia.

- Espacio curricular para la implementación de las acciones propuestas para el logro de la competencia gerontológica geriátrica.

- Características de la estrategia

Es una estrategia:

- Endógena: Se realiza desde adentro, para dar respuesta a las problemáticas de la comunidad.
- Viable: Su carácter endógeno y su concepción desde la dimensión curricular, garantiza la viabilidad y su posible continuidad en el tiempo.
- Flexible: Permite su adecuación a las condiciones concretas de los diferentes contextos y en el modelo de formación de los Policlínico Proyecto Universitario.(PPU)
- Desarrolladora, ya que favorece al incremento de la independencia y contribuye al desarrollo de la personalidad del profesional de la salud.

Estructura organizativa y funcional de la estrategia

La estrategia didáctica para la formación de la competencia gerontológica geriátrica presenta un ordenamiento lógico y se caracteriza por la interrelación entre las tres etapas que la componen.

Por su carácter integral y de sistema facilita establecer entre todos los participantes, el enfoque desarrollador del proceso formativo de la competencia gerontológica geriátrica y el perfeccionamiento del desempeño profesional del futuro médico general, a través del conjunto de acciones.

La estrategia propuesta consta de tres etapas.

Etapas de la estrategia

I. Diagnóstico y sensibilización.

Objetivos.

1. Diagnosticar el grado de preparación del claustro y de los estudiantes en los aspectos fundamentales en proceso formativo inicial para la atención al adulto mayor.

2. Sensibilizar al claustro con la necesidad y las ventajas de la formación de la competencia para la atención al adulto mayor en el proceso formativo inicial del médico general.

Acciones

1. Diagnosticar el grado de preparación del claustro y de los estudiantes en los aspectos fundamentales en la formación inicial del médico general para la atención al adulto mayor.

Vías: encuestas, entrevistas y observación de desempeño de profesores y modos de actuación de los futuros médicos generales.

- Visitar a actividades de educación en el trabajo para la observación del desempeño de los estudiantes y el modo de actuación de los profesores con respecto a su grado de independencia en la toma de decisiones para la atención al adulto mayor, en el contexto del consultorio, familia y en la comunidad.

- Establecer entrevistas con profesores y directivos seleccionados para conocer su identificación con la temática del proceso formativo para la atención al adulto mayor.

Aspectos a evaluar: a profesores, directivos, tutores y futuros médicos generales

- Conocimiento teórico y práctico de la temática

-

encia en el trabajo en el proceso de formación inicial para la atención al adulto mayor

-

cimiento del tutor de su participación en la formación de la competencia en la atención al adulto mayor.

2. Desarrollar talleres de sensibilización con docentes, directivos, metodólogos, tutores, representantes de la comunidad y de adultos mayores.

Vía: Reflexión.

Experi

Cono

- Conocimiento del tutor de su participación en la formación de la competencia gerontológica geriátrica en la atención al adulto mayor.

- El médico y la enfermera de la familia: ¿principales agentes educativos y protectores de la salud del adulto mayor?

- Papel del equipo de salud, su familia y de la comunidad en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales con el adulto mayor.

¿Están preparados los profesores de los policlínicos universitarios para la formación de una competencia en los futuros médicos generales en el proceso formativo inicial que le permitan la atención satisfactoria al adulto mayor?

- ¿Están preparados los tutores en su papel formativo técnico y actitudinal?

Aspectos a evaluar.

- Percepción de docentes y directivos sobre la necesidad de conocer mejor los aspectos que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto mayor y de las insuficiencias en su enseñanza en el proceso formativo inicial del futuro médico general.

-Manifestaciones de aceptación y compromiso con la atención integral al adulto mayor y de la necesidad de la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el futuro médico general

· Preparación de pregrado recibida sobre el tema.

II Planeamiento y capacitación.

Objetivos:

1. Planear las acciones de la estrategia didáctica.

2. Capacitar al claustro en la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el proceso formativo inicial de los futuros médicos generales

Acciones.

1. Planear la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el proceso formativo del médico general.

Vías: Taller de planeamiento con docentes y directivos. (Trabajo de mesa).

- Planeamiento de actividades para el fortalecimiento de la competencia gerontológica geriátrica para la atención al adulto mayor en el proceso formativo inicial del médico general. Entre ellas:

1. Planear el análisis de la situación de salud junto al equipo básico de salud donde se identifiquen, prioricen y se les dé solución a los principales problemas de salud, sentidos y reales de los adultos mayores a través de la planeación estratégica, concretándose por intermedio del plan de acción y resulte el instrumento de trabajo para la planificación del fondo de tiempo y actuación consecuente en lo asistencial, docente, investigativo; para lograr la satisfacción de la población adulta mayor.

2. Planificar visitas a los hogares para realizar la dinámica familiar que tenga como centro el fortalecimiento de la familia funcional y el cuidado, amor y respeto que se le debe mostrar al adulto mayor.

3. Planificar los controles de la salud bucal adecuada haciendo énfasis en las atenciones a brindar con respecto al logro de la prótesis dental, de la higiene bucal y el cepillado después de la ingestión de los alimentos.

4. Planificar pesquisajes en las visitas de terreno, la búsqueda precoz de trastornos de la audición y visión, para evitar secuelas invalidantes que afecten seriamente la calidad de vida del adulto mayor, con repercusión en la familia y en la sociedad, así como la búsqueda activa de otras alteraciones digestivas, cardiovasculares, urológicas, del sistema nervioso central y aquellas que sugieren trastornos degenerativos asociados.

5. Planear la socialización a través de los círculos de abuelos y la universidad del adulto mayor en interés de ofrecer información acerca de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

6. Planificar el estudio y aplicación de los principios de la ética médica.

7. Planear acciones que permitan el diagnóstico de validismo del adulto mayor a través de la realización de una anamnesis y un examen físico de excelencia; aplicando el método clínico epidemiológico con uso racional de los medios diagnósticos.

8. Planeamiento de tratamiento adecuado a las enfermedades más frecuentes observadas en el consultorio, salas hospitalarias, consultas y guardias médicas.

9. Planeamiento de rehabilitación a adultos mayores con enfermedades crónicas en especial: artrosis, accidentes vasculares encefálicos, fracturas de cadera, pie diabético y discapacidades mentales y motoras.

10. Planear la participación activa de los futuros médicos generales en la docencia en actividades prácticas, a personal de menor nivel, en la pirámide docente asistencial, así como a la población en general.

11. Planear la participación de actividades comunitarias como: participación en las asambleas de rendición de cuentas; acciones educativas contentivas del cuidado del medio ambiente que rodea al adulto mayor; audiencias sanitarias especializadas dirigidas a la protección de los adultos mayores (nutrición, vacunación, prevención de las caídas y otros accidentes, riesgos ambientales).

12. Planificar acciones de educación gerontológica en el futuro médico general tales como:

- Cultura de prevención (caídas, secuelas invalidantes)
- Sensibilización y capacitación (a la familia, a la comunidad, capacitación en la nutrición, etc.)
- Fomento de las acciones intergeneracionales.
- Planeamiento de actividades con la participación de los metodólogos, profesores, adultos mayores con representatividad en la comunidad y otros representantes de la comunidad.
- Planificar las actividades para el fortalecimiento de la cultura de la longevidad activa y satisfactoria en profesores, directivos, estudiantes, comunidad, por la vía de actividades docentes, extradocentes y extraescolares.

Ejemplo de estas actividades:

- Elaboración de las acciones del componente metodológico del modelo didáctico .

Aspectos a evaluar:

Valoración de la calidad de la capacitación.

2. Capacitar al claustro en función de la formación de la competencia gerontológica geriátrica.

Vías: Capacitación a través del autoestudio y talleres.

Autoestudio en las siguientes temáticas:

- Aspectos biológicos, psicológicos, sociales y capacidad funcional que afectan al adulto mayor en su proceso de envejecimiento, tanto en los aspectos fisiológicos como patológicos.
- Registrar las peculiaridades del diagnóstico de salud en el adulto mayor, profundizando en los aspectos del autovalidismo.
- Determinar los aspectos que jerarquizan la rehabilitación del adulto mayor.

Insertar de forma orgánica y asertiva al adulto mayor en su familia y en su comunidad.

Reforzar los contenidos (conocimientos, habilidades, valores, sentimientos, actitudes entre otras) que caracteriza el proceso de salud – enfermedad del adulto mayor

Desarrollar talleres metodológicos de reflexión con la participación de profesores, metodólogos y tutores, con el propósito de:

- Favorecer la flexibilidad intelectual de estudiantes y profesores
- Estimular las potencialidades en el proceso formativo de la competencia gerontológica geriátrica.
- Desarrollar acciones que estimulen al futuro médico general a establecer juicios valorativos de su desarrollo, sus logros y retrocesos, valorando de forma reflexiva, las experiencias adquiridas para ser mejores utilizadas.
- Desarrollar en los estudiantes la necesidad del esfuerzo y disposición a superar obstáculos, modificar situaciones negativas que afecten el estado de salud del adulto mayor.

Aspectos a evaluar:

-
ación de la calidad del planeamiento

Valor

-
d de la estrategia elaborada sobre la base de ajuste a las características señaladas en los talleres de reflexión.

Calida

III. Ejecución y evaluación de la estrategia didáctica.

Objetivos:

- Desarrollar la estrategia didáctica en los policlínicos universitarios seleccionados con las acciones teórico - metodológicas, para la formación de la competencia gerontológica geriátrica.
- Evaluar las modificaciones ocurridas en los policlínicos universitarios seleccionados una vez ejecutada la estrategia.

Acciones:

1. Ejecutar las acciones previstas en la estrategia en los policlínicos seleccionados.

Vías: Diferentes modalidades de educación en el trabajo

2. Evaluar los cambios ocurridos en los policlínicos seleccionados

Vías: - Observación de las diferentes modalidades de educación en el trabajo.

-Percepción por parte de estudiantes y profesores, sobre los diferentes aspectos de la estrategia.

3. Introducir en el proceso formativos, los contenidos para la atención al adulto mayor en las diferentes asignaturas de la Disciplina MGI :

Introducción a la Medicina General integral o MGI-I

Se considera que en esta asignatura se puede abordar como contenido las características del envejecimiento normal (gerontología).

Promoción de Salud (Medicina General Integral II)

En esta se pudieran introducir los contenidos en adulto mayor los estilos de vida que puedan afectar al adulto mayor y favorecer un estado salud individual y colectivo satisfactorio.

Prevención en Salud (Medicina General Integral III)

lo que puede vincularse con los contenidos que abordan la prevención de las enfermedades más frecuentes del adulto mayor así como sus posibles complicaciones.

Medicina General Integral IV Medicina comunitaria.

Se podría integrar los aspectos correspondientes a la geriatría. Por la precedencia de los conocimientos es factible que el futuro médico general realice el diagnóstico y conozca las bases del tratamiento de las principales enfermedades que afectan al adulto mayor, utilizando y fortaleciendo las ventajas del método clínico.

Los contenidos tratados en las mismas deben ser integrales, con enfoque que respondan a las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación de salud y rehabilitación integral, explicando las particularidades que las entidades que se estudian en ellas adoptan en el adulto mayor.

Medicina General Integral V:

Aquí también pueden insertarse las peculiaridades del adulto mayor en particular las referidas a las enfermedades crónicas no trasmisibles y a la rehabilitación (gerontogeriatría)

Aspectos a evaluar:

Resultados obtenidos a partir de la puesta en práctica de las acciones que se proponen.

Por la precedencia de los conocimientos es factible que el futuro médico general realice el diagnóstico y conozca las bases del tratamiento de las principales enfermedades que afectan al adulto mayor, utilizando y fortaleciendo las ventajas del método clínico.

3.3 Aplicación del método de expertos para corroborar la factibilidad y pertinencia de la estrategia y del modelo que la sustenta.

Para corroborar la factibilidad de la estrategia y la pertinencia del modelo teórico que la sustenta se aplicó el método del criterio de expertos, a través de los siguientes pasos:

A. Selección de los posibles expertos.

Se realizó una selección intencional de los profesionales considerados como posibles expertos sobre la base de sus conocimientos y experiencia pedagógica, fundamentalmente en el tema de modelos didáctico y competencia profesional; su obra pedagógica, su preparación científica y/o académica, sus cualidades éticas, imparcialidad, independencia de criterios y espíritu crítico.

B.

Deter

minación del coeficiente de competencia y selección de los expertos

Se realizó una encuesta para determinar el coeficiente de competencia de cada posible experto sobre la base del cálculo del coeficiente de conocimiento y argumentación en cada caso (Anexo XIII)

La encuesta arrojó que los posibles 20 expertos laboran en centros de la Educación Superior en la provincias de Santiago de Cuba, (Universidad Médica de Santiago de Cuba 8, Universidad de Oriente 5, Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García 7 (incluida la universalización), los cuales fueron entrevistados para constatar su disposición y posibilidad real de participar en la encuesta.

Del total de expertos cinco son Doctores en Ciencias Pedagógicas (de la Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García), cinco son Doctores en Ciencias Médicas de la Universidad Médica de Santiago de Cuba, 10 son máster (4 de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), y 6 Máster en Educación Superior, de la Universidad de Ciencias Médicas).

Con respecto a su categoría docente 10 son titulares, 5 auxiliares y 5 asistentes. Los años de experiencia oscilan entre 25 y 30.

El procesamiento de los datos obtenidos en la encuesta a partir de la multiplicación por 0,1 de la cifra de autovaloración emitida por cada experto en la escala sobre el conocimiento que posee de la temática arrojó que entre los posibles expertos el 78% (16) tienen un nivel de competencia alto y el 22 % (4) medio, pudiéndose tomar estas últimas como expertos porque el nivel de competencia promedio del grupo encuestado es alto (0,92) (Anexo XIV).

Se asume que entre 1 y 0.9 el coeficiente de conocimientos es alto; entre 0,8 y 0,6 medio y de 0,5 a 0 es bajo. Sobre estas bases el 100% de los posibles expertos resultó tener coeficiente de conocimientos alto y medio lo que corroboró lo acertado de la selección inicial.

Para la obtención del coeficiente de argumentación, a cada experto se les presentó una tabla modelo para marcar cual de las fuentes considera que influyó en su conocimiento de acuerdo con los niveles de alto, medio y bajo.

Se utilizó una tabla patrón para cada una de las casillas marcadas por el experto, se calculó el número de puntos obtenidos, los resultados son los que siguen: 11 expertos con Ka (55%) están entre 1 y 0.9 y 9 expertos (45%) entre 0,8 y 0,6.

El coeficiente de competencia K se determinó a partir de la siguiente formula $K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$. El cálculo arrojó que de los posibles expertos 15 para un 76,8% poseen un coeficiente de competencia alto y 5 (23,2%) es medio. Fueron seleccionados todos los incluidos en la lista de posibles expertos teniendo en cuenta además que el promedio grupal resultó alto. Se incluye la tabla general que evidencian los resultados generales obtenidos.

3.3.1 Valoración de los resultados de la consulta a los expertos.

Con el propósito de obtener una evaluación de los resultados de la presente investigación se aplicó el método de experto en dos momentos.

En un primer momento se sometió a consideración el modelo propuesto para la formación de la competencia gerontológica - geriátrica para la corroboración de la factibilidad y el valor científico metodológico de esta propuesta, en la formación del Médico General Integral Básico. (Anexo XV)

A esta primera encuesta se le realizó un procesamiento en un primer momento. Se anexa un material que explicaba de forma sintetizada los elementos que sirvieron de premisas para la elaboración del modelo, sus principales sustentos teóricos los dinamizan y otros elementos que lo confirman y lo regulan. En un segundo momento se le presentaron los resultados del procesamiento de la primera encuesta aplicada (Anexo XVI) y se analizan las discrepancias de opiniones entre los expertos en relación con el valor de la mediana a través de la desviación intercuartílica, (Anexo XVII) y se sometió a su consideración la propuesta perfeccionada sobre la base de las recomendaciones y sugerencias dadas por los expertos. En la segunda encuesta se sometió a la consideración de los expertos la estrategia didáctica. (Anexo XVIII)

Ambas encuestas fueron aplicadas con el objetivo de comprobar la calidad y efectividad de dichas propuestas tanto en el modelo didáctico, como su factible aplicación.

Para procesar los resultados de la segunda encuesta, se determinaron las categorías que por consenso concedían los expertos a los diferentes aspectos evaluados, a través de la construcción de una escala de intervalos que definiera los puntos límites correspondientes a cada una de las categorías obtenidas mediante el empleo del método de Green. (Anexo XIX)

Los resultados de dicho procesamiento (Anexo XX) arrojaron que la fundamentación teórica del modelo didáctico está en la categoría bastante adecuada, mientras que los restantes elementos componentes de la propuesta, están en la categoría muy adecuado.

Al determinar las discrepancias de los criterios emitidos por los expertos, al evaluar cada uno de los aspectos que se sometieron a consideración, no se observó discrepancia de interés entre los expertos ya que la desviación intercuartílica no fue significativa. (Anexo XXI).

Los expertos ofrecieron sugerencias los cuales hacen referencia a:

▪ Con relación al modelo, los expertos sugirieron profundizar en las consideraciones epistemológicas que se refieren a las relaciones que se establecen entre las dimensiones que se proponen y en la estructura del modelo para el logro de la competencia teniendo en cuenta la llamada brecha de competencia.

▪ En cuanto a la competencia profesional para la atención integral al adulto mayor en el proceso formativo del médico general, se realizan las sugerencias que a continuación se refieren:

• Debe de reflejarse los problemas particulares que se enuncian en la disciplina MGI ya que el programa no los identifica de forma evidente, lo que no da idea de su verdadera relación con la competencia.

• Incluir sobre lo novedoso de la competencia propuesta en relación con el médico general en las condiciones actuales.

• Debe valorarse la inclusión del uso del trabajo independiente.

• Los aspectos referidos han servido de referentes para el perfeccionamiento de la propuesta, la cual, junto a los resultados del procesamiento estadístico de la primera encuesta aplicada a los expertos, se sometió a consideración en un segundo momento, para recoger las valoraciones principales de cada uno de ellos, resultando todos los elementos evaluados en la categoría muy adecuado.

Se destacan como criterios más significativos los siguientes:

- Los expertos realizan una valoración positiva del modelo didáctico, en cuanto a su fundamentación teórica y a las relaciones que se establecen entre las dimensiones y subdimensiones a las que dan lugar.

- Teniendo en cuenta que la misión esencial del médico general que se forma, y que entre sus misiones está la atención al adulto mayor se considera positivo el papel fundamental que el autor le confiere al contenido axiológico, el cual es enriquecido con el contenido del resto de las subdimensiones.

- Se concuerda con las cuatro dimensiones propuestas en el modelo didáctico: Dimensión Formativa Desarrolladora, Dimensión Didáctica Reflexiva- Valorativa, Dimensión Volitiva actitudinal y la Dimensión Didáctica Motivacional Axiológica.

En relación con la estrategia, se realiza una valoración positiva de la misma, que tiene en cuenta y permite, para cada una de las etapas, los contenidos que el estudiante debe dominar y las acciones concretas a desarrollar.

3.4 Implementación de un pre - experimento para validar en la práctica el nivel de efectividad de la estrategia didáctica.

Objetivo: Validación de la factibilidad de la estrategia didáctica con de la aplicación de un pre-experimento.

La validación de la factibilidad de la estrategia didáctica, se efectuó a través de un pre- experimento con los estudiantes de 5to año de la carrera de Medicina, que cursaron la disciplina MGI en el curso 2009-2010 (primer semestre) ubicados en el Policlínico Universitario Camilo Torres Restrepo Municipio Santiago de Cuba, provincia Santiago de Cuba, los cuales ascendieron a la cifra de ocho estudiantes y 16 profesores, entre ellos un metodólogo, un profesor guía, ocho tutores y seis profesores.

Este pre - experimento se organiza en tres momentos:

Primer Momento

Objetivo:

Determinar el nivel de entrada de cada estudiante y de cada profesor de la muestra.

Métodos aplicados

- Observación de modos de actuación de profesores y futuros médicos generales en la Educación en el Trabajo.

- Entrevista grupal.

- Encuestas a profesores acerca de aspectos pedagógicos vinculados al aprendizaje desarrollador y cómo llevarlo a la práctica en el proceso formativo del médico general. Se indagó además acerca de la competencia a lograr para la atención al adulto mayor.

Resultados:

▪ De los 16 profesores encuestados un 72% tenían un desconocimiento general acerca de las bases teóricas que sustentan el proceso formativo y el cómo formar competencias y en específico la gerontológica geriátrica, lo que habla a favor de la necesidad de la capacitación teórico- metodológica de los mismos.

▪ El 61% de los tutores no tenían claridad de sus funciones, por lo que dada la importancia de los mismos en la formación de la competencia para la atención al adulto mayor fue uno de los principales hallazgos.

▪ Al observar el desempeño de los profesores, a pesar de las insuficiencias teóricas, un 69% utilizó métodos activos de enseñanza, aunque mostraron insuficiencias desde el punto de vista metodológico al dirigir el proceso de enseñanza –aprendizaje en situaciones reales.

▪ Los estudiantes observados presentaron insuficiencias en la competencia para una atención adecuada e integral a los adultos mayores, mostrándose éstas de forma más evidente en lo que respecta a la comunicación y al

manejo integral de las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en especial las referidas al validismo del adulto mayor.

▪ En la entrevista grupal realizada con profesores y estudiantes se manifestó la necesidad de formar una competencia para la atención al adulto mayor para satisfacer las necesidades de salud de este grupo etéreo y reforzar las vinculadas con los adultos mayores.

Medidas:

- 1.- Instrumentación de tres talleres de análisis y reflexión acerca de las bases teóricas asumidas para la formación de competencia en los futuros médicos generales para la atención al adulto mayor.
- 2.- Organización y desarrollo de dos seminarios tipo conversación detallada para explicar las bases del modelo propuesto y cómo formar competencias a través de un proceso formativo.
3. Seis actividades demostrativas de educación en el trabajo realizadas por profesores de experiencia y por el autor de la investigación.

Evaluación: Seminario Integrador.

Responsable: Jefe de la investigación.

Duración de la etapa: 1 semana.

Segundo Momento.

Objetivo: Ejecutar las acciones formativas de la competencia gerontológica geriátrica, en la disciplina MGI.

En este paso se definen las variables que son necesarias para probar la validez de la hipótesis, alcanzar los objetivos y responder las preguntas de investigación.

Esto permite retomar la hipótesis que fue formulada: La aplicación de una estrategia didáctica sustentada en un modelo de formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica desde la disciplina MGI en el proceso formativo del futuro médico a través de la relación transferencia-generalización-funcionalidad

propia del proceso de sistematización de esta competencia, contribuirá a mejorar el desempeño profesional del futuro médico general para la atención al adulto mayor .

- Variable dependiente: desempeño del futuro médico general en la atención al adulto mayor.
- Variable dependiente: La formación de competencia gerontológica geriátrica
- Variable independiente: La estrategia didáctica para el proceso de formación de competencia profesional en el futuro médico general.
- Variables ajenas:
 - Espacios didácticos - metodológicos para la introducción de la Variable Independiente.
 - Motivación de los directivos en el logro de esta competencia gerontológica geriátrica en los futuros médicos generales.
 - Interés de los futuros médicos generales, por lograr modos de actuación más efectivos en su medio profesional.

Métodos aplicados:

- 1.- Introducción de la variable independiente.
- 2.- Introducción de las acciones formativas de la competencia propuesta para fortalecer el método clínico-epidemiológico.
- 3.- Visitas a clases y a actividades de Educación en el Trabajo y preparación Metodológica del claustro y en especial a los tutores.
- 4.- Atención sistemática a los modos de actuación de los médicos generales en formación por el tutor en las acciones tutorales para el componente actitudinal y del resto del grupo básico de trabajo en el componente técnico.

Resultados:

- Mejor aplicación del método clínico - epidemiológico con un mejor desempeño en el diagnóstico, tratamiento y uso racional de los complementarios y de antimicrobianos en la atención al adulto mayor
- Claustro mejor preparado en los aspectos que concierne al adulto mayor, con una mayor comprensión de sus problemas y de su proceso de envejecimiento.
- Mayor capacitación de la familia para mejorar las relaciones con el adulto mayor, en especial de las generaciones más jóvenes, conllevando a una interrelación de tolerancia e interrelación armoniosa.
- Los médicos generales en formación mejoraron en sus modos de actuación, tanto en el componente técnico como el actitudinal.

Medidas

- Instrumentación de cursos cortos de capacitación al claustro, para el uso de la escala geriátrica de evaluación funcional y su aplicación en las actividades de educación en el trabajo.
- Entrenamiento al equipo de trabajo y futuros médicos generales en el Examen periódico de salud al adulto mayor.
- Entrenamiento por parte del equipo básico de trabajo y futuros médicos generales, de los requisitos que deben poseer los adultos mayores para ser remitidos al EMAG (Equipo multidisciplinario de atención gerontológica)

Evaluación: Evaluación de la competencia y desempeño de los modos de actuación del equipo básico de salud y los futuros médicos generales

Responsable: J' de grupo básico de trabajo, profesores, tutores e investigador.

Duración de la etapa: 2 semanas

Tercer Momento: (Resultados del pre experimento)

Objetivo: Corroborar el grado de transformación lograda de las insuficiencias diagnosticadas en el desempeño tanto de los profesores como de los médicos generales en formación en el primer momento.

Métodos aplicados

- Observación de modos de actuación de profesores y estudiantes en la educación en el trabajo, con énfasis en el logro del sistema de la competencia propuesta, independencia y creatividad en la solución de los problemas de salud que presentan los adultos mayores.
- Entrevista grupal para evaluar el grado de satisfacción con el pre-experimento y los criterios acerca de lo aprendido.
- Encuestas a profesores acerca de aspectos pedagógicos vinculados al aprendizaje desarrollador y cómo llevarlo a la práctica en el proceso formativo de los médicos generales.
- Se indagó además acerca de la competencia a lograr en las asignaturas en general.

Resultados del pre-experimento.

La eficacia estuvo referida a la obtención de mejores resultados en correspondencia con los propósitos y las tareas desarrolladas. Los propósitos de la estrategia de la formación de la competencia profesional propuesta se sintetizaron en la relación entre el contenido de la misma y el resultado alcanzado con su aplicación práctica. En sentido general la eficacia del proceso se constató en la medida en que a partir de la aplicación de la propuesta en la práctica educativa y cotidiana y se revelaron tanto en los docentes como en los futuros médicos generales los siguientes aspectos:

- De los 16 profesores encuestados el 100% mostraron un conocimiento general acerca de las bases teóricas que sustentan el proceso formativo y de la importancia de la formación de una competencia que permita una atención integral de calidad a los adultos mayores.

- Al observar los modos de actuación en los profesores, un 96% de ellos utilizó métodos activos de enseñanza y mostraron dominio desde el punto de vista metodológico de las bases para la utilización de un proceso de enseñanza aprendizaje desarrollador.
- Sólo dos futuros médicos generales mantuvieron las insuficiencias presentadas al inicio, lo que llevó al análisis del colectivo y evidenció la necesidad de la atención a las individualidades y a la diversidad de aprendizaje de cada uno.
- En la entrevista grupal realizada con profesores y estudiantes se manifestó la satisfacción de poseer adecuadas herramientas teórico - metodológicas para lograr la competencia gerontológica - geriátrica, en aras de satisfacer las necesidades de salud de este grupo de edades.

En resumen, se logró en los docentes:

Comprensión respecto a la necesidad de estructurar las bases teórico - metodológicas en la formación de competencia para la atención al adulto mayor en el proceso formativo de los médicos generales en la disciplina MGI lo que se pone de manifiesto en los diferentes contextos de actuación de los mismos.

Preparación teórica, didáctica, metodológica y práctica para potenciar, organizar e interpretar el proceso de formación de competencia, desarrollado en el proceso formativo de los médicos generales en los diferentes componentes académico-laboral-investigativo.

Preparación para instrumentar tareas integradoras de diferentes niveles de complejidad en las cuales tuvieron en cuenta el contenido de programa.

Satisfacción por parte de los docentes con los resultados obtenidos y con el clima afectivo logrado entre estudiantes y profesores.

Mientras que los futuros médicos generales evidenciaron:

Un tránsito gradual de apropiación de la competencia formada expresada en un mejor desempeño en las actividades de educación en el trabajo.

Significativas transformaciones en relación con el desarrollo de su personalidad profesional observándose un mayor vínculo entre instrucción-educación-desarrollo.

Plantean como elemento instintivo sentir una mayor motivación por su carrera y por el trabajo en cualquier contexto en que sean ubicados.

El 100% de los futuros médicos generales coinciden que sus profesores y tutores a partir del trabajo realizado con la integración de los núcleos de conocimientos, habilidades, procederes, capacidades, valores, conducta ética, creencias, rasgos de la personalidad, le han prestado una mejor atención a la formación de la competencia profesional para la atención al adulto mayor y por tanto están en mejores condiciones para dirigir el proceso formativo.

La totalidad de los futuros médicos generales que conforman la muestra consideran de vital importancia la preparación específica adquirida para su desempeño en las diferentes áreas de salud.

Un cambio gradual positivo acerca de las consideraciones negativas que sobre el envejecimiento se poseen que influyen en la relación afectiva con el adulto mayor y su familia, una mayor comprensión hacia sus limitaciones y hacia la necesidad de mostrar mayor interés y solidaridad en sus problemas, preocupaciones, con una mayor tolerancia y empatía en relación a los cambios que van apareciendo en el envejecimiento.

Una vez concluida la apreciación de los resultados en la validación en la estrategia propuesta, así como los criterios proporcionados para la valoración de sus resultados, permitieron conformar una propuesta que ofrece nuevas perspectivas y herramientas para el perfeccionamiento de la atención al adulto mayor a partir de la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el proceso formativo del médico general.

La unificación e integración de los resultados de los diversos mecanismos empleados con el fin de evaluar la validez de la estrategia propuesta resalta el valor de la misma, pero a su vez reveló determinadas

limitaciones cuya concientización facilitó el reordenamiento de la estrategia, lo que generó nuevas acciones en su proceso constructivo que propició como resultado final una idea más acabada.

La necesidad de la valoración de la misma, se determinó por la significación teórico-metodológica y práctica de los elementos que dan cuenta del proceso formativo de la disciplina MGI en el contexto actual de la formación de los futuros médicos generales y a la exigencia de precisar el grado de confiabilidad de todo el proceso como síntesis pedagógica de la formación de los mismos.

Duración de la etapa: una semana.

Responsable: Jefe de la investigación.

CONCLUSIONES PARCIALES DEL CAPITULO III

1.- La estrategia didáctica constituye un proceso dialéctico que permite concretar las diferentes acciones en la formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica para el perfeccionamiento del proceso formativo de la disciplina MGI en el proceso de formación inicial del futuro médico general.

2.- La aplicación parcial de la estrategia y la valoración por el grupo de expertos confirma la viabilidad de la estrategia didáctica, al tiempo que su articulación con el modelo didáctico facilitó su comprensión y factibilidad como una forma más funcional y desarrolladora de la apropiación de la competencia profesional gerontológica geriátrica en la disciplina MGI, en las actuales condiciones de universalización.

CONCLUSIONES GENERALES

Como resultado del proceso investigativo realizado, se arribó a las siguientes conclusiones:

1. Como resultado de la caracterización epistemológica sobre el objeto y el campo de la investigación, se reconoce la pertinencia de la elaboración del modelo didáctico para los médicos generales en formación, la cual sirve de base para la formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica en los futuros médicos generales.
2. Con la elaboración del modelo didáctico propuesto se resuelve desde su propia dinámica la contradicción fundamental existente entre las carencias de concepción del modelo formativo actual y las exigencias sociales al modo de actuación de ese futuro profesional que le permita resolver de forma creativa y eficiente los problemas de salud que aquejan al adulto mayor, y con ello eliminar la brecha de esta competencia.
3. La estrategia elaborada para la formación de la competencia profesional gerontológica geriátrica se estructuró en tres etapas fundamentales, lo que posibilitó en la práctica, la aplicación parcial de las acciones que proporcionó una mejor atención al adulto mayor.
4. Se corroboró el valor científico y la factibilidad del modelo didáctico de la estrategia a través del criterio de expertos y se validó la estrategia en su aplicación parcial. La interpretación de los resultados alcanzados en ambas tareas científicas propició reconocer en estas propuestas una alternativa viable para el desarrollo del proceso formativo del futuro médico general a través de la disciplina MGI, para la atención específica al adulto mayor.

RECOMENDACIONES

- Proponer a la Comisión Nacional de Carreras incluir en la disciplina MGI los contenidos que propicien las acciones diferentes en la estrategia didáctica para perfeccionar la preparación del futuro médico general en la atención específica al adulto mayor.
- Proponer la capacitación al personal docente de los Departamentos de MGI que laboran en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, a los profesores, tutores y directivos de todas las sedes que pertenecen a esta Universidad en este modelo, con el objetivo de que contribuyan de forma más efectiva a la formación de la competencia gerontológica geriátrica para la atención al adulto mayor en el proceso formativo inicial del médico general.
- Introducir en el trabajo metodológico en los departamentos de estas facultades de la Universidad de Ciencias Médicas el modelo y la estrategia con el objetivo de darle tratamiento al desarrollo de la competencia gerontológica geriátrica propuesta.
- Continuar investigando la temática para enriquecer el estudio en lo referido a la capacitación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de salud de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- ADDINE FERNÁNDEZ, F. "Principios para la dirección del proceso pedagógico". En: García Batista G, compilador. Compendio de pedagogía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006. p.80-83
- _____ y otros. Didáctica y optimización del proceso de enseñanza. La Habana: ISP "Enrique José Varona,"1998.
- _____ Didáctica: Teoría y práctica. La Habana : Editorial Pueblo y educación, 2004
- AGUADED, JI; Y FONSECA, C. Enseñar en la universidad. Experiencias y propuestas para la docencia universitaria. Madrid: Netbiblo; 2007.
- AGUILERA FUENTES L. Modelo pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de tercera edad dirigido a enfrentar la diabetes mellitus. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. en Ciencias pedagógicas. UCP "José de la Luz Caballero." Centro de estudio en Ciencias de la Educación. 2010. Holguín.
- AGUIRRE RAYA, D. "Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional". En Educ. Med. Sup. 2005; 9(3): Facultad de Ciencias Médicas Finlay – Albarrán. La Habana.
- ALMAGUER DELGADO A. Las competencias. Una nueva aproximación al perfil profesional. Santiago de Cuba, 2007. [power point].
- ÁLVAREZ DE ZAYAS C. La escuela en la vida. didáctica. La Habana: Pueblo y Educación; 1999.
- ÁLVAREZ, F. El reto de la calidad y la complementariedad curricular. El Plan IberUNED 2008. [en línea]: <http://www.utpl.edu.ec/caled/images/documentos/cread/FranciscoAlvarezpdf> [Consulta: 12 junio 2011]
- ANDER EGG, EZEQUIEL G. Hacia una conceptualización de la educación por competencias. (s.l) (s.n) (sa)
- ANSORENA CAO, A. 15 casos para la selección de personal con éxito. Barcelona: Editorial Paidós, 1996.
- AÑORGA, MORALES J.: "Pedagogía y estrategia didácticas y curriculares de Educación Avanzada" Libro II. Soporte Magnético. CENESEDA. ISPEJV. Ciudad de la Habana. (1996)
- APPLGATE WB. BLASS JP. WILLIAMSON TF. Instruments for the Functional Assessment of the Older Patients. N. Engl. J. Med. 1990; 322, 1207-1214.
- ARAGÓN A. Situación actual y perspectivas sobre la formación de profesionales en Cuba. Conferencia magistral. III Encuentro sobre Formación Tecnológica de Europa y América Latina. [CD-ROM]. La Habana. 2002.

- ARBIZU F. La Formación Profesional Específica. Claves para el desarrollo Curricular. Madrid: Santillana Profesional; 1998.
- ARCAS P.; Y Otros. Promoviendo vínculos saludables desde la participación ciudadana. Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Programa de Salud Familiar. Memorias del I Congreso Latinoamericano de Salud Familiar A Distancia 2007. [en línea]: <http://www.alpmf.org/> [Consulta: 2 diciembre 2011]
- ARGUDELO, S. Alianza entre formación y competencia., Montevideo, CINTERFOR: 2002. [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 8 noviembre 2008]
- ARMAS RAMÍREZ, N. De y otros. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aporte de la investigación educativa. Curso 85 Pedagogía 2003. La Habana. Cuba, p. 13.
- ARTEAGA J. Y FERNÁNDEZ SACASAS J. Enseñanza de la clínica [CD] Maestría de Educación Médica. La Habana 2007
- _____ . Enseñanza de la clínica. La Paz Bolivia, 2000.)
- ARTEAGA, J.; y FERNÁNDEZ SACASAS, J. Enseñanza de la clínica [CD de Maestría de Educación Médica.] La Habana: 2007. Método Clínico.
- ARROYO ORTIZ, JP; y otros: La evaluación basada en competencias profesionales. Veracruz: Taller 6x4 UEALC; Noviembre 2004.
- ARTISMUÑO, A. Las competencias en la educación superior: ¿demonio u oportunidad? Departamento de Educación, Universidad Católica del Uruguay, 2005. [en línea]: <http://www.upf.edu/bolonya/bulletins/2005/febrer1/demonio.pdf> [Consulta: 2 diciembre 2011]
- ASOCIACIÓN DE PEDAGOGOS DE CUBA. CIE. GRACIELA BUSTILLO. "Técnicas Participativas de educadores cubanos". Libro I, II, III, IV Ciudad de la Habana. 1993
- BALANCE DE LA SOCIEDAD CUBANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA EN EL PERÍODO 1987-2009. Disponible en: <http://www.gericuba.cu>. Publicado y consultado: Enero 2010
- BAR, G. Perfil y competencias del docente en el contexto institucional educativo. I Seminario Taller sobre Perfil del Docente y Estrategias de Formación. Lima: Sep 1999.

- BARRIOS, E. Competencias Laborales, tema clave para la certificación en el INTECAP. Boletín CINTERFOR # 149, 2000. [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 4 noviembre 2010].
- BARRÓN, C. "La educación basada en competencias en el marco de los procesos de globalización". En: Valle, M. (COORD) Formación en competencias y certificación profesional. México: Centro de Estudios sobre la Universidad. UNAM, 2000.
- BARTHLEY, L. Factores Demográficos y Psicosociales de Riesgo asociados a Depresión Geriátrica en la Atención Primaria. Tesis de Grado para Especialista de Gerontogeriatría. ISCM. Stgo. de Cuba. 2003
- BENITO, A.; Y CRUZ A. Nuevas claves para la docencia universitaria en el espacio europeo de Educación Superior. Madrid: Narcea, 2005.
- BERNAL ALEMANY, R. "El proceso educativo en los centros docentes de la Educación Técnica y profesional: Enfoque integral". En Revista Educación. La Habana, No. 72, enero-marzo, 1989.p. 40-48
- BIGG, J. Calidad del aprendizaje universitario. Cómo aprenden los estudiantes. Madrid: Narcea; 2003.
- BLANCO PÉREZ, A. "La educación como función de la sociedad y la educación como factor de la práctica social". En: González Soca AM, Reinoso Cápiro C, Nociones de sociología, psicología y pedagogía. ; 2002. p. 4-20
- _____ "La educación como factor de la práctica social" En: GONZÁLEZ SOCA AM, REINOSO CÁPIRO C, Nociones de sociología, psicología y pedagogía; 2002, p. 237-247
- BOARINI, M.; Y Otros. "La educación de adultos mayores en TICs. Nuevas competencias para la sociedad de hoy". Revista Iberoamericana en Educación y Educación en Tecnología. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina 2006. p. 1-7
- BOLÍVAR, C. Más allá de la formación: El desarrollo de competencias. [CD-ROM] 2002
- BRIASCO, I. Los sistemas por competencia en el marco de las transformaciones reformas de la Educación Técnica y Profesional. Reunión Plan Andino, Caracas, Venezuela, 28 y 29 de junio del 2001. Educación Trabajo, OEI 2001. [en línea]: <http://www.oei.es/eduytrabajo>. [Consulta: 11 octubre 2010]
- BRUM V, J; Y SAMARCOS J. MC. Proyecto Educación – Trabajo en el Mercosur. Documento sobre comparabilidad y compatibilización entre los perfiles comunes de nivel medio técnico. Organización de Estados Iberoamericanos Para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Educación Técnico Profesional, cuaderno de trabajo 5, Biblioteca Digital de la OEI, 2001. [en línea]: <http://www.oei.es/> [Consulta: 3 septiembre 2009]
- CALVO, L. Autoestima del Trabajador Social. Un espacio para la valoración profesional realizado con modalidad gestáltica. [en línea]: www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/trini.html. [Consulta: 3 febrero 2007]

- CANO, C., GUTIÉRREZ, M. L. M., MARÍN P., MORALES MARTÍNEZ, F., PELÁEZ, M., RODRÍGUEZ MAÑAS, L., VEGA E. y ZÚÑIGA C. "Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina". Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005 429. Temas de actualidad / Current topics.
- CANO C., MÁRQUEZ J., GÓMEZ F. Y OTROS. Educación en Pregrado en Gerontología y Geriátria Rev. Aso. Colomb. Gerontol. Geriatr. 1996; v. 10; 3,79-93.
- CANO, E. El proceso de enseñanza-aprendizaje por competencias Programa de mejora e innovación de la docencia Ice de la universidad de Zaragoza. Zaragoza, marzo 2008.
- CANTO DEL J. ¿Cómo es la Prestación de Salud a los Adultos Mayores en el Perú? En I foro nacional sobre enseñanza de geriatría y gerontología en el Perú 31 de agosto 2005
- CARPIO, A.: Evaluación del desempeño de cuarta generación, recursos humanos. [en línea]: <http://www.arearh.com/recursoshumanos.htm> [Consulta: 3 abril 2007]
- CARRERAS, J; Y PERRENOUD P. El debat sobre les competencies a l'ensenyament universitari. Barcelona: ICE de la UB; 2006.
- CASTAÑEDA, D. Niveles y variables del capital humano asociados a la gestión del conocimiento. [en línea]: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/70/nivvargeson.htm> [Consulta: 3 febrero 2007]
- CASTELL, P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública. Tesis en opción para alcanzar el título de Dr. en Ciencias de la Salud. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública 2004
- _____. El sistema Nacional de Salud de Cuba, Tesis de Maestría en Educación Médica, La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 2002
- CASTELLANOS, B. La educación frente a los retos del mundo contemporáneo. La Habana: Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona. 1998.
- _____. La investigación en el campo de la educación: retos y alternativas. La Habana, Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 1998.
- _____. Apuntes para la construcción de un ECRO acerca de la investigación educativa. La Habana: Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 2000.
- _____ y otros. La gestión de la actividad de ciencia e innovación tecnológica y la competencia investigativa del profesional de la educación. Curso 20 Pedagogía 2003, La Habana ISP Enrique José Varona. IPLAC, Palacio de las Convenciones. 2003

- _____; y otros Esquema conceptual, referencial y operativo sobre la investigación educativa. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005.
- CASTELLANOS SIMONS, B.; MJ. LLIVINA LAVIGNE; y AM FERNÁNDEZ CANO. Cómo mejorar las competencias de los docentes. Guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. 2da.ed. Barcelona: Graó; 2007.
- CASTELLANOS, D.; Y OTROS. *Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador*. Colección Proyectos, La Habana Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 2001.
- CEITÍN, J.; Y GÓMEZ T. Medicina de familia. La clave del nuevo modelo, Centro Internacional para la medicina de familia. La Habana. SEMFYC; 1997.
- CEJAS, E; Y PÉREZ J. Un concepto muy controvertido: competencias laborales. ISPETP; 2003 [en línea]: <http://www.monografias.com> [Consulta: 12 noviembre 2010]
- CEPDE, El. Envejecimiento de la Población Cubana y sus territorios Centro de Estudios de Población y Desarrollo. República de Cuba Centro de Estudios de Población y Desarrollo, CEPDE 2009
- CEPAL/UNESCO. Educación y conocimiento: Eje de la transformación productiva con equidad. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 1992.
- CEPAL. El envejecimiento de la población 1950-2050". Boletín demográfico 2003; (32) [en línea]: www.eclac.org/cgi-bin/ [Consulta: 1 agosto 2011]
- CEPAL. CELADE, UNFPA, OPS, BID, OIT. Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento de países de América del Sur. Argentina. Oferta de formación de Recursos Humanos en Geriatría y Gerontología. Argentina, 14 - 16 de Noviembre del 2005.
- CÉSPEDES QUIALA; A. Concepción Teórica de la gestión didáctica del proceso de sistematización de las habilidades profesionales en la formación multigrado en la Licenciatura en Educación Primaria. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. Instituto Superior Pedagógico Frank País García. 2008
- CINTERFOR, El. Enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. Montevideo: Cinterfor/OIT. [Ós/univ/proyectos2005/EA2005-0054.pdf](http://os/univ/proyectos2005/EA2005-0054.pdf) [Consulta: 7 marzo 2008]
- COCCA, J. Las Competencias profesionales. s/p, 2003 [en línea]: <http://www.fceia.uni.ar> [Consulta: 7 octubre 2010]
- CORNEJO ALEMÁN, LUIS. Geriatría Médica, una Necesidad Impostergable en el Currículo de Pregrado de Medicina. Panamá. Revista Médico Científica, Vol 21, No 1(2008).
- COLECTIVO DE AUTORES DEL ISPETP. Taller sobre competencias laborales. Notas tomadas del taller efectuado en el ISPETP. 19 de diciembre del 2002

- COLECTIVO DE AUTORES. "Técnicas en Educación para la salud". En Psicología y salud La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 88
- CONFEDERACIÓN EUROPEA DE LOS SINDICATOS (CES). Unión de las Confederaciones de la Industria y de los Empleadores de Europa. Marco de las acciones para el desarrollo de las competencias a lo largo de la vida. Boletín CINTERFOR # 152, 2002 [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 4 abril 2007]
- CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE EDUCACIÓN PARA TODOS. Declaración Mundial sobre Educación para Todos. Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje. Jomtien, Tailandia, 5 al 9 de Marzo de 1990.
- CORDAO, F. A. Certificação profissional no Brasil. Boletín CINTERFOR # 152, 2002 [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 4 abril 2007]
- CORTIJO JACOMINO, R. Didácticas de las Ramas Técnicas: una alternativa para su desarrollo. Tesis para optar por el título de Máster en Ciencias de la Educación. La Habana: CEPROF, ISPETP. 1996
- CORTÓN ROMERO, B. La sistematización como método para la validación de los resultados científicos de las investigaciones educativas. Monografía Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba, 2007.
- _____ . Estrategia de intervención pedagógica para potenciar la función cultural de la escuela en la comunidad. Tesis en opción al grado de Dr. en Ciencias. Pedagógicas, Santiago de Cuba, Instituto Superior Pedagógico Frank País García. 2008.
- CONDEMARÍN M, MEDINA A. Evaluación Auténtica de los aprendizajes. Un medio para mejorar las competencias en el lenguaje y comunicación. Santiago de Chile: Andrés Bello; 2000.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Propuesta de recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente. Bruselas. 2005.
- COMISIÓN EUROPEA Tuning Educational Structures in Europe. 2006 [en línea]: http://ec.europa.eu/education/policies/educ/tuning/tuning_en.html [Consulta: 10 febrero 2010]
- _____ DE MIGUEL, M. (Dir.) Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el EEES. Madrid: 2005 MEC/Universidad de Oviedo. [en línea]: http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/42/42376/modalidades_enseñanza_competencias_mario_miguel2_documento.pdf [Consulta: 10 enero 2010]

- CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE EDUCACIÓN PARA TODOS. Declaración Mundial sobre Educación para Todos. Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje. Jomtien, Tailandia, 5 al 9 de Marzo de 1990.
- CORNEJO ALEMÁN, L. M. Geriátría médica, una necesidad impostergable en el currículo de pregrado de medicina. Revista Médica de la Caja de Seguro Social, Volumen 21 Número 1. 7-11 de enero de 2009.
- _____, Diagnóstico Sectorial de la Atención Geriátrica en los Servicios Médicos Institucionales de la Caja de Seguro Social en 1998. Revista Médica de la Caja de Seguro Social, julio de 1999, V.28 N°1
- CORREA DE MOLINA C. Aprender y enseñar en el siglo XXI. Colombia Operativa. Magisterio; 1999.
- CUBA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Enseñanza Técnica y Profesional. [en línea]. Ministerio de Educación. Cuba. 2004. [en línea]: <http://www.rimed.cu> [Consulta: 16 diciembre 2010]
- CUBELA, J.M. Modelo pedagógico de la orientación educativa personalizada del maestro al escolar. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba 2005
- CUBILLOS, O.J. Seminario de planeación estratégica. Comisión Federal de electricidad. México: Editorial Interlocutor; 1991.
- CUESTA, A. Gestión de Competencias. La Habana: Editorial Academia; 2002.
- CHUQUISENGO, R. Gestión del talento humano. [en línea]: <http://www.monografia.com/trabajos16/gestion-del-talento/gestion-del-talento.shtml#intro/06> [Consulta: 7 febrero 2007]
- CHOMSKY, NOAM. Aspects of Theory of Syntax. ____ Cambridge, MA: I.I.T. Press, 1965.
- DAVYDOV, V. Tipos de generalización en la enseñanza. La Habana: Pueblo y Educación; [s.a].
- _____. La enseñanza escolar y el desarrollo psíquico. Moscú: Editorial Progreso; 1998.
- DELGADO, A. M (Coord.) Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el espacio europeo de educación superior. Madrid: Dirección General de Universidades. 1997. [en línea]: <http://wwwn.mec.eDUCCI> [Consulta: 6 junio 2010]
- DELGADO GARCÍA G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super [online]. 2004 Mar [citado 2012 Ene 22]; 18(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007&lng=es.
- _____. El enfoque de la competencia laboral en la perspectiva internacional. Montevideo: 1997. [en línea]: [Cinterfort/OIT. Ós/univ/proyectos2005/EA2005-0054.pdf](http://Cinterfort/OIT.Ós/univ/proyectos2005/EA2005-0054.pdf) [Consulta: 6 junio 2010]

- DELORS, J. La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Editorial Santillana: UNESCO; 1996.
- DÍAZ BARRIGA, F.; Y HERNÁNDEZ G. Estrategias docentes para el aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México: Mcgraw –Hill; 1998.
- DIDONI, J.; Y OTROS. Evaluación por competencias como instrumento de retroalimentación de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Departamento de Medicina Familiar FCM, Universidad Nacional de Córdoba. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007. [en línea]: <http://www.alpmf.org/> [Consulta: 4 diciembre 2008]
- _____. Impacto de la incorporación de estrategias pedagógicas participativas en Medicina Familiar en la formación de grado. Departamento de Medicina Familiar FCM, Universidad Nacional de Córdoba. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007. [en línea]: <http://www.alpmf.org/> [Consulta: 4 diciembre 2008]
- DIESTE SÁNCHEZ, W Y OTROS. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa Nacional de Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(6): 544-50
- DÍEZ, E. "Autoestima" (Primera Parte), Superación personal y profesional. [en línea]: <http://www.pnlnet.com> [Consulta: 10 febrero 2007]
- DOMÍNGUEZ, C.; y VERDECIA, E. "Gestión de calidad en la Atención Primaria de Salud", trabajo para el Módulo de Gestión del Doctorado curricular, CeeS Manuel F Gran, Universidad de Oriente, 2005.
- DOMÍNGUEZ ELJAIK CF. Estrategia de gestión para la evaluación formativa del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas Santiago de Cuba.2008
- DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ, R y GONZÁLEZ PÉREZ, M. Variables del proceso docente y principios para la renovación curricular de la carrera de medicina. Educ. Med. Super. La Habana2006 abr-jun 20(2). [en línea]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 3 abril 2009]
- DONNA, G. Cuando es imprescindible generar empleabilidad. Empresas y trabajadores en búsqueda de formación por competencias. Página Web. Argentina, 2003 [en línea]: <http://www.psiconet.com> [Consulta: 1 diciembre 2009]
- DUQUE G., GOLD S., BERGMAN H., Early Clinical Exposure to Geriatric Medicine in Second Year Medical School Students. The McGill University Experience. JAGS, 2003; 51: 544-548.
- EDUCACIÓN PARA TODOS EN LAS AMÉRICAS. Marco de Acción Regional. Santo Domingo, República Dominicana, 10 al 12 de febrero de 2000.
- ELLIOT, J. Autoevaluación, desarrollo profesional y responsabilidad. En: GATÓN M, MOON B. Cambiar la escuela, cambiar el currículo. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1993.

- _____ . El cambio educativo desde la investigación-acción. Barcelona: Ediciones Morata; 2000.
- FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA: Conferencia Mundial sobre Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica. Recomendaciones para la acción Edimburgo, 1993. (WFME) [en línea]: <http://www.sund.ku.dk/wfme/> [Consulta: 16 marzo 2010]
- FERNÁNDEZ SECO A. Formación de Recursos Humanos en materia de Adulto Mayor en Cuba. Paraguay. 2010
- FERNÁNDEZ SACASAS J. "El legado del Profesor Fidel Ilizástigui a la Educación Médica para el Siglo XXI". Conferencia internacional. CD del evento internacional "Educación Médica para el siglo XXI. Hacia la equidad en salud". La Habana, 2008.
- FERNÁNDEZ, ANA MARÍA. Sobre la noción de competencia comunicativa. Breve marco teórico. La Habana Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 2001.
- FERRER, J. Diálogo y concertación social en España. CINTERFOR/OIT, 2002. [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/newsroom/whatsnew.htm> [Consulta: 29 marzo 2009]
- FERRY, G. El trayecto de la formación docente. Los enseñantes entre la teoría y la práctica. Ecuador: Ediciones Paidós; 1991.
- FLORES OCHOA, R. Hacia una pedagogía del conocimiento .Colombia Mcgraw – Hill. 1996.
- _____ . Docentes del siglo XXI Cómo desarrollar una práctica docente cognoscitiva. Evaluación pedagógica y cognición. Colombia: Editorial Nomos.SA, 2001.
- FORO CONSULTIVO INTERNACIONAL SOBRE EDUCACIÓN PARA TODOS. Dakar, Senegal, 26 al 28 de abril de 2000.
- FORGAS BRIOSO, J. Modelo curricular para la formación del técnico de nivel medio basado en competencias profesionales. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba. 2003
- _____ . Las competencias profesionales. Un nuevo enfoque. Quito. Ecuador. Mayo 2005.
- FRIED L., TANGEN CM., WALSTON J. ET AL. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J. Gerontol. Med. Sci. 2002; 57A: M283-M288.
- FUENTES, H. Consideraciones para un proceso de formación de los profesionales participativo y constructivo. Curso de dinámica y evaluación. Universidad de Cundinamarca. Universidad de Oriente. 2003

- _____ . Modelo educativo de la Universidad estatal de Bolívar "La universidad humana y cultural". Santiago de Cuba: CEES "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. 2009.
 - _____ . Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Venezuela Editado en la Universidad Estatal de Bolívar. 2009
 - _____ . Dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Monografía. CEES "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. 1998
 - _____ y colaboradores. Didáctica de la Educación Superior. Santiago de Cuba: CEES "Manuel F Gran". 2001
 - _____ . Teoría holístico configuracional y su aplicación en la didáctica de la Educación Superior. Santiago de Cuba. CEES Manuel F Gran 2002.
 - _____ El proceso y sus movimientos: Modelo de la dinámica del proceso docente educativo en la educación superior. Santiago de Cuba: CeeS. "Manuel F. Gran," Universidad de Oriente, Tesis de doctorado, 2000 p. 26.
- GALLART, M.; Y JACINTO C. Competencias Laborales: tema clave en la articulación educación - trabajo. Curso subregional de formación de gerentes de educación Técnico - Profesional, p 59-62, 1995. [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 8 abril 2008]
- GARCÍA INZA, MIRIAM LUCY. Hacia un perfil del profesional de la educación en las competencias investigativas. La Habana: Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 1998.
 - _____ . Interpretación de las características de las competencias investigativas de los docentes del ISPEJV. La Habana: Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, 1998.
 - GARCÍA HERNÁNDEZ, I. Y OTROS. Competencia profesional y rasgos psicológicos en profesionales de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 mayo-jun: 16(3) [en línea]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300003&lng=es&nrm=iso&tng=es [Consulta: 12 junio 2011]
 - GIMENO SACRISTAN, J. La evaluación de la enseñanza. Cuadernos de educación 143. Caracas: [s.n]; 1993.
 - _____ El currículo: Una reflexión sobre la práctica. Madrid: Morata; 2002.
 - GHISO, A. "De la práctica singular al diálogo como plural. Aproximaciones a otros tránsito y sentidos de la sistematización en época de globalización, en la **Revista La Piragua**, no. 16, CEAAL, 1999, p.5-11

- GÓMEZ, L. I. El desarrollo de la educación en Cuba. Conferencia Especial. Congreso Internacional Pedagogía 2001, La Habana, Palacio de las Convenciones, 5 al 9 de Febrero 2001.
- GONZÁLEZ BRANIELLA, MA. Dimensión cultural del desarrollo de la vejez. [CD de Maestría de Longevidad satisfactoria. 2007]
- GONZÁLEZ, C. Conceptos generales de calidad total. [en línea]: [www.monografias.com/http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.zip](http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.zip) [Consulta: 7 febrero 2007]
- GONZÁLEZ, M. La evaluación del aprendizaje CEPES, 2000 La Habana [en línea]: <http://www.uh.cu/infogral/estudiaruh/postgrado/especialidad%20en%20docencia%20universitaria.rtf> [Consulta: 12 Septiembre 2011]
- GONZÁLEZ MAURA, V. La formación de la competencia profesional en la Universidad. Reflexione y experiencias desde una perspectiva educativa. En Universidad 2004. 4ta Convención Internacional de Educación Superior. La Habana, 1ro al 5 de febrero de 2004 [CD-ROM]
- _____. "La educación de valores en el curriculum universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio". Ciudad de la Habana: [en línea]:<http://www.campus-oei.org/valores/boletin19.htm> Programa Educación en valores Boletín. [Consulta: 22 febrero 2008]
- GONZÁLEZ, J. El deterioro cognitivo en la senectud. 2003. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art11004. [Consultado Octubre 2005]
- GONZÁLEZ REY, F. La Personalidad. Su educación y desarrollo. La Habana: Pueblo y Educación; 1989.
- GONZÁLEZ SOCA, AM. Y REINOSO CÁPIRO, CARMEN. Nociones de sociología, psicología y pedagogía. La Habana: Pueblo y Educación; 2002.
- GONZÁLEZ SOTO, M. Aspectos metodológicos para la incorporación del enfoque de competencias en el sector público municipal. VI Congreso Internacional del CLAD. 15/05/2002. [en línea]: <http://www.clad.org.ve/anales> [Consulta: 12 junio 2011]
- GONZÁLEZ, V. La profesionalidad del docente universitario desde una perspectiva humanista de la educación. Universidad de la Habana. Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Formación de Profesores, Universidad Federal de Santa María, Río Grande del Sur, Brasil, del 17 al 19 de abril del 2000. [en línea]: <http://www.oei.es> [Consulta: 7 febrero 2007]
- GUERRA, T. Continuidad y transversalidad en la Educación Médica. El paradigma de la medicina de familia. Barcelona: Médica; 2005.
- GUETMANOVA, A.; Y OTROS. Lógica: en forma simple sobre lo complejo. Moscú: Progreso, 1991, p. 234.

- GUZMÁN, V; E IRIGOÍN M. Módulos de formación para la empleabilidad y la ciudadanía. Documento de base para el diseño curricular. Montevideo: CINTERFOR, 2000. [en línea]: Versión digital. <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 12 junio 2011]
- HADAD HADAD, J. Conferencia internacional Evento Educación Médica para el siglo XXI. La Habana. Diciembre 2008
- HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ AM, PATIÑO RODRÍGUEZ MR. Una educación técnica con eficiencia. La Habana: Pueblo y Educación; 2000.
- HERNÁNDEZ PINA, F; Y OTROS. Aprendizaje, competencias y rendimiento en Educación Superior. Madrid: La Muralla; 2005.
- HERRERO TUNIS, E; Y VALDÉS MONTANO N. La Pedagogía y la formación del profesional universitario. Didáctica en el contexto de las Ciencias Pedagógicas. En: Ginoris O. Fundamentos didácticos de la Educación Superior Cubana. Selección de lecturas. [s.]: Félix Varela; 2009. p. 27.
- HERRERA SILVA, P. La universidad cubana: el modelo de formación. La Habana: Editorial Félix Varela. 2008.
- IBARRA, A. Formación de los recursos humanos y competencia laboral. Boletín CINTERFOR # 149, 2000 [en línea] <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 12 junio 2011].
- IIZÁSTAGUI DUPUY, F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super [en línea]: 2000 mayo-ago; 14(2): http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es&nrm=iso&lng=es [Consultado: 12 Agosto 2011]
- _____. La educación que tenemos, la educación que queremos. En: La educación del siglo XXI. Los retos del futuro. Barcelona: Editorial Grao; 1999.
- _____. La educación obligatoria, su sentido educativo y social. Madrid: Morata; 2001.
- INFANTE, M. "Aprender más, enseñar mejor un reto para el modo de actuación del profesor general integral". Conferencia dictada en Curso preevento Pedagogía 2007. Santiago de Cuba. 2007
- IRIGOIN, M. Y VARGAS F. Certificación de competencias. Del concepto a los sistemas. Boletín CINTERFOR # 152, 2002 [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 12 junio 2011]
- _____. Competencia Laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: CINTERFOR – OPS, 2002 [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/newsroom/whatsnew.htm> [Consulta: 12 junio 2011]
- JARA, O. Para sistematizar experiencias. Editado por Alforja, Costa Rica, 1994.

- KORNFIELD R., MARÍN P., ORELLANA V, (editores) Mitos y Modelos de Envejecimiento Activo. Editora de la Universidad Católica de Chile., Santiago, 2000.
- KRUTIETKI, VA. Cuestiones generales sobre la estructura de las capacidades matemáticas. Antología de la Psicología Pedagógica y de las Edades. La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p. 195-201.
- LANDALUCE, O. Pedagogía. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 2006
- LE BOTERF, G. Ingeniería de las competencias. Barcelona, Gestión 2000.
- LEMA, Y. La evaluación de aprendizajes en un currículo por competencias. En: Educación primaria al final de la década: Políticas curriculares en el Perú y los países andinos. Revista Tarea, Lima, 2000.
- LEÓN E. Y GÓMEZ M. Taller Internacional: "La salud del adulto mayor en Cuba. Su impacto en la esperanza de vida". Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios Demográficos. Enero, 2006
- LEONTIEV, AN. Sobre la formación de las capacidades. En: Antología de la Psicología Pedagógica y de las Edades. La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p. 44-54.
- LLIVINA, MIGUEL; Y OTROS. Los proyectos educativos: una estrategia para transformar la escuela. Colección Proyectos, Centro de Estudios Educativos, Universidad Pedagógica Enrique José Varona, La Habana, 2001.
- MAKOUL, G. Communication Skills; How Simulation Training Supplements Experiential and Humanist Learning Academic. Medicine 2006; 81(3):271-4.
- OPS - OMS. Manual de Educación en Salud basada en Competencias. 2001
- MARCO ZELADA R; PERCY MAYTA T. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev. Perú. med. exp. salud publica v.23 n.1 Lima ene.-mar. 2006
- MÁRQUEZ ROGRIGUEZ, A. Habilidades. Proposiciones para su evaluación. Santiago de Cuba ISP Frank País García, 1993
- _____ "Estrategias para el desarrollo de la metacognición en el proceso de formación profesional del educador". Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García" II Conferencia científico- metodológico. Centro de Estudios Pedagógicos "Juan Bautista Sagarra Blez". Santiago de Cuba. 27 de mayo 2011 p.7

- MÁRQUEZ SOCARRÁS, C. J, GÓMEZ PAZ M Y TORRES GUEVARA N. Propuesta de acciones para el perfeccionamiento de las competencias docentes de los pediatras del Hospital Pediátrico de Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2006 [en línea]: 8(1): http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.%281%29_07/p7.html [Consulta: 12 junio 2011]
- MARTÍNEZ, E. Consultor de CINTERFOR-OIT Competencias laborales: la puesta en valor del capital humano. Foro Internacional: "Hacia una Política Laboral de Consenso", Lima, Perú 11 y 12 de junio del 2002.
- MARTÍNEZ, R. Estrategia didáctica para el tratamiento del caso desde la disciplina Psicología del Desarrollo. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. Instituto Pedagógico "Frank País García", 2007.
- _____. Reflexiones en torno a la competencia profesional en el proceso formativo de la carrera de psicología. Santiago de Cuba. Instituto Pedagógico "Frank País García", 2007.
- MARX C y ENGELS F. Obras escogidas, t. 2 Moscú: Editorial de literatura Política Del Estado: Progreso, 1973. p. 24-25.
- MAYOR RUÍZ, C. Enseñanza y aprendizaje en la educación superior. Barcelona: Octaedro-EUB; 2003.
- MERTENS, L. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos, CINTERFOR/OIT, Montevideo. 1997 [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 12 junio 2011]
- _____. La Gestión por Competencia Laboral en la Empresa y la Formación Profesional Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), Madrid, España, 2000. [en línea]: <http://www.cinterfor.org.uy/public> [Consulta: 12 junio 2011]
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Seguimiento del Forum Mundial de Educación para Todos. Convocatoria Nacional. La Habana, Junio de 2001.
- _____. Proyección estratégica de la Ciencia y la Innovación Tecnológica del Ministerio de Educación de la República de Cuba. Trienio 2001-2003. ICCP, La Habana, Febrero
- _____. Seguimiento del Forum Mundial de Educación para Todos. Convocatoria Nacional. La Habana, Junio de 2001.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Cuba Resolución Ministerial 278/ 2003.
- MORIN, E. Introducción al pensamiento complejo. España: Gedisa España; 1990.
- _____. La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Repensar el pensamiento. Buenos Aires: Nueva Visión; 1999.
- _____. Los Siete saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas: IESALC: UNESCO; 2000.
- MOLANO DORADO H. y BUITRAGO TORRES, L. A. "Reflexiones sobre la reforma curricular del programa de Medicina de la facultad de Medicina de la Universidad Cauca: Perú Noviembre del 2009.

- NACIONES UNIDAS PERSPECTIVAS DE LA POBLACIÓN MUNDIAL: Revisión del 2006. División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2007.
- NAVIA ANTESANA, C. La autoformación y la formación de maestros de primaria en México. Tesis para optar el grado de Dra. en Educación. Cuernavaca Morelos. Junio 2005.
- NOGUEIRA SOTOLONGO, M, RIVERA MICHELENA N, Y BLANCO HORTA F. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. Educ Med Super 2005 ene-mar. [en línea]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 12 junio 2011].
- OBREGÓN O. Crecimiento y desarrollo de la adultez. Teorías del desarrollo. Teóricos del desarrollo psicosocial.2003 Disponible en: http://ar.geocities.com/la_aduldez Consultado Junio 2008
- OMS. OPS: Panorama de la salud en la región, panorama de la salud en las Américas, salud en las Américas, México, 2007
- ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. Seminario: Formación basada en competencias. Situación actual y perspectivas para los países del MERCOSUR. Biblioteca Virtual de la OEI, Educación Técnico Profesional, Cuaderno de Trabajo 2, 1996.
- ONE. El Envejecimiento de la Población de Cuba y sus territorios Centro de Estudios de Población y Desarrollo. CEPDE Proyecciones de ambos sexos y edad (60 años hasta 85años y más) por provincia (Santiago de Cuba)
- OROSA M. La tercera edad. Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia. Ed. Félix Varela. 2003
- ORTIZ OCAÑA, A.L. Metodología para la enseñanza problémica de Contabilidad en la Educación Técnica y Profesional. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Holguín, 2002
- OROZCO, B. De lo profesional a la formación en competencias. En Valle, M. (Coord.) Formación en competencias y certificación profesional México: Centro de Estudios Sobré la Universidad. UNAM, 2000.
- ORREGO NOREÑA, J. F. La Pedagogía como reflexión del ser en la educación. [s.l]: [s.n], [s.a]. Pág. 33
- PÁGINA WEB INEI. [en línea]: www.inei.com.pe [Consulta: 12 junio 2011]
- PASTURINO, MARTÍN. Educación y Trabajo: La Construcción de Competencias Profesionales y Laborales en los programas de Inserción Productiva. Biblioteca Virtual de la OEI, Educación Técnico Profesional, 1999.

- PAZ, I. La formación de los estudiantes de carreras pedagógicas desde la labor orientadora del colectivo de año. I. S. P. Frank País García, 2006
- PARODI J.F. "Ofertas de formación en recursos humanos en Geriatría y Gerontología". Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América del Sur. Buenos Aires, Argentina, 14 -16 de noviembre de 2005
- PÉREZ GARCÍA, C. La Pedagogía Profesional: "Una incuestionable necesidad de la Educación Técnica y Profesional". La Habana. CEPROF, ISPETP.14. SENATI. La Formación Basada en Competencias Laborales y el Sistema Dual en el SENATI. Perú, SENATI, 2003.
- PÉREZ RODRÍGUEZ, G. Metodología de la investigación educacional. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1996. p. 80.
- PERRENOUD, P. Diez nuevas competencias para enseñar. Barcelona: Graó; 2004.
- POSNER, G. Docente del siglo XXI. Cómo desarrollar una práctica docente competitiva. Colombia: Nomos S. A; 2001.
- PRIETO, L. La enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje. Barcelona: Octaedro/ICE UB, 2008. Prieto Ramos, O. Envejecimiento y salud. Implicaciones clínicas. La Habana: Editorial Científico Técnica. 2008.
- PULIDO DÍAZ, A. Propuesta de estrategia didáctica desarrolladora, para concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa integral de la lengua inglesa, en alumnos de 6to. grado de la escuela primaria en Pinar del Río. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. en Ciencias Pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico "Rafael María de Mendive". Pinar del Río .2005
- Documentos del MINSAP Prioridades y objetivos de trabajo para el 2010. Ed. Ciencias Médicas: La Habana. 2009
- QUEZADA MARTÍNEZ, H Competencias laborales: evolución y tipologías. Gestión por competencias.08 / 2003.
- REQUEJO A. Educación permanente y educación de adultos Cap. 7 Intervención educativa en la tercera edad. Ed. Ariel. 2003.
- REUBEN DAVID. Caring for Older Americans: The future of Geriatrics Medicine. American Geriatrics Society Core Writing Group of The Task Force on the Future of Geriatrics Medicine. JAGS, 2005; 53: S245-S256.
- REYES MEDIACEJA, R. Propuesta de estrategia capacitante para familia de Adultos Mayores. Policlínico Camilo Torres. Tesis en opción al título de master en APS. Santiago de Cuba, 2006.

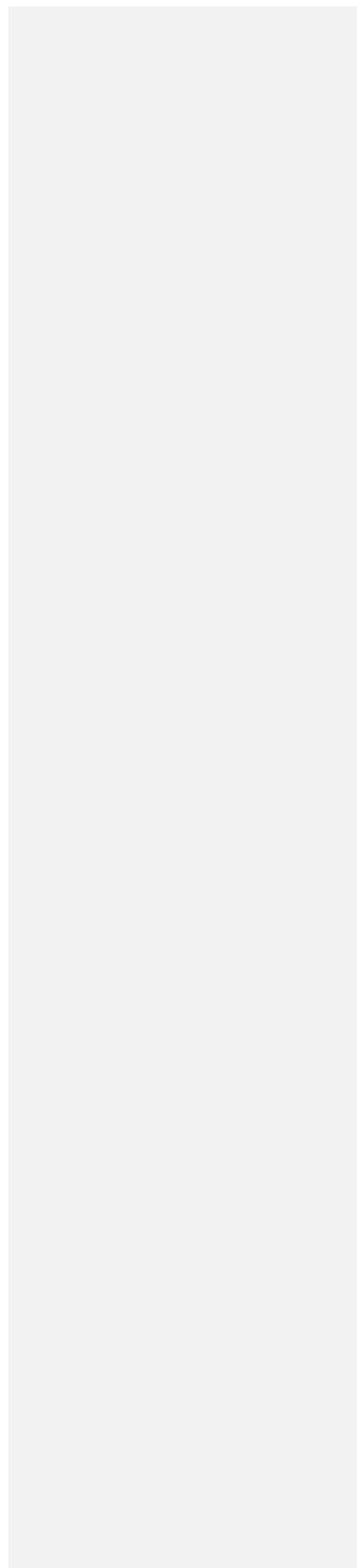
- _____ Bastart Ortiz E, Tamayo Reus C. y Mercaderes Ferrer, M de los A. Proceso formativo profesional. Enfoque semántico y filosófico. Relevante en el XVI FORUM Provincial. Santiago de Cuba. Policlínico Camilo Torres Restrepo, 2008.
- _____ Estrategia didáctica para la instrumentación de la competencia gerontológica geriátrica revista electrónica Medisan (ISSN 1029-3019) correspondiente al volumen 15 No. 12 del 2011
- _____ Competencia gerontológica geriátrica. Estrategia didáctica para su formación en la carrera de Medicina. Revista IPLAC Publicación Latinoamericana y Caribeña de educación RNPS No.2140/ISSN 1993-6850. Volumen 3 Mayo- Junio del 2011 Sección experiencia educativa.
- _____ Situación actual de la formación de la competencia para la atención a los adultos mayores en los estudiantes de la carrera de Medicina Revista IPLAC Publicación Latinoamericana y Caribeña de educación RNPS No.2140/ISSN 1993-6850. Volumen 3 Noviembre-Diciembre del 2011 (coautora).Sección experiencia educativa.
- _____ .Necesidad de una competencia en los médicos generales básicos para la atención al adulto mayor. *versión* ISSN 1029-3019.MEDISAN Vol.16 no.1 Santiago de Cuba ene. 2012
- RIVERA HERNÁNDEZ, E. La formación de competencias profesionales pedagógicas para el trabajo en el multigrado del docente en formación de la carrera de Educación primaria en el municipio Il Frente. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. en Ciencias Pedagógicas. UCP "Frank País García"2010
- ROS MARTRAT, E. Las competencias profesionales adquiridas en Medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Scientific Electronic Library Online. Educ. Med. V7N4Barcelona Oct-Dic 2004
- RUBIO VARGAS, M. I. Modelo para la gestión del proceso de desarrollo de habilidades de estudio, con enfoque profesional, en la carrera de Licenciatura en Educación, especialidad Ciencias Exactas. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. ISP. Pinar del Rio, 2005
- RUBISTEIN, S.L. El problema de las capacidades y las cuestiones relativas a la teoría psicológica. En Antología de la Psicología Pedagógica y de las Edades. La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p. 54-67.
- RUÉ, J. Enseñar en la Universidad. El EEES como reto para la educación superior. Barcelona: Nancea, 2007.
- SÁNCHEZ JACAS, I Y OTROS. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2002;28(1):38-45
- SARNACHIARO, N. Competencias profesionales Síntesis bibliográfica. Corrientes 2004
- SELLARES, J. "La evaluación de la competencia clínica", Tribuna, Coordinador del Grupo de Evaluación de la Competencia de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. 2004 [en línea]: <http://www.diariomedico.com/grandeshist/semfyc/competencia.html> [Consulta: 23 febrero 2007]

- SENADO DUMOY, J.; Y OTROS. Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la Isla de la Juventud. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2)
- SCHÖN DONALD, A. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. España: Paidós; 1992.
- SIGAS COSTAFREDA, O. Modelo didáctico de integración de los contenidos del ejercicio de la profesión a través de la actividad científico investigativa desde el área de Humanidades en la formación del profesor general integral de secundaria básica. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ISP. Santiago de Cuba. 2007
- SIERRA SALCEDO, RA. Modelación y Estrategia: Algunas consideraciones desde una perspectiva pedagógica. En: Compendio de Pedagogía. Pueblo y Educación La Habana; 2002 p. 311- 328.
- SILVESTRE ORAMAS, M. Aprendizaje, educación y desarrollo. Pueblo y Educación La Habana: 1999.
- SILVESTRE ORAMAS, M. y ZILBERSTEIN TORUNCHA, J. Hacia una didáctica desarrolladora. Editorial Pueblo y Educación La Habana: 2002
- SOBRADO, L. Evaluación y orientación de competencias y cualificaciones profesionales. Barcelona: Estel; 2004.
- SOLER MARTÍNEZ, C. Reflexiones acerca del término competencias en la actividad docente. Educ. Med Super 2004; 18(1)
- STENHOUSE, L. El currículo seg/enhouse 2006 [en línea]: es.wikipedia.org/wiki/Currículo_seg/enhouse - 13k. [Consulta: 5 abril 2010]
- _____. Investigación y desarrollo del curriculum. Madrid: Morata S. A.; 1984.
- SUÁREZ, B. La formación en competencias: un desafío para la educación superior del futuro. [en línea]: <http://www.uco.es/organizacion/eees/documentos/normas-documentos/otros/La%20formacion%20en%20competencias%20MEC.pdf> [Consulta: 12 junio 2011]
- TEJADA FERNÁNDEZ, J. El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. Conferencia magistral presentada en el VII Symposium Internacional sobre el Practicum y las Prácticas en Empresas en la formación Universitaria. Poio 2005. [en línea]: <http://redie.uabc.mx/vol7no2/contenido-tejada.html> [Consulta: 7 febrero 2010]
- TEJADA FERNÁNDEZ, J. Acerca de las competencias profesionales. Universidad de Barcelona , 1999, p. 20- 56
- TOLEDO CURBELO, GJ, Fundamentos de la Salud Pública Tomo 1. Ed: Ciencias Médicas La Habana.. 2007 p. 21-23

- TORRES BURGDUD, A. Estrategia para la autotransformación integral del estudiante universitario sustentado en un modelo de trascendencia axiológica. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ISP. Camagüey. 2006
- TREJO DEL PINO, F. La formación de la competencia práctico laboral del docente en formación inicial en la universalización. Concepción teórico metodológica para su sistematización en la disciplina formación pedagógica general. Tesis en opción al grado científico de Dr. en Ciencias Pedagógicas, ISP Santiago de Cuba, 2008.
- UNESCO. Declaración mundial sobre la educación Superior en el siglo XXI: Visión/ Acción Conferencia Mundial sobre la Educación Superior, 1998. Tomado de: Educ Med Super. 2000; 13(1). p. 23-32.
- URQUIZA, R. Participación de los usuarios y Gestión de la Calidad en Medicina Familiar. Comisión Directiva de la Asoc. Argentina de Medicina Familiar. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007. [en línea]: <http://www.alpmf.org/> [Consulta: 11 diciembre 2010]
- VALDÉS RODRÍGUEZ, M.C., Y OTROS. Competencias Pedagógicas en los Creativos Entornos Virtuales de Aprendizaje Universitario. Universidad de las Ciencias Informáticas Educec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa. Núm. 24 / Diciembre 07
- VALERA ALFONSO, O. Tendencias contemporánea del desarrollo de los modelos pedagógicos. Colombia: [s.n], 2000. p. 37.
- VALLE LEÓN, I. Tipos de competencias. Mail x mail. La formación más sencilla.com No. 937. fecha de publicación 21/04/06
- _____ La Gestión de la calidad en la formación profesional. Montevideo: Cinterfor, 2003 Gestión de recursos humanos por competencias, disponible en sitio web: Las 40 preguntas más frecuentes sobre competencia laboral = <http://www.cinterfor.org.uy>. [consultado 23 de marzo 2011]
- VARGAS ENRIQUE. El adulto Mayor en la Formación del Médico. Ponencia, I Foro Nacional sobre la Enseñanza de Geriátría y Gerontología en Perú. Asociación de Facultades de Medicina de México/OPS/ALMA/MINSA. Lima, 2005.
- VELA VALDÉS, J. La nueva universidad: necesidad histórica y responsabilidad social. Universidad 2008. Conferencia inaugural.
- VERDECIA ROSÉS, M. Estrategia socioeducativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano. Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas. Santiago de Cuba. Centro de estudios para la Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente.2010
- VIGOSTKI, LS. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Científico –Técnica. La Habana: 1987.
- VILLA, A. P. Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas. Bilbao, Mensajero/ICE Universidad de Deusto, 2007.

- WEISS, EDUARDO. Necesidades básicas de aprendizaje y el currículo. En Necesidades básicas de aprendizaje. Estrategia de acción, Santiago de Chile: UNESCO/IDRC, 1993, p. 336-346
- YAÑIZ, C. Y VILLARDÓN L. Planificar desde competencias para promover el aprendizaje. Bilbao, Universidad de Deusto, 2006.
- ZABALA Z, AL. 11 Ideas Clave. Cómo aprender y enseñar competencias. Barcelona: Graó; 2007.

ANEXOS



ANEXO I MODELO DEL PROFESIONAL

La Habana, Abril de de 2010.
"Año 52 del Triunfo de la Revolución"

MODELO DEL PROFESIONAL

El Modelo del Profesional: Médico General, comprende tres perfiles:

- 1- Político – ideológico, Profesional, y Ocupacional.

Político – ideológico Ético humanista

Perfil Profesional

Se definen cinco funciones para el Médico General, siendo la función rectora la de Atención Médica Integral.

1. Atención Médica Integral, Docente-Educativa, Administración ,Investigación
2. Especiales

FUNCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

- 2) **FUNCIÓN DOCENTE – EDUCATIVA**
- 3) **FUNCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**
- 4) **FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN**
- 5) **FUNCIÓNES ESPECIALES**

Perfil Ocupacional

Comprende los puestos de trabajo relacionados con la atención a las personas, familias, grupos poblacionales y comunidad. El principal es el consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia en la comunidad, en instituciones educacionales y en centros laborales. Incluye además aquellos que no requieran especialización en policlínicos, hospitales y otras instituciones donde se presten servicios de salud por médicos generales.

ANEXO 2
ENCUESTA REALIZADA A LOS PROFESORES DE LA DISCIPLINA MGI EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL

Estimado profesor(a):

Solicitamos de Ud. su más sincera colaboración al responder las preguntas de la encuesta al responder las preguntas de la encuesta y necesitamos su máxima objetividad posible. Su cooperación será de gran ayuda para esta investigación. Con antelación gracias por su ayuda.

OBJETIVO: Conocer las opiniones que poseen los profesores de la disciplina MGI acerca de la formación del futuro médico general con respecto a la atención al adulto mayor

INDICADORES

- . - Preparación recibida sobre los contenidos a impartir a los futuros médicos generales acerca del adulto mayor
- Conocimiento de la existencia de los contenidos acerca del adulto mayor en el programa de la disciplina MGI

I. DATOS PRELIMINARES

- Categoría docente ____ - Categoría científica _____ -

Años de experiencia como docente en la disciplina MGI

II. PREGUNTAS

1. ¿Ha recibido Ud. preparación para impartir los conocimientos y habilidades para la enseñanza de la atención al adulto mayor al futuro médico general?

Mucha _____ Alguna _____ Ninguna _____

2. En el programa de la asignatura de la disciplina MGI que Ud. imparte a los futuros médicos generales ¿existen los contenidos referidos a los problemas de salud del adulto mayor?

SI _____ NO _____

3. Enseña a sus estudiantes a prevenir, diagnosticar y tratar los problemas de salud del adulto mayor

Diagnóstico del validismo:

Mucho _____ Poco _____ Nada

Identificación de las modificaciones biopsicosociales del adulto mayor

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

4. ¿Cómo Ud. forma a los futuros médicos generales en la atención al adulto mayor? Marque con una X la (las) seleccionadas.

Conferencia _____ Seminario _____ Clase taller _____ Pase de visita _____

Consulta médica _____ Guardias médicas _____ Visitas de terreno _____

5. ¿Considera Ud. que los programas de atención al adulto mayor establecidos tienen influencia en la enseñanza que Ud. le brinda al futuro médico general?

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO APLICADO

A los efectos de cumplir una función variada, el instrumento aplicado como diagnóstico, al grado de preparación del profesor acerca del proceso formativo del futuro médico general en relación a la atención al adulto mayor, a la presencia de los contenidos acerca del adulto mayor en la disciplina MGI y qué formas organizativas de la enseñanza se utilizan para la enseñanza del contenido.

SOBRE LOS DATOS PRELIMINARES

Se escogió un grupo de profesores al azar de manera que no influyera en los resultados a obtenerse. Se prefijó la cantidad de 12 profesores con las condiciones de que laboraran en los policlínicos seleccionados e impartieran la disciplina MGI en cualquiera de sus asignaturas. Los datos obtenidos fueron los siguientes: %

Instructores _____ 8 _____ 66,6

Asistentes _____ 4 _____ 33,4

Categoría científica _____ %

Master _____ 7 _____ 58,3

Sin categoría _____ 5 _____ 41,7

Años de experiencia como docente en la disciplina médico general

De 2 a 10 _____ 3 _____ 16,6

De 11 a 20 _____ 8 _____ 66,6

Más de 20 _____ 1 _____ 16,8

Con estos datos se caracteriza desde lo general a la muestra en su aspecto cuantitativo.

CRITERIOS OBTENIDOS ACERCA DE LAS DIRECCIONES SELECCIONADAS

Con respecto al grado de preparación se resume que 1 profesor poseía mucha información ya que era master en longevidad satisfactoria para un 6,3%; 8 profesores (68,7 %) tenía alguna preparación con respecto al conocimiento poseído acerca del adulto mayor, 3 sin ninguna (25%).

Al indagar acerca de la presencia de los contenidos del adulto mayor en el programa de la disciplina los 12 profesores manifestaron encontrarlos dispersos en los diferentes contenidos y nunca de forma específica.

El 100% reconoce enseñar poco a sus estudiantes a prevenir, diagnosticar y tratar los problemas de salud del adulto mayor, referidos al diagnóstico del validismo y a la identificación de las modificaciones biopsicosociales del adulto mayor. El 100% reconoce que las formas más utilizadas fueron en las consultas médicas y en las visitas de terreno.

El 30% de los profesores manifiestan que los programas de atención al adulto mayor establecidos tienen mucha influencia mientras que el 70% manifiesta poca influencia en los conocimientos que sobre el adulto mayor

ANEXO III
MAPA CURRICULA
CARRERA MEDICINA
ABRIL 2010

1er Año			
Semestre I	horas	Semestre II	horas
Introducción a la M.G.I.		Promoción de Salud	22
Morfofisiología I		Morfofisiología III	92
Morfofisiología II		Morfofisiología IV	92
Filosofía y Sociedad I		Filosofía y Sociedad II	54
Educación Física I		Educación Física II	80
Inglés I		Inglés II	64
Informática Médica I (*)		(*)	
			60

2º Año			
Semestre III	horas	Semestre IV	horas
Prevención en Salud	1	Medicina Comunitaria	1
Morfofisiología V	9	Microbiología y Parasitología	1
Morfofisiología VI	9	Genética médica	6
Metodología de la investigación y estadística (*)	6	Psicología médica I	5
Tiempo electivo (*)	8	Educación Física IV	8
Historia de Cuba I	3	Inglés IV	6
Educación Física III	8	Historia de Cuba II	3
Inglés III	6		
	6		6

(*)Cifras tentativas según cálculo total de la disciplina Morfofisiología diseñada por Girón con criterios racionales y los fondos de tiempo disponibles en cada semestre.

3er Año			
Semestre V	horas	Semestre VI	horas
Propedéutica Clínica (Lab Clínico + Imagenología)		Medicina Interna (Coordinada /Farmacología II)	
Farmacología I		Farmacología II	
Psicología médica II		Tiempo electivo (*)	
Historia de Cuba III		Inglés VI	
P P D I (*) (ó Med. Desastres)			
Inglés V			

NOTA: (*) En uno u otro semestre del año

4° Año					
Semestre VII		horas	Semestre VIII		horas
Pediatría	{18 sem.}		Cirugía	{10 sem.}	
Inglés VII			Obst./Ginecología	{12 sem.}	
P P D II	(*)		Inglés VIII		
Tiempo electivo	(*)				

5° Año							
Semestre IX			horas	Semestre X			horas
Med. Gral. Integral	{4 sem.}			Ortopedia	{6 sem.}	2	
Psiquiatría	{6 sem.}			O.R.L.	{3 sem.}	9	
Salud Pública	{9 sem.}			Oftalmología	{3 sem.}	9	
Inglés IX				Dermatología	{3 sem.}	9	
Medicina Legal				Urología	{3 sem.}	9	
P P D III	(*)			Inglés X		6	
P P D IV						6	

6° Año INTERNADO ROTATORIO		
Rotación		Horas (G.M.)
Medicina Interna	{10 sem.}	608 (168)
Pediatría	{10 sem.}	608 (168)
Cirugía	{7 sem.}	416 (108)
Obst./Ginecología	{7 sem.}	416 (108)
Med. Gral. Integral	{7 sem.}	416 (108)
Trabajo en período evaluativo	(4sem)	320
TOTAL		2784 (660)

ANEXO IV
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
COMISIÓN NACIONAL DE CARRERA DE MEDICINA

Fecha de perfeccionamiento: Marzo 2010.

Programa de la Asignatura Medicina General Integral

ASIGNATURA: Medicina General Integral.

CARRERA: Medicina.

MODALIDAD: Curso Regular Diurno

AÑO ACADÉMICO: 5to.

SEMESTRE: Décimo.

No. de SEMANAS: 4 semanas (34 horas semanales)

TOTAL DE HORAS: 160 horas

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Medicina General Integral responde al interés de crear un espacio para ofrecerles a los estudiantes un conjunto de herramientas que le permitan consolidar y desarrollar acciones en la Atención Primaria, las que deben tener precedencia en asignaturas anteriores para su profundización.

Se desarrolla en el décimo semestre correspondiente al quinto año de Medicina con la precedencia de las asignaturas de Introducción a la Medicina General Integral, Promoción de Salud, Prevención en salud y Medicina Comunitaria y a su vez ella precede a la rotación del Internado.

Cuenta con una duración de cuatro semanas, 168 horas en el semestre, 36 horas semanales.

Los contenidos de esta asignatura se orientaran en las siguientes temáticas que se relacionan a continuación:

1. Actividades específicas en M.G.I.
2. La atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud.
3. La atención médica integral a las enfermedades transmisibles.
4. La rehabilitación de base comunitaria.

II. OBJETIVOS GENERALES DE LA ASIGNATURA MGI

• OBJETIVO GENERAL EDUCATIVO:

Enfrentar con un enfoque integrador y con rigor científico las acciones de salud necesarias con el propósito de preservar o mejorar el estado de salud de los individuos; grupos, colectivos y comunidad, mediante la apropiación de modos de actuación caracterizados por una alta dedicación, disciplina, ética, independencia y creatividad que le permitan apoderarse de las estrategias, métodos, técnicas, habilidades, intenciones, actitudes, conductas y relaciones de trabajo profesional que contribuyen a la elevación del estado de salud de la población asignada.

OBJETIVO GENERAL INSTRUCTIVO. Brindar atención médica integral a las personas, familias, grupos, colectivos y comunidad en su ambiente; teniendo en cuenta la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en función de garantizar el estado de salud de la población, en estrecha coordinación

y bajo la orientación del médico y enfermera de la familia y del resto del equipo de salud; mediante la realización de actividades de promoción; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y la aplicación de las estrategias, métodos, técnicas de la medicina natural y tradicional y la fitoterapia desarrollando habilidades de trabajo profesional que se utilizan en la Atención Primaria de Salud.

IV. PLAN TEMÁTICO.

V. DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO POR FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA.

TEMA

T

1. Actividades específicas en M.G.I.
2. La atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud.
3. La atención médica integral a las enfermedades transmisibles.
4. La rehabilitación integral.

Examen final (práctico y teórico)

Totales

1

C: conferencia **S:** seminario **DPS:** Discusión de Problema de Salud

ET: Educación en el trabajo **E:** Examen **GM:** Guardias Médicas. **6 horas semanales.**

ANEXO V

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
SUB – PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA AL ADULTO MAYOR
DIRECCIÓN NACIONAL ASISTENCIA SOCIAL

SUB – PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA AL ADULTO MAYOR

III. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitados de este grupo.
2. Crear una modalidad de atención gerontológico comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio – económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Promover cambios de estilo de vida, hábitos y costumbres que favorecen la salud.
2. Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que estas pudieran conllevar en su evolución.
3. Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
4. garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.
5. estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
6. Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.
7. Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

IV LÍMITES

- a) De espacio: Este programa se desarrolla en todo el país. Será aplicado en todas las unidades sociales de atención primaria que brindan atención gerontogeriatrica.
- b) De tiempo: El programa comenzara en el 1er semestre de 1997 y tendrá reajustes anuales.

V. UNIVERSO DE TRABAJO: Población mayor de 60 años residentes en la comunidad.

VI. ACTIVIDADES PARA CUMPLIMENTAR EL:

Objetivo 1: Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Objetivo 2: Promover o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades en los adultos mayores

Objetivo 3: Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.

Objetivo 4: Garantizar los servicios de rehabilitación a los ancianos a través de la Rehabilitación de Base Comunitaria, instituciones e instancias correspondientes.

Objetivo 5: Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas de adulto mayor

Objetivo 6: Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a las comunidad.

Objetivo 7: Desarrollar investigaciones que identifiquen la mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Gerontología: Rama de la medicina que estudia el proceso de envejecimiento y sus consecuencias y recuperaciones biopsicosociales.

Geriatría: Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan al adulto mayor con las mismas consecuencias y repercusiones de la Gerontología.

Anciano o Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años.

Calidad de vida: Es la condición que resulta el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de estas, tanto en el plano objetivo (posibilidad de desarrollo completo de la personalidad) con el plano subjetivo (satisfacción por la vida y aspiraciones personales).

Evaluación integral: Evaluación multidimensional a través de un equipo multidisciplinario que exige del médico geriatra una formación integral sobre aspectos que le permitan abarcar hechos muy diferentes y al mismo tiempo un equipo de especialistas y técnicos que los auxilie para profundizar en las áreas problemáticas del anciano.

Autoayuda: Metodología que enseña al adulto mayor a solucionar sus problemas, evitando así un grado de dependencia que lo lleve a la inmovilidad biológica, psíquica o social.

Ayuda mutua o ayuda informal: Metodología participativa que enseña a la familia, la comunidad y el estado en el apoyo al anciano para la solución de sus problemas en el medio en que el se desenvuelve.

Alternativas no institucionales o vías no formales de atención: servicios ofertados al anciano, de carácter abierto y desarrollados en la comunidad, sin régimen de internamiento.

Equipo de atención gerontológico: Grupo comunitario insertado en el programa de atención al adulto mayor, que pretende crear alternativas que permitan conocer las necesidades individuales y colectivas de este y darles solución a nivel local mediante estructuras sociopolíticas, el sistema nacional de salud y organizaciones del adulto mayor.

Autonomía, Autovalismo o nivel funcional: Equilibrio del individuo y su medio ambiente que le permite la capacidad de adaptación y realización de las actividades de la vida diaria, instrumentadas y no instrumentadas.

ANEXO VI

DOCUMENTO BASE PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIO “D”

PRESENTACIÓN

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PLANES DE ESTUDIO “D”

Logros de la educación superior cubana que deben preservarse, dada su vigencia

En primer lugar nuestro actual modelo de *Universidad Científica, Tecnológica y Humanista, dirigida a preservar, desarrollar y promover la cultura de la humanidad*.

Unido a lo anterior, y ya en el plano de los conceptos pedagógicos que sustentan nuestro modelo de formación, deben ser preservados como importantes conquistas de nuestra educación superior:

- El Modelo Pedagógico de *Perfil amplio*, basado fundamentalmente en la necesidad de una formación básica profunda que le permita al profesional resolver los principales problemas que se presenten en las diferentes esferas de su actuación profesional.
- Los principios fundamentales que sustentan este modelo, que son:
- *La prioridad de los aspectos de carácter educativo* en el proceso de formación, en estrecha e indisoluble unidad con los instructivos.

El vínculo entre el estudio y el trabajo, en sus diferentes modalidades posibles.

Como tercer aspecto a tener en cuenta, relacionado con nuestras concepciones curriculares, se tiene:

- La unidad dialéctica entre los aspectos de carácter esencial, o invariantes, que por su relativa estabilidad se centralizan garantizando el logro de los principales propósitos trazados; y aquellos que por tener un carácter más dinámico o cambiante se descentralizan, quedando en manos de cada CES.
- Las tradiciones de trabajo colectivo de nuestros profesores, que se concretan en el *trabajo metodológico* que tiene lugar en los diferentes niveles de sistematicidad de la carrera, como vía fundamental para el perfeccionamiento continuo del proceso de formación.
- El *enfoque en sistema* del proceso de formación, en el cual los objetivos y los contenidos esenciales se estructuran verticalmente en disciplinas, y horizontalmente en años académicos, lo que hace que ambos subsistemas sean objeto del diseño curricular, tanto a nivel de Comisiones Nacionales de Carrera como a nivel de cada CES.

Al igual que ocurrió con los Planes C, *estos nuevos planes deben ser validados en actos de defensa pública, ante los principales OACE e instituciones de la sociedad vinculados a cada carrera*, previo a su aprobación definitiva por el Ministro de Educación Superior y que actualmente certifican el nivel de *“carrera autorizada”* en nuestro sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias vigente.

Principales transformaciones

- ∅ El concepto de formación básica debe ser asumido con mayor amplitud, incorporando con igual prioridad los *aspectos básicos específicos de cada carrera, así como otros de carácter más general, indispensables para un profesional en la época actual*, como son la gestión del conocimiento, la calidad, las habilidades de dirección, el marketing, etcétera.
- ∅ En el modelo de perfil amplio, se pueden instrumentar *salidas terminales diferentes o perfiles*, a partir de un tronco común, que brinden una respuesta más integral a las demandas de profesionales para el campo de que se trate. La adecuada relación entre lo diverso y lo común será la garantía de un enfoque coherente en el plan de estudio.
- ∅ Las CNC determinarán centralmente el *currículo base de la carrera*, que deberá asegurar el enfoque estratégico de la misma y, en consecuencia, el dominio esencial de los modos de actuar del profesional. A partir del currículo base y también, como respuesta a los objetivos generales de la carrera, *cada centro decidirá el modo de completar su*

plan de estudio particular, en correspondencia con sus características y las de cada territorio. Así, a partir de ese currículo base, se abre un espacio complementario en los CES, de carácter más táctico, en el cual los marcos curriculares de su potestad, se han de perfeccionar constantemente.

- ∅ Lo planteado en el punto anterior no excluye que *también el currículo base sea objeto de perfeccionamiento*
- ∅ De acuerdo con lo anterior, se pueden identificar tres niveles de prioridad en la determinación de los contenidos del plan de estudios, a saber:
 - Contenidos precisados por las Comisiones Nacionales de Carrera (*estatales*), de obligatorio cumplimiento para todos los CES, que aseguran los objetivos esenciales del modelo del profesional y de las diferentes disciplinas.
 - Contenidos, precisados por cada CES (*propios*), en correspondencia con las particularidades del proceso de formación en cada carrera y centro, y que deben cursar obligatoriamente todos los estudiantes.
 - Contenidos que son escogidos por cada estudiante (*optativos/electivos*), a partir de las ofertas que el CES le brinda, que sirven de complemento para su formación integral y que incluso pueden ser seleccionados de entre las asignaturas que se imparten en otras carreras.
- ∅ *El tiempo de duración de los estudios podrá ser diferente* entre unas carreras y otras, en dependencia de los objetivos generales previstos a alcanzar en cada una, a partir de una concepción más flexible que tiene en su base el concepto de formación continua, en la que se incluye el adiestramiento laboral y se significa de modo especial la actividad postgraduada.
- ∅ En los casos en que se justifique plenamente, tanto por la existencia de una demanda laboral no satisfecha, como por las particularidades de la carrera en cuestión, se podrán instrumentar *salidas intermedias de una carrera* que reconozcan determinado nivel de competencias, que califique al estudiante para el desempeño de una actividad laboral, luego de cursados y aprobados los estudios correspondientes a determinadas asignaturas, años, o periodos, según se determine en cada caso. Estas "salidas" pueden también responder a una concepción curricular basada en la formación desde el puesto de trabajo, a partir de un determinado nivel alcanzado ya por los estudiantes.

Documentos principales

1. Documentos de carácter estatal o rectores

El Modelo del Profesional, El Plan del Proceso Docente, Los Programas de las Disciplinas

Además de estos tres documentos, las CNC elaborarán también *Indicaciones Metodológicas y de Organización*, en las que se precisen otros aspectos que contribuyan a su mejor interpretación y ejecución por los CES homólogos.

ANEXO VII

Guía para la observación del modo de actuación de los futuros médicos generales para la atención al adulto mayor.

OBJETIVO: Comprobar el desempeño de los futuros médicos generales en la atención al adulto mayor en las actividades de educación en el trabajo.

Indicadores:

- Desarrollo de actividades educativas para promover cambios a estilos de vida saludable y prevención de enfermedades.
- Habilidades para el diagnóstico del autovalidismo. y de las enfermedades más frecuentes
- Habilidades para realizar el tratamiento a las enfermedades diagnosticadas.
- Dispensarización a los adultos mayores y registro de situaciones especiales
- Actividades de rehabilitación física, psicológica y social
- Habilidades para establecer relaciones entre el futuro MGI- adulto mayor y familia.

Guía de observación en actividades de Educación en el Trabajo

1. Realiza actividades de educación sanitaria para promover estilos de vida saludables

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

2. Realiza prevención de enfermedades y de los factores de riesgo.

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

3. Reconoce las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales y funcionales y orienta adecuadamente a la familia

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

4. Realiza el diagnóstico del autovalidismo en el adulto mayor

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

5. Le orienta el tratamiento adecuado a las enfermedades diagnosticadas según su nivel de actuación

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

6. Realiza la dispensarización a los adultos mayores y registro de situaciones especiales

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

7. Realiza actividades de rehabilitación física

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

8 Realiza actividades de rehabilitación psicológica

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

9. Realiza actividades de rehabilitación social

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

10. Cómo logra el establecimiento de las relaciones entre el futuro médico general - adulto mayor – familia y comunidad.

Sin dificultad _____ Con alguna dificultad _____ Muestra gran dificultad _____

ANEXO VIII

Encuestas a los futuros médicos generales acerca de la atención al adulto mayor

OBJETIVO:

Conocer las opiniones que poseen los futuros médicos generales acerca de las transformaciones del envejecimiento y cómo es el tratamiento de este aspecto en la disciplina MGI en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

Indicadores:

- Grado de conocimientos alcanzados acerca de los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen en el envejecimiento.
- Asignaturas donde reciben los contenidos necesarios para realizar el diagnóstico y tratamiento acerca de los problemas de salud del adulto mayor.

ENCUESTA

- 1) Conoce Ud. los cambios biológicos que ocurren durante el envejecimiento
Mucho _____ Poco _____ Nada _____
- 2) Conoce Ud. los cambios psicológicos que ocurren durante el envejecimiento
Mucho _____ Poco _____ Nada _____
- 3) Conoce Ud. los cambios sociales que ocurren durante el envejecimiento
Mucho _____ Poco _____ Nada _____
- 4) En cuál o cuáles asignaturas o disciplina Ud. ha recibido información acerca de los problemas de salud que afectan al adulto mayor
- 5) Considera Ud. que la disciplina MGI lo prepara para la solución de los problemas específicos que presentan los adultos mayores.
Mucho _____ Poco _____ Nada _____

ANEXO IX

Guía para la observación del desempeño de los profesores en el proceso formativo inicial en las actividades de educación en el trabajo con respecto a la atención al adulto mayor.

OBJETIVO

Comprobar el desempeño de los profesores en la atención al adulto mayor en las actividades de educación en el trabajo.

Indicadores:

- Ejecución en la Educación en el trabajo de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la atención a adultos mayores (Visitas al hogar, pases de visita a adultos mayores con ingreso domiciliario, consultas).
- Dominio del contenido de la gerontogeriatría desde la disciplina MGI
- Motivación por el profesor al estudiante con respecto al diagnóstico y tratamiento al adulto mayor.
- Empleo correcto del método clínico epidemiológico con enfoque social.
- Valor formativo de la actividad docente.

GUIA DE OBSERVACIÓN

1) Las actividades de educación en el trabajo con respecto a la atención al adulto mayor cumplen con los requisitos metodológicos establecidos para ellas con calidad:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

- 2) Se promueve por el profesor actividades de promoción y prevención con calidad en las actividades de educación en el trabajo

Buena _____ Regular _____ Mala _____

- 3) Con respecto al dominio de los profesores de los contenidos, habilidades, procederes y valores para abordar con calidad la atención al adulto mayor.

Mucho _____ Poco _____ Ninguno _____

4. El profesor motiva las clases y vincula el contenido con la vida

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

5. Utiliza el profesor el método clínico epidemiológico con enfoque social como método científico de la profesión

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

6. Se promueve la formación de valores desde la actividad de Educación en el Trabajo

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

ANEXO X

Entrevista a profesores de la disciplina MGI de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

OBJETIVO:

Valorar los criterios de los profesores de la disciplina MGI acerca de la preparación específica que necesitan los docentes para la formación de los futuros MGIB en la atención al adulto mayor.

Estimado profesor: Las siguientes interrogantes son con el propósito de contribuir al perfeccionamiento de la formación de los futuros MGIB para la atención al adulto mayor:

Muchas gracias.

CUESTIONARIO

1. ¿Conoce Ud. los problemas profesionales inherentes al adulto mayor?
2. ¿En la disciplina que Ud. imparte están declarados los contenidos referidos a los problemas de salud del adulto mayor?
3. ¿Aborda Ud. en el proceso de enseñanza aprendizaje los aspectos relacionados al adulto mayor desde su asignatura?
4. ¿Conoce Ud. qué es la formación de competencia profesional para el adulto mayor? Argumente su respuesta
5. ¿Considera Ud. que el futuro MGIB adquiere los conocimientos, habilidades y valores para una atención adecuada al adulto mayor?

Entrevista al Director y grupo asesor de la dirección metodológica de la Universidad Médica de Santiago de Cuba.

OBJETIVO:

Valorar los criterios del Director y grupo asesor de la dirección metodológica de la Universidad Médica de Santiago de Cuba acerca de la presencia de los contenidos en las asignaturas y disciplinas en especial la disciplina MGI para la formación de los futuros MGIB en la atención al adulto mayor.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- Existencia de los programas referidos al adulto mayor
- Tratamiento curricular que se le brinda a la formación inicial de los futuros médico generales para la atención al adulto mayor
- Tratamiento metodológico que se le da para la atención al adulto mayor.

ANEXO XII

Entrevista a los Jefes de cátedras de Medicina y profesores de las Facultades 1 y 2 de la Universidad Médica de Santiago de Cuba

OBJETIVO:

Valorar los criterios de los Jefes de cátedras de Medicina y profesores de la carrera de Medicina de las Facultades 1 y 2 de la Universidad Médica de Santiago de Cuba acerca de la presencia de los contenidos en la asignatura de Medicina Interna en la formación de los futuros médicos generales para la atención integral al adulto mayor.

ANEXO XIII

PRIMERA ENCUESTA APLICADA A LOS EXPERTOS

Objetivo: Determinar el grado de competencia de los expertos

Compañero profesor:

Estamos realizando una investigación encaminada a la formación de competencia profesional para la atención al adulto mayor en el Médico General, por lo que sometemos a su consideración esta propuesta, en espera de que nos ofrezca su valoración con la mayor fidelidad posible a su forma de pensar, así como sugerencias para su perfeccionamiento.

De antemano le agradecemos su colaboración.

Gracias.

1. a) Con el objetivo de conocer el conocimiento que usted posee acerca de la temática objeto de estudio, le solicitamos su autovaloración en este sentido. Marque con una cruz (X) el número que se corresponda con dicha autovaloración, tome en consideración que cero representa conocimiento nulo del tema y diez conocimientos máximos del mismo.

- b) ¿Cuáles han sido las fuentes que le han permitido adquirir el nivel de conocimientos al que hizo referencia en el inciso anterior? Marque con una cruz (X) en la casilla que se corresponda.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
1. Análisis teóricos realizados			
2. Experiencia obtenida			
3. Trabajos de autores nacionales			
4. Trabajos de autores extranjeros			
5. Conocimiento del estado actual del problema en el extranjero			
6. Intuición			

2. En el documento adjunto se someten a consideración los siguientes aspectos:

- El modelo didáctico para la formación de competencia profesional del médico general.
- La competencia profesional para la atención integral al adulto mayor.

En la segunda columna la escala valorativa: Muy Adecuado (MA), Bastante Adecuado (BA), Adecuado (A), Poco Adecuado (PA) y No Adecuado (NA), en la cual usted debe marcar con una cruz (X) en la casilla que se corresponda con su valoración.

	Aspectos valorados	Escala				
	Modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica.					
1	¿Posee los elementos estructurales que debe tener?					
2	Existe coherencia entre los elementos estructurales					
2	Hay correspondencia entre el modelo diseñado y la definición					
2	El modelo se adecua al sistema de principios dado.					
2	Hay claridad en el contenido de cada elemento del modelo					
2	Dimensiones					
	Formativa Desarrolladora					

	Aspectos valorados	Escala				
	Didáctica Reflexiva Valorativa					
	Volitiva Actitudinal					
	Didáctica Motivacional Axiológica					

Le solicitamos que a continuación exprese, al lado del número que identifica cada elemento de las etapas valoradas, cualquier sugerencia que permita el perfeccionamiento de la propuesta.

	Sugerencias
	Modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrico.
	Posee los elementos estructurales que debe tener.
	Existe coherencia entre los elementos estructurales
	Hay correspondencia entre el modelo diseñado y la definición
	El modelo se adecua al sistema de principios dado.
	Hay claridad en el contenido de cada elemento del modelo.
	Dimensiones
	Formativa Desarrolladora
	Didáctica Reflexiva Valorativa
	Volitiva Actitudinal
	Didáctica Motivacional Axiológica

Se anexa el material sobre el modelo didáctica del proceso de formación del Médico General sobre la base del modelo de formación de competencia profesional para la atención al adulto mayor.

Anexo XIV

Nivel de competencia de los expertos consultados.

Objetivo: Procesar los datos obtenidos del nivel de competencia de los expertos (coeficiente de competencia)

Exp	K	Ka	I	Categori
1	0	0,9	0,85	Alto
2	0	0,9	0,85	Alto
3	0	0,9	0,85	Alto
4	0	0,9	0,9	Alto
5	0	0,9	0,85	Alto
6	0	0,9	0,85	Alto
7	0	0,9	0,85	Alto
8	0	1	0,85	Alto
9	0	0,9	0,85	Alto
10	0	1	0,9	Alto
11	0	0,8	0,8	Alto
12	0	0,85	0,875	Alto
13	0	0,85	0,875	Alto
14	0	1	0,9	Alto
15	0	0,85	0,825	Alto
16	0	0,85	0,875	Alto
17	0	0,85	0,775	Medio
18	0	0,65	0,675	Medio
19	0	0,85	0,775	Medio
20	0	0,8	0,7	Medio

Nivel de competencia promedio del grupo de expertos = 0,9225

Anexo XV

Resultados de la primera encuesta aplicada a los expertos.

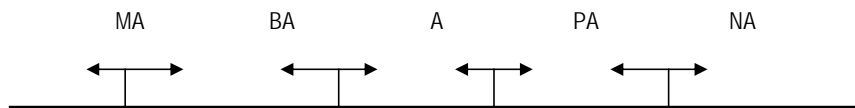
Valoración del modelo

Aspectos		E		N
Modelo				
1				
2.1				
2.2				
2.3				
2.4				

Anexo XVI

Resultados del procesamiento de la primera encuesta aplicada a los expertos.

Aspectos	MA	E		Su	P	N - F	Categor
Modelo de formación compet gerontol geri					1.6	0	BA
					2.5	0	MA
					3.1	-0	MA
					2.3	0	MA
					2.4	0	MA
Puntos límites	0.	2	3.	26	N = 260.04 / 100 = 2.6		

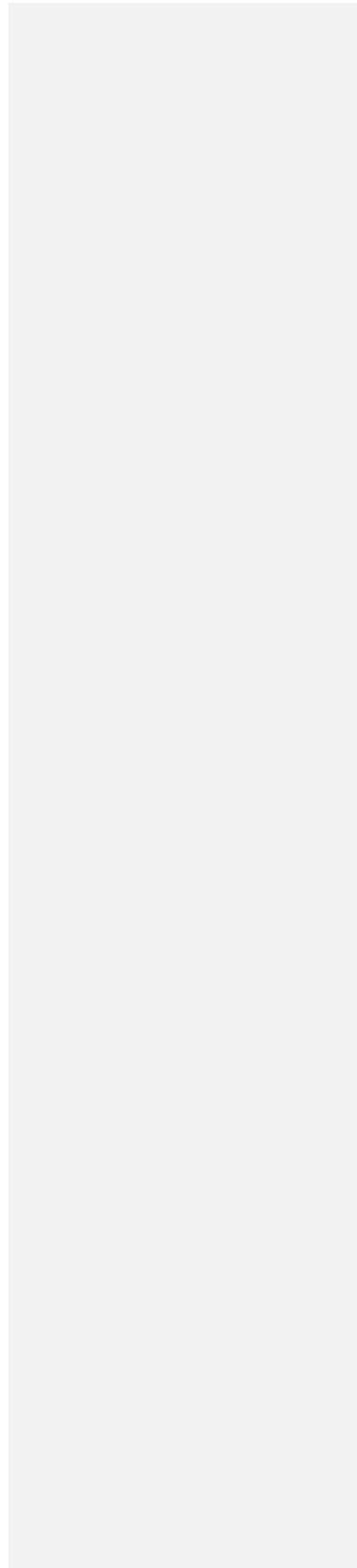


0,6208

2.144

3,4116

3,9



Anexo XVIII

SEGUNDA ENCUESTA APLICADA A LOS EXPERTOS

Compañero profesor:

Estamos realizando una investigación encaminada al diseño de una estrategia sustentada en un modelo didáctico para el perfeccionamiento de los modos de actuación de los futuros Médicos Generales en el proceso de formación inicial para la atención integral del adulto mayor. Por lo que sometemos a su consideración esta propuesta, en espera de que nos ofrezca su valoración con la mayor fidelidad posible a su forma de pensar, así como sugerencias para su perfeccionamiento.

De antemano le agradecemos su colaboración.

Gracias

1. En el documento adjunto se someten a consideración los siguientes aspectos:

- Modelo didáctico en el proceso formativo del Médico General..
- La competencia profesional gerontológica geriátrica.
- La estrategia didáctica para la formación de la competencia gerontológica geriátrica .

En la segunda columna la escala valorativa: Muy Adecuado (MA), Bastante Adecuado (BA), Adecuado (A), Poco Adecuado (PA) y No Adecuado (NA), en la cual usted debe marcar con una cruz (X) en la casilla que se corresponda con su valoración.

	Aspectos valorados	Escala				
	La estrategia didáctica					
	¿Posee los elementos estructurales que debe tener?					
	Existe coherencia entre los elementos estructurales					
	Hay correspondencia entre los componentes de la estrategia					
	Hay correspondencia entre el modelo y la estrategia					
	El modelo se adecua al sistema de principios dado.					
	Hay claridad en el contenido de cada elemento del modelo					
	Hay correspondencia entre los elementos estructurales del modelo sus objetivos y sus características					
	Dimensiones					
	Formativa Desarrolladora					
	Didáctica Reflexiva valorativa					

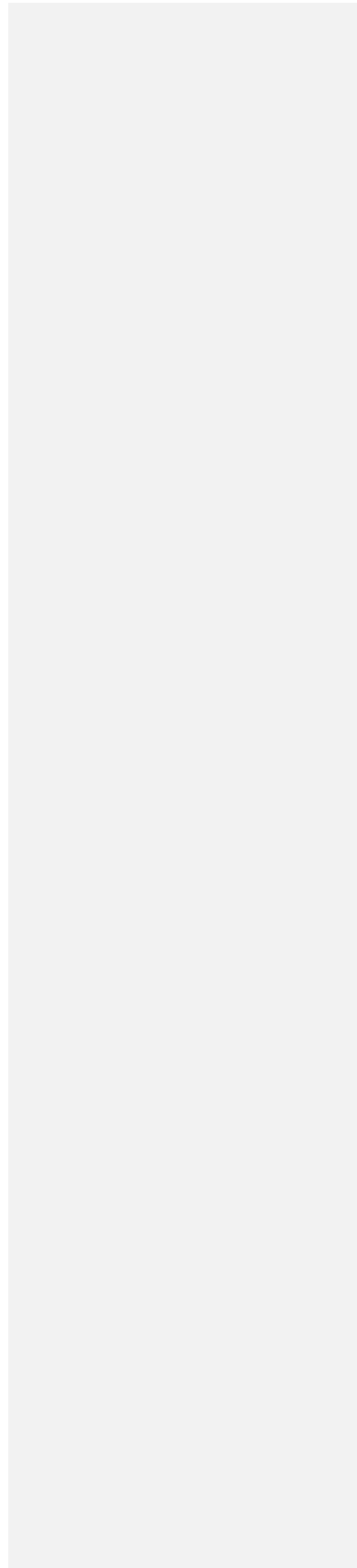
	Aspectos valorados	Escala				
	Volitiva actitudinal					
	Didáctica Motivacional Axiológica					
	Estrategia Didáctica					
	Primera etapa					
	Segunda etapa					
	Tercera etapa					

3. Le solicitamos que a continuación exprese, al lado del número que identifica cada elemento de las etapas valoradas, cualquier sugerencia que permita el perfeccionamiento de la propuesta.

Sugerencias	
Modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológica geriátrica	
1	Fundamentación teórica del modelo
2	
2	
2	
2	Dimensiones
	Formativa Desarrolladora
	Didáctica Reflexiva valorativa
	Volitiva actitudinal
	Didáctica Motivacional Axiológica
2	Subdimensiones
	Sugerencias
	Estrategia didáctica
1	

2	
3	

Se anexa el material sobre el modelo didáctico para la formación de la competencia gerontológico geriátrico.



Anexo XIX

Resultados de la segunda encuesta aplicada a los expertos

Aspectos	N	E			N
Modelo					
1 F.T					
2.1					
2.2					
2.3					
2.4					
2.5					
Estrategia didáctica					
1					
2					
3					
4					

Anexo XX

Resultados del procesamiento de la segunda encuesta aplicada a los expertos.

Aspectos		M	E	Su	P	N -	Catego
Modelo didá					2	0	M/
							M/
							M/
							M/
							M/
							M/
Estr did							M/
							M/
							M/
Puntos I				1			

$$N = 164.91 / 69 = 2.39$$

