



TESIS DOCTORAL

Desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en Medicina Familiar

Autora: Dra. Tania Alemán Martínez

**República de Cuba
Sancti Spíritus
2025**

Desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en Medicina Familiar

Ciencias biomédicas y la salud del ser humano

**Policlínico Universitario Julio Castillo. Chambas
Ciego de Ávila**

**Tesis en opción al Título de
Doctor en Ciencias de la Educación Médica**

Autora: Dra. Tania Alemán Martínez

Tutores: Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco

Dr. C. Berto Delis Conde Fernández

República de Cuba

Sancti Spíritus

2025

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La doctoranda Tania Alemán Martínez declara que la tesis “Desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en Medicina Familiar” en opción al título de Doctor en Ciencias de la Educación Médica, es de su total autoría y no ha sido enviada con antelación a ninguna otra universidad para ser evaluada o utilizada para examen de grado.

LISTA DE PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

1. Alemán-Martínez T, Hernández-Alemán DM, Concepción-Pacheco JA. Prevención de las discapacidades por lepra en la formación de los profesionales del primer nivel de atención. Folia Dermatol Cubana[Internet].2023[citado 13 May 2024];17(2). Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/340>
2. Alemán-Martínez T, de León-Gutiérrez OE, Hernández-Alemán DM. Fiabilidad de instrumentos para medir el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en el posgrado. Medisur[Internet].2024[citado 28 Mar 2025];22(6):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://medisur.sld.cu,%20medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45278>
3. Alemán-Martínez T, Concepción-Pacheco JA, Hernández-Alemán DM, Historicidad del desarrollo de las habilidades profesionales en el proceso de formación del especialista en medicina general integral. Rev Cienc Méd Pinar Río[Internet].2024[citado 28 Mar 2025];28:e650B. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/download/6508/pdf>
4. Alemán-Martínez T, Hernández-Alemán DM, Concepción-Pacheco JA. Desarrollo de las habilidades diagnosticar y prevenir lepra en los residentes en Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2024[citado 28 Mar 2025];40:e3007. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/download/3007/766>
5. Alemán-Martínez T, Díaz-Romero D, de León-Gutierrez OE. Proceso de desarrollo de habilidades profesionales en la educación de posgrado. Rev Méd Electrón[Internet].2025[citado 28 May 2025];47:e5973. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5973/6236>
6. Alemán-Martínez T. La habilidad prevenir lepra en el proceso de formación de los residentes en medicina familiar. En: Educación y Pedagogía. Educar con la IA[Internet]. New York-

Cali:REDIPE;2025.[citado 15 Ago 2025];168-182. Disponible en:
<https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog>

7. Alemán-Martínez T. Fundamentación de la metodología propuesta para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra. En: Educación y Pedagogía. Educar con la IA[Internet]. New York-Cali:REDIPE;2025.[citado 15 Ago 2025];194-204. Disponible en:
<https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog>

DEDICATORIA

A los residentes de la especialidad en Medicina Familiar y sus tutores, por ser la fuente de inspiración para realizar esta obra.

A mi hija, mi mayor alegría y orgullo. Mi inspiración para librar cada batalla.

A mi madre, mi fortaleza, mi mano derecha, mi razón de existir. Sin ti no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A mi padre, por animarme a transitar este camino difícil y decir “tú sí puedes”.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por iluminar mi camino y acompañarme siempre.

A mis tutores, el Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco y el Dr. C. Berto Delis Conde Fernández, a quienes admiro y agradezco su tiempo, dedicación, aliento y confianza; de quienes siempre obtuve la advertencia más oportuna, la crítica más sincera y el mejor de los acompañamientos durante todos estos años de trabajo.

A los doctores, Jesús Alberto González Valero, Arturo Prudencio Puga García, Ignacia Rodríguez Estévez, Liuba Díaz Valdés, Nolvis Torres Guevara, Misladys Ramos Lage por sus acertadas observaciones.

Al colectivo de profesores y residentes del municipio Chambas, provincia Ciego de Ávila y al colectivo de dermatólogos del Hospital General Roberto Rodríguez de Morón, que me brindaron su apoyo en todo cuanto necesité para la realización de la investigación.

A mi madre y a mi hija, por su ayuda incondicional, por estar siempre presentes.

A mis amigos y familiares, quienes con su cariño sincero se enorgullecen y aplauden cada uno de mis logros.

A todos, ¡muchas gracias!

RESUMEN

Fundamentación: el desarrollo de la habilidad prevenir lepra es esencial en la formación de los residentes en Medicina Familiar para cumplir con su función profesional rectora: la atención médica integral.

Objetivo: proponer una metodología que contribuya al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en Medicina Familiar a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Diseño metodológico: la investigación parte del diagnóstico inicial y continuo; se adopta un enfoque mixto, secuencial explicativo, que comienza con un cuasiexperimento y, de forma secuencial, se reúnen los datos cualitativos mediante las entrevistas individuales, a grupos focales, la observación participante y la triangulación metodológica. Se emplean métodos del nivel teórico, empírico y de estadística.

Resultados: en la etapa inicial del cuasiexperimento, ambos grupos poseen un nivel bajo y muy bajo de desarrollo de la habilidad; en la etapa final, el grupo experimental asciende a niveles muy alto y alto, mientras que el grupo control mantiene niveles medio, bajo y muy bajo. La U de Mann-Whitney demuestra diferencias significativas entre los grupos después de implementar la metodología. En la fase cualitativa se obtienen valoraciones muy positivas sobre la metodología.

Conclusiones: la metodología se distingue porque integra los elementos inherentes a la prevención secundaria y operacionaliza la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico. Los expertos emiten una evaluación muy positiva sobre los aportes. La implementación de la metodología evidencia el cambio favorable en los residentes, manifiesto en su nivel de conocimientos, forma de proceder y vivencias afectivas. La valoración de los actuantes permite identificar: la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad como aspectos determinantes para lograr la transformación deseada.

Palabras clave: metodología, habilidades profesionales, habilidad prevenir lepra

ABSTRACT

Foundation: the development of the skill of preventing leprosy is essential in the training of Family Medicine residents to fulfill their guiding professional role: comprehensive medical care.

Objective: to propose a methodology that contributes to the development of the skill of preventing leprosy in Family Medicine residents by combining clinical and epidemiological methods.

Methodological design: the research begins with an initial and ongoing diagnosis. A mixed, sequential, explanatory approach is adopted, beginning with a quasi-experiment. Qualitative data are sequentially collected through individual interviews, focus groups, participant observation, and methodological triangulation. Theoretical, empirical, and statistical methods are employed.

Results: in the initial stage of the quasi-experiment, both groups have low and very low levels of skill development; in the final stage, the experimental group progresses to very high and high levels, while the control group maintains medium, low, and very low levels. The Mann-Whitney University (UW) study demonstrates significant differences between groups after implementing the methodology. In the qualitative phase, very positive assessments of the methodology were obtained.

Conclusions: the methodology is distinguished because it integrates the elements inherent to secondary prevention and operationalizes the skill based on the procedures of the clinical and epidemiological method. The experts give a very positive assessment of the contributions. The implementation of the methodology demonstrates a favorable change in the residents, manifested in their level of knowledge, approach, and emotional experiences. The assessment of the participants allows us to identify motivation, the integration of the elements inherent to secondary prevention, and the practice of the actions and operations of the skill as determining aspects for achieving the desired transformation.

Keywords: methodology, professional skills, skill to prevent leprosy

TABLA DE CONTENIDOS	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y LA HABILIDAD PREVENIR LEPROSA EN LOS RESIDENTES DE DICHA ESPECIALIDAD	11
1.1 El proceso de enseñanza-aprendizaje en el posgrado y la historicidad del desarrollo de las habilidades profesionales en la formación del especialista en Medicina Familiar en Cuba	11
1.1.1 El proceso de enseñanza-aprendizaje en el posgrado	11
1.1.2 Historicidad del desarrollo de habilidades profesionales en las diferentes versiones del programa de formación del especialista en Medicina Familiar	15
1.2 El proceso de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de las habilidades profesionales en los residentes de la especialidad en Medicina Familiar	19
1.2.1 Teorías de las habilidades profesionales	20
1.2.2 El proceso de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de las habilidades profesionales	24
1.3 Fundamentación de la habilidad prevenir lepra en los residentes en Medicina Familiar	28
1.3.1 Caracterización de la habilidad prevenir lepra	28
1.3.2 Operacionalización de la habilidad prevenir lepra y su fundamentación en el método clínico y epidemiológico	34
Conclusiones del capítulo 1	39
CAPITULO 2: LA HABILIDAD PREVENIR LEPROSA EN LOS RESIDENTES EN MEDICINA FAMILIAR. DIAGNÓSTICO DE SU ESTADO ACTUAL Y PROPUESTA DE LA METODOLOGÍA	40
2.1 Diagnóstico del estado actual de la habilidad prevenir lepra y operacionalización de la variable dependiente	40
2.1.1 Análisis de documentos rectores: plan de estudio y Programa de la Especialidad en Medicina Familiar. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Programa Nacional de Control de la Lepra	42
2.1.2 Análisis de los resultados de la encuesta, la observación no participante y la entrevista estructurada que se aplican a los residentes en Medicina Familiar	46
2.1.3 Análisis de los resultados de la entrevista a grupos focales y la observación participante	51
2.1.4 Principales potencialidades y problemáticas profesionales de los residentes en Medicina Familiar para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra	53
2.2 Metodología para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra	55
2.2.1 Fundamentación de la metodología	56

2.2.2 Aparato cognitivo en el que se sustenta la metodología	61
2.2.3 Aparato instrumental de la metodología	63
2.2.4 Recomendaciones para su implementación	69
Conclusiones del capítulo 2	70
CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA CIENTÍFICO-METODOLÓGICA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA AL DESARROLLO DE LA HABILIDAD PREVENIR LEPROSA EN LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	71
3.1. Aplicación del criterio de expertos para evaluar la pertinencia científico-metodológica de los aportes	71
3.1.1 Selección de los expertos y resultados derivados de la evaluación que realizan	71
3.1.2 Conclusiones derivadas de la aplicación del criterio de expertos	75
3.2 Evaluación de la contribución de la metodología propuesta	76
3.2.1 Desarrollo del cuasiexperimento y resultados en la etapa inicial y final	77
3.2.2 Resultados de los métodos cualitativos que se aplican después de la implementación de la metodología	92
Conclusiones del capítulo 3	98
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La lepra es una de las enfermedades más complejas por su baja prevalencia y su gran variabilidad clínica, ⁽¹⁾ lo que exige una preparación profesional rigurosa para su prevención y control. En este contexto, el mejoramiento de las habilidades para el ejercicio de la profesión adquiere una relevancia particular, cuyo desarrollo debe encontrarse previsto en el contenido del proceso de enseñanza-aprendizaje (PEA) y estar en correspondencia con los modos de actuación profesional. ⁽²⁾

La atención primaria de salud (APS), es la estrategia más eficiente para responder a las condiciones de salud del siglo XXI ⁽³⁾ y en Cuba se erige como eje articulador del Sistema Nacional de Salud. Este modelo se basa en la medicina familiar (MF) ⁽⁴⁾ y se desarrolla mediante el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (PMEF), ⁽⁵⁾ los retos que afronta le permite transformaciones para elevar la calidad de los servicios, dirigidas al fortalecimiento del método clínico, la formación de los recursos humanos con alta calidad y capacidad resolutive y la sistematización de la investigación e introducción de sus resultados en la práctica. ⁽⁶⁾

La voluntad política del Estado para elevar la calidad en la formación de los recursos humanos se expresa en los Lineamientos referidos a la Educación, en el VIII Congreso del PCC, ⁽⁷⁾ y persigue como objetivos elevar la calidad en el PEA, jerarquizar la superación permanente y consolidar el papel de la universidad en la formación y superación de profesionales competentes. En los Lineamientos referidos a la Salud se plantea elevar la calidad de los servicios, la satisfacción de la población y asegurar la continuidad, formación, desarrollo y estabilidad de sus recursos humanos.

Entre los documentos que respaldan las transformaciones de la Educación Médica, en virtud de elevar la calidad en la formación de los recursos humanos y contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud, ⁽⁸⁾ está el Reglamento de la Educación de Posgrado, Resolución 140/19, ⁽⁹⁾ que en su artículo 30 plantea “La formación académica dentro de la educación de posgrado tiene como objetivo una formación posgraduada con una alta competencia profesional y avanzadas capacidades para el desempeño profesional especializado”, y en su artículo 46 “La especialidad de posgrado tiene como finalidad la actualización,

profundización, perfeccionamiento o ampliación de la competencia laboral para el desarrollo profesional especializado”.

El Reglamento de Régimen de Residencia, Resolución 108/2004, ⁽¹⁰⁾ es otro de los documentos encaminados a elevar la calidad en la formación de los profesionales, cuyo objetivo final está dirigido a formar especialistas con alto nivel de desempeño, solidez de los principios ético-morales y elevada calificación científico-técnica.

La formación del especialista en MF en Cuba es un proceso complejo que se desarrolla en la atención primaria, donde el PEA, se desenvuelve en el escenario de una integración docente, asistencial e investigativa con importantes brechas, dependientes de los objetos y sujetos involucrados en los procesos citados, se reconoce a los residentes en MF como el principal eslabón en esta integración, para el logro de las transformaciones que se requieren en el sector Salud.⁽¹¹⁾

En el programa de formación del especialista en MF ⁽¹²⁾ la lepra se imparte en el curso de enfermedades dermatológicas en segundo año de la especialidad, este curso exige el desarrollo de habilidades profesionales que se describen durante el análisis documental, sin embargo no se incluye el examen dermatoneurológico dentro del contenido, elemento que proporciona la base para la prevención de la enfermedad.

La lepra a pesar de ser una enfermedad muy antigua, aún es considerada mutilante, repulsiva, estigmatizante e incurable. ⁽¹³⁾ Sin embargo, si se diagnostica de forma precoz y se trata oportunamente, su curación es posible, de lo contrario, puede causar deformidades con graves consecuencias físicas y psicosociales. ^(13,14)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa anualmente alrededor de 200 000 nuevos casos de lepra en el mundo.⁽¹⁵⁾ La mayor prevalencia está en regiones de Asia y Las Américas.⁽¹⁶⁾ Brasil es el país más afectado en el continente americano, otros como Argentina, Bolivia, Cuba, Estados Unidos y México, reportan más de 100 casos nuevos al año cada uno, pero se estima que los casos ocultos supera la tasa reportada.⁽¹⁶⁾ En Cuba, se notifican nuevos casos en todas las provincias del país anualmente, con mayor afectación en Granma,⁽¹⁷⁾ Santiago de Cuba, Ciego de Ávila y La Habana.^(14,18,19)

El Anuario Estadístico de Salud del 2024,⁽¹⁹⁾ informó 123 casos nuevos con diagnóstico de lepra, de los cuales 111 son multibacilares, comparado con años anteriores existe una disminución de los casos, datos que apuntan hacia un infradiagnóstico, si se considera el predominio de las formas multibacilares que son las de mayor contagio.

En Ciego de Ávila, la totalidad de los casos diagnosticados en el 2023 fueron multibacilares y la tasa de prevalencia fue de 0,3 por 10 000 habitantes, con un aumento respecto a años anteriores que la ubica entre las provincias más afectadas.⁽¹⁹⁾ La notificación en el municipio Chambas, según el departamento de estadística, desde el 2010 a la fecha es de 21 casos, de ellos cuatro están en fase de tratamiento y observación, lo que indica la necesidad de incrementar la pesquisa y el control de la enfermedad.

La obra de investigadores estudiosos del tema, ⁽²⁰⁻²³⁾ así como los programas de control de la lepra de varios países, analizados con más detalle en el primer capítulo, coinciden en que el control de la enfermedad se fundamenta en la prevención secundaria dirigida hacia el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, el manejo adecuado de las reacciones leprosas y el control de foco, lo que depende en gran medida de la habilidad y la destreza del médico del nivel primario. Sin embargo en el PEA estos contenidos no se conciben de forma integrada para desarrollar la habilidad prevenir lepra.

El Programa Nacional de Control de Lepra (PNCL) ⁽²⁴⁾ en Cuba, establece que el diagnóstico precoz es la única vía para erradicar la enfermedad y es el especialista en MF el principal responsable del enfermo de lepra y los contactos que existen en la comunidad que atiende.⁽²⁵⁾ El predominio de la forma de detección espontánea, se identifica como un hecho que demuestra falta de sistematicidad en la búsqueda activa de los casos de lepra. ^(26,27)

Las limitaciones para el diagnóstico presuntivo de la lepra y la escasa cantidad de horas lectivas que se le dedica en el currículo de pregrado y posgrado se revela como base de esta falta de sospecha clínica de los médicos, en investigaciones nacionales^(22, 25) e internacionales. ⁽²⁸⁻³¹⁾ Autores, como Tellez et al.,⁽³²⁻³⁴⁾ y Blanco et al.,⁽³⁵⁾ lo relacionan con limitadas habilidades clínicas para realizar correctamente el examen dermatoneurológico.

Serna ⁽³⁶⁾ en su investigación propone un modelo de integración de la historia natural de la lepra con los niveles de prevención de Leavell y Clark, con el propósito de facilitar el estudio de la enfermedad y la programación de la atención médica, desde un enfoque epidemiológico y no para el desarrollo de habilidades clínicas en los estudiantes.

Investigadores como Tellez et al.⁽²³⁾ y Figueroa,⁽³⁷⁾ dirigen sus obras al diseño de un software educativo y un sistema de procedimientos didácticos respectivamente, con el objetivo de mejorar la enseñanza del examen dermatoneurológico, muy útil para identificar el caso sospechoso de lepra, pero no integran el resto de los elementos inherentes a la prevención secundaria.

El argentino Luis et al.,⁽³⁸⁾ propone una guía didáctica dirigida al pregrado para la asignatura enfermedades infecciosas, contiene un prólogo, presentación, objetivos generales, competencias, programa, bibliografía, métodos y evaluación, sin embargo a pesar de incluir la lepra y representar un aporte orientador para el accionar del colectivo de profesores, trata el contenido de forma muy general.

En el posgrado se destaca la estrategia educativa de la Doctora Hurtado,⁽³⁹⁾ para mejorar el desempeño profesional de los médicos de la familia en la detección temprana de la lepra, su estudio se dirige hacia la adquisición de conocimientos teóricos y no hacia la definición de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Sin desestimar los aportes de los autores citados y al realizar un análisis crítico a sus obras, la autora considera que aun existen limitaciones metodológicas que deben ser atendidas desde el programa de formación del especialista en MF, es necesario integrar los elementos inherentes a la prevención secundaria y definir las acciones y operaciones a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico para desarrollar la habilidad prevenir lepra. ⁽⁴⁰⁾

El análisis anterior, en conjunción con la experiencia de la autora por más de 15 años en la atención al paciente con lepra y 19 años en la docencia, así como un estudio exploratorio que se realiza, ⁽⁴¹⁾ con el objetivo de evaluar la formación y desarrollo de las habilidades clínicas en la prevención de la lepra, permiten identificar insuficiencias en el manejo de la lepra en la comunidad:

1. Dificultades para identificar el caso sospechoso de lepra: al realizar el examen físico dermatoneurológico y explorar los nervios periféricos.
2. Limitado conocimiento de las acciones de control de foco: al definir los contactos y la población de riesgo, así como en el seguimiento de los mismos.
3. Imprecisiones para el manejo de las reacciones leprosas: al identificar las manifestaciones clínicas y orientar a los pacientes.
4. Inseguridad para indicar las medidas de rehabilitación.

Se identifican como posibles causas de las insuficiencias:

1. El examen físico dermatoneurológico no se incluye dentro del contenido a impartir en el programa de la especialidad en MF y la vinculación teórico-práctica para desarrollar la habilidad prevenir lepra es insuficiente.
2. Reproducción de contenidos en el posgrado, incorporados desde el pregrado, sin diferenciación en el nivel de profundidad entre ambos niveles de formación.
3. Carencia de un procedimiento metodológico que integre las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, con los elementos de la prevención secundaria.

El estudio permite afirmar que existe un vacío teórico que radica en la carencia de una metodología centrada en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, que además caracterice la habilidad y defina las acciones y operaciones para desarrollarla, a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Se reconoce como debilidad que en el claustro de profesores del municipio Chambas predomina la categoría de instructor con limitada experiencia en la docencia, lo que enfatiza la necesidad de una metodología adecuada para el desarrollo de las habilidades profesionales en los residentes.⁽⁴²⁾

Las manifestaciones causales y las carencias teóricas planteadas conducen a la necesidad de profundizar en el proceso de especialización en MF. Al realizar el análisis, se revela la contradicción existente entre la necesidad de formar un especialista en MF con un alto nivel de especialización para la prevención de enfermedades, apoyado en la combinación del método clínico y el método epidemiológico y la carencia de una metodología adecuada para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria.

De lo cual se deriva el siguiente Problema Científico ¿Cómo contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF.?

Objeto de estudio: el PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF. Campo de acción: la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF.

Se plantea como objetivo de la investigación: proponer una metodología que contribuya al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Para cumplir el objetivo propuesto, la investigación se orienta mediante las siguientes preguntas científicas:

1. ¿Qué fundamentos teóricos-metodológicos sustentan el PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF y la habilidad prevenir lepra en los residentes de dicha especialidad?
2. ¿Cuál es el estado actual en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF?
3. ¿Cómo valoran los residentes los aspectos relacionados con la habilidad prevenir lepra y su situación actual?
4. ¿Qué características debe tener una metodología para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF?
5. ¿Cómo evalúan los expertos la pertinencia científico- metodológica de la metodología propuesta?
6. ¿En qué medida la metodología que se propone, contribuye al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF?
7. ¿Cómo valoran los residentes la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra?

Para responder a estas interrogantes, se desarrollaron las tareas de investigación que a continuación se relacionan:

1. Fundamentación teórico-metodológica del PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF y la habilidad prevenir lepra en los residentes de dicha especialidad.

2. Diagnóstico del estado actual en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF.
3. Valoración de los residentes sobre los aspectos relacionados con la habilidad prevenir lepra y su situación actual.
4. Elaboración de una metodología para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF.
5. Evaluación mediante el criterio de expertos de la pertinencia científico-metodológica de la metodología propuesta.
6. Evaluación de la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF.
7. Valoración de los residentes sobre la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

La investigación se desarrolla mediante una metodología con un enfoque mixto, secuencial explicativo según Creswell JW ⁽⁴³⁾ se inicia con el enfoque cuantitativo con una estrategia experimental, en su variante cuasiexperimento con preprueba y posprueba y grupos intactos y de forma secuencial se reúnen los datos cualitativos para analizarlos, integrarlos y obtener metainferencias, que proporcionan una visión más amplia; así como una mejor comprensión y explicación más holística del cómo y por qué la metodología contribuye al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Para la fase cuantitativa del estudio se trabaja con la población, constituida por 36 residentes en MF del municipio Chambas, distribuidos en dos grupos previamente conformados; el grupo experimental y el control, ambos integrados por 18 residentes cada uno, con características similares.

En la fase cualitativa se trabaja con una muestra útil dentro de la misma población, constituida por 18 actantes, seleccionados intencionalmente por ser los que laboran en los consultorios del Policlínico Docente Julio Castillo, se realizan entrevistas individuales, focales y observación participante en el diagnóstico y después de implementar la metodología, para profundizar sobre el fenómeno que se estudia y comprender cómo y por qué la metodología contribuye al desarrollo de la habilidad. La investigación se realiza en el período comprendido desde el 1.º de junio del 2023 hasta el 1.º mayo del 2025. Variable dependiente: desarrollo de la habilidad prevenir lepra, cuya definición operacional se declara en el primer capítulo.

Métodos y técnicas: la investigación se basa en el enfoque dialéctico materialista, el cual permite utilizar diferentes métodos y las técnicas para profundizar en el objeto de estudio desde una posición científica.

Métodos del nivel racional teórico:

Histórico-lógico: para determinar la evolución del PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF.

Analítico-sintético: permite fundamentar la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, determinar el contenido y las habilidades profesionales desde una nueva visión didáctica, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la combinación del método clínico y epidemiológico, así como su sistematización en las distintas etapas de investigación.

Inductivo-deductivo: facilita el procesamiento de la información y la valoración, el establecimiento de inferencias y generalizaciones del estado actual en que se expresa la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF y su posible transformación durante la investigación.

Sistematización: permite seleccionar fuentes de indagación, recopilar información, ordenarla, analizarla, e identificar las regularidades presentes en la obra de los investigadores, que de conjunto con las experiencias de la autora y a través de una interpretación crítica, posibilitan ofrecer la caracterización de la habilidad prevenir lepra.

Sistémico-estructural-funcional: permite analizar y arribar a las potencialidades y problemáticas profesionales durante el diagnóstico, sustentar y conformar la metodología, integrar jerárquicamente sus componentes, así como establecer los procedimientos que permiten su concreción en la práctica.

Métodos del nivel empírico:

Análisis documental: para valorar el sistema de contenidos y habilidades profesionales en el curso de enfermedades dermatológicas, en el plan de estudio de la especialidad en MF y su correspondencia con las exigencias del PMEF y el PNCL. Analizar los cursos afines que desde el primer año de la especialidad permiten la introducción de la metodología que se propone. Además, para identificar la actividad de prevención y control de la Lepra mediante el análisis de la hoja de actividades de MF, historia de salud familiar e historia clínica individual.

Encuesta: a los residentes de la especialidad en MF, para determinar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra, antes y después de la implementación de la metodología, según Hernández y Mendosa. ⁽⁴⁴⁾

Observación no participante: para corroborar el problema de investigación y caracterizar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF antes y después de la implementación de la metodología propuesta. Se asume a de la Cuesta. ⁽⁴⁵⁾

Observación participante: para valorar aspectos relacionados con el estado actual de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF y en la valoración de la metodología propuesta. Se asume a de la Cuesta. ⁽⁴⁵⁾

Entrevistas a grupos focales para valorar aspectos relacionados con el estado actual de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF y valorar la contribución de la metodología. Se asume a de la Cuesta. ⁽⁴⁵⁾

Entrevista individual no estructurada: para valorar la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad. Se asume a de la Cuesta. ⁽⁴⁵⁾

Entrevista estructurada: para la autoevaluación del estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra, antes y después de la implementación de la metodología, se utiliza la escala de Likert, según Hernández y Mendosa. ⁽⁴⁴⁾

Triangulación metodológica: para contrastar los resultados de la encuesta, las entrevistas, así como la observación participante y no participante, establecer regularidades en la evaluación del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en la etapa de diagnóstico y para contrastar los resultados obtenidos después de la implementación de la metodología, entre ambos enfoques, lo que ofrece rigurosidad al resultado que se obtiene. Se asume a de la Cuesta. ⁽⁴⁵⁾

Criterio de expertos: a través de la variante Delphi, para evaluar la pertinencia de las dimensiones e indicadores de la variable dependiente y de la metodología; así como valorar el aporte teórico. Se asume a Crespo. ⁽⁴⁶⁾

Método experimental: a partir de un cuasiexperimento, con dos grupos y dos mediciones. Se asume a Hernández y Mendosa. ⁽⁴⁴⁾

Métodos del nivel estadístico:

De estadística descriptiva: se utilizan frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) y medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar). De estadística inferencial: para evaluar la confiabilidad de los instrumentos se determinan las medidas de consistencia interna mediante

el coeficiente alfa de Cronbach; el coeficiente de Kendall para la coincidencia de expertos y; para la comparación de los grupos del cuasiexperimento, se aplica la U de Mann-Whitney.

La contribución a la teoría de la presente investigación radica en la caracterización de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y su operacionalización al utilizar los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

La contribución práctica consiste en una metodología para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, así como la operacionalización de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, y que tiene en cuenta los componentes del PEA contextualizados en el posgrado.

La novedad científica se expresa en concebir el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF a partir de la integración entre el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, el reconocimiento de las reacciones leprosas y las acciones de control de foco, como elementos inherentes a la prevención secundaria y al tener en cuenta los componentes del PEA en el posgrado en el contexto de los residentes en MF.

La tesis presenta una introducción, tres capítulos, conclusiones y recomendaciones. El primer capítulo consta de tres epígrafes y presenta los fundamentos teóricos que sustentan el PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF y la habilidad prevenir lepra. En el segundo capítulo se expone la información resultante del diagnóstico del estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas; se fundamenta y se elabora la metodología que se propone. En el tercer capítulo se evalúa la pertinencia de la metodología, mediante el criterio de expertos y su contribución al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, desde ambos enfoques. Se incluyen la bibliografía y un cuerpo de anexos para enriquecer la información.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y LA HABILIDAD PREVENIR LEPROSA EN LOS RESIDENTES DE DICHA ESPECIALIDAD

En el primer capítulo de la investigación se presentan los fundamentos teóricos-metodológicos del PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales en los residentes de la especialidad en MF, se transita por las diferentes versiones del programa de la especialidad y las teorías que sustentan el desarrollo de las habilidades profesionales; se caracteriza y operacionaliza la habilidad prevenir lepra y se fundamenta su desarrollo.

1.1 El proceso de enseñanza-aprendizaje en el posgrado y la historicidad del desarrollo de las habilidades profesionales en la formación del especialista en Medicina Familiar en Cuba

Para fundamentar el desarrollo de las habilidades profesionales en la especialidad en MF en Cuba, es necesario referirse al PEA en el posgrado y analizar la historicidad desde una de sus modalidades donde se concibe el proceso de formación del especialista en MF.

1.1.1 El proceso de enseñanza-aprendizaje en el posgrado

El PEA en el posgrado tiene la intención de enaltecer la calificación de los profesionales, además de actualizar y profundizar sus conocimientos a partir de los avances de la ciencia y la tecnología, en un determinado contexto social. La universidad contemporánea reconsidera los propósitos, el carácter y los efectos de la educación posgraduada; los debates atienden las alternativas para la innovación e iniciativas, que permita promover la formación continua y para toda la vida de sus egresados. ⁽⁴⁷⁾ De la actualización en los contenidos y habilidades de los profesionales depende en gran medida su desempeño. ⁽⁴⁸⁾

Según Bernaza et al. ⁽⁴⁷⁾ es responsabilidad del colectivo pedagógico poner en marcha vías que amplíen las potencialidades de los profesionales universitarios y satisfagan sus intereses y los de la sociedad. Señala que la educación de

posgrado se expande en los sistemas universitarios a nivel internacional por las ventajas que exhibe, y por los adelantos que la ciencia y la tecnología imponen a la sociedad moderna. ⁽⁴⁹⁾

Se concibe entonces el posgrado como un proceso de construcción y reconstrucción social del conocimiento, donde se transforma no solo el objeto de aprendizaje y su entorno, sino también los sujetos que en él participan. Para los profesionales de la salud el posgrado abarca el PEA con un carácter sistémico, sistemático e interactivo que está dirigido al fortalecimiento de los conocimientos y habilidades, ^(47,50) la investigación, la innovación, la especialización, la administración y otros procesos vinculados con la actividad laboral y con el desarrollo de la ciencia y la tecnología en materia de salud. ⁽⁴⁷⁾

Para su puesta en práctica se estructura en dos modalidades con direcciones diferentes pero complementarias: ⁽⁵¹⁾ la superación profesional y la formación académica, de esta última se derivan varias formas organizativas entre ellas: la maestría, la especialidad y el doctorado. Las especialidades de posgrado proporcionan a los graduados la profundización o ampliación de sus conocimientos en áreas particulares de profesiones de perfil amplio. ⁽⁹⁾

Uno de los retos que enfrentan las universidades de Ciencias Médicas y la Educación Médica es formar y desarrollar habilidades y competencias en los futuros profesionales y especialistas de la salud. Proceso formativo que para los residentes en MF se lleva a cabo mediante la APS, estrategia que desempeña un papel decisivo en el perfeccionamiento, actualización y educación permanente de los profesionales que laboran en este nivel de atención con el fin de enfrentar y resolver los problemas de salud de las comunidades y lograr una mayor calidad de vida de la población. ⁽⁵²⁾

La presente investigación dirige su mirada a las posibilidades que brinda esta modalidad para el desarrollo de las habilidades profesionales, por los residentes en MF, se reconoce que el PEA en el posgrado tiene como resultado la adquisición de la experiencia histórico-social, la apropiación de conocimientos, prácticas, habilidades, procedimientos, algoritmos y estrategias de estudio ineludibles para enfrentar y dar solución a las tareas. Para lograrlo se apoya en instrumentos y medios que le permiten conducir los procesos de crecimiento personal y profesional.

En este sentido, por PEA de posgrado se asume el concepto que ofrecen Bernaza et al., ⁽⁵³⁾ al distinguirlo como un: “Proceso legítimo a este nivel educacional, sin embargo, el mismo se caracteriza por estar integrado a esos procesos distintivos e inter y transdisciplinarios que abarca el posgrado, en específico a esos procesos de alto grado de autonomía y creatividad, como la investigación, la innovación, la creación artística, la profesionalización especializada, la administración y otros”.

La autora considera necesario puntualizar aspectos sobre la didáctica cuyo objeto de estudio es el PEA a través de sus leyes, principios y categorías. Se distinguen varios tipos de didáctica, la general, la diferencial o diferenciada y la especial o específica que valora la enseñanza de cada disciplina en particular, por lo que, para impartir contenidos distintos, establece principios de abordaje diferentes en métodos y dinámicas de enseñanza. ⁽⁵⁴⁾

La didáctica especial en las ciencias de la salud, requiere de un desempeño científico, mediante la aplicación de los métodos propios de la profesión como, el método clínico, el epidemiológico y el social, dirigido al tratamiento de los problemas del paciente y las colectividades en interacción con el ambiente y el entorno social, entre otros específicos de la especialidad. ⁽⁵⁴⁾

En la presente investigación se reconoce que la didáctica del posgrado no tiene como único fin crear un único método para enseñar, sino que debe estimular el fortalecimiento de distintas propuestas que sean eficaces y generen un cambio en el PEA, atemperados a las condiciones donde este acontece y los escenarios reales donde ocurre la función de atención médica.

Como fundamentos didácticos generales se consideran los estudios para el PEA en el posgrado, defendidos por Bernaza y un colectivo de pedagogos. ⁽⁴⁷⁾

Entre sus componentes se distinguen los personales: el estudiante, el grupo, el profesor, que le otorgan al proceso un carácter interactivo y comunicativo, y los personalizados que incluye: los objetivos, como componente rector del PEA; se caracterizan por estar alineados con el contexto y las necesidades de los profesionales; son específicos, medibles, relevantes y alcanzables para los estudiantes, responden a metas concretas y a las capacidades que se pretenden desarrollar, de manera que permiten establecer instrumentos y procedimientos para su evaluación.

El contenido asume la actualización científica y la cultura general integral requeridas para la formación del profesional, y propicia la creación de nuevos conocimientos. En su estructura se identifican los conocimientos, las habilidades y los valores. ⁽⁵⁵⁾ El contenido, junto a los diferentes tipos de tareas que se pongan en práctica, debe representar el estímulo central para el trabajo que se realiza durante el curso o módulo.

Para elevar la calidad del PEA en la educación de posgrado es fundamental lograr la integración del sistema de contenido, manifiesta en el aprendizaje de contenidos precedentes y consecuentes como una unidad dialéctica. Los conocimientos precedentes son la base para adquirir nuevos conocimientos y habilidades de mayor complejidad, por su parte los conocimientos consecuentes reflejan la apropiación del contenido, como resultado de la integración lógica, sistémica y coherente de conocimientos precedentes y presentes que preparan al profesional para alcanzar un nivel superior en su desarrollo. ⁽⁵¹⁾

Es importante destacar que la integración de contenidos está rectorado por la didáctica donde se produce una interrelación sistémica entre sus componentes, y al mismo tiempo está condicionada por la motivación, que posibilita la preparación psicológica del educando para enfrentar el PEA con un elevado nivel de disposición para la apropiación del contenido; la comprensión que permite constatar la apropiación de ese contenido; la sistematización se expresa en el nivel de aplicación y generalización ante nuevas situaciones profesionales y la creación como expresión superior de la sistematización que permite consolidar la integración del contenido. ⁽⁴⁹⁾

Otros autores ⁽⁵⁶⁾ refieren que en el PEA de la educación superior se logra la integración cuando existe una estrecha relación entre lo que se enseña y lo que necesita el estudiante para su desempeño profesional, además cuando se garantiza el vínculo de la teoría con la práctica. En este sentido, la integración en el PEA promueve la motivación por el estudio, la apropiación de sólidos contenidos y una visión más amplia al abordar los problemas de salud, lo cual facilita el PEA y repercute favorablemente en el desempeño profesional.

Los métodos y los medios son componentes no personales, que expresan el cómo y con qué se aprende y se enseña; los métodos son el conjunto de procedimientos y técnicas que se utilizan para la enseñanza del contenido y el

logro de los objetivos trazados, la autora asume los propuestos por Labarrere y Valdivia,⁽⁵⁷⁾ entre ellos los de enseñanza problémica y el trabajo independiente, el método problémico garantiza que el estudiante participe activamente en la construcción de su propio conocimiento.⁽⁵⁸⁾ Por su parte, los medios estimulan el pensamiento de los estudiantes y garantizan una mayor objetividad a la enseñanza.⁽⁵⁹⁾

La educación en el trabajo constituye la forma organizativa del trabajo docente principal en la Educación Médica Superior, sus objetivos se alcanzan mediante la aplicación del método clínico y epidemiológico, ambos pueden integrarse como unidad dialéctica en la atención médica y considerarse como métodos activos y problémicos (exposición problémica, búsqueda parcial, conversación heurística e investigación) que, aplicados al PEA, estimulan el interés de los residentes y se concretan en un aprendizaje significativo y desarrollador en estrecha vinculación con el trabajo profesional.⁽⁶⁰⁾

Para conocer el progreso y el logro de los objetivos por parte de los estudiantes se realiza la evaluación,⁽⁵⁵⁾ en la presente investigación la autora prioriza la autoevaluación de los residentes y la evaluación grupal; el proceso se concibe como un componente de crecimiento para los profesionales al reconocer las equivocaciones y las fortalezas en beneficio del aprendizaje.

El estudio de los referentes teóricos generales del PEA en el posgrado, permite una aproximación científica al desarrollo de las habilidades profesionales como una dimensión del contenido. No obstante, es necesario considerar la historicidad del objeto de estudio al transitar por las diferentes versiones del programa de formación de los residentes en MF.

1.1.2 Historicidad del desarrollo de habilidades profesionales en las diferentes versiones del programa de formación del especialista en Medicina Familiar

Después del triunfo de la Revolución cubana, como resultado del desarrollo científico-técnico y social en materia de salud, surge el sistema de formación de especialistas en Cuba.⁽⁶¹⁾ La revisión documental realizada por la autora sobre la formación de los recursos humanos en salud y en particular la APS, le permitió apreciar que la MF tiene sus orígenes en la medicina general, la que

surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX.
(61-63)

En el ámbito internacional los programas de posgrado en MF o Comunitaria comienzan a desarrollarse en países como Gran Bretaña, España, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica a finales de la década de 1960 con más de 400 programas de residencia, con la intención de brindar servicios de salud con un enfoque integral al individuo como ser biopsicosocial, la familia y la comunidad. (64)

En Cuba, como iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, comienza la MF en el año 1984, con el PMEF, (5) dirigido a aplicar de forma integral las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que propicia el surgimiento de una nueva especialidad, Medicina General Integral, que actúa como efectora de la APS, compuesta por un cuerpo de conocimientos propios, basados en el método clínico, el epidemiológico y el social, con integración de las ciencias biológicas, clínicas, de la conducta y de la sociedad. (65,66)

Este especialista debe cumplir procesos integrales de atención a la salud desde un perfil amplio con un enfoque social y humanista de la medicina, que lo convierte en “Guardián de la Salud” de su comunidad. De la adquisición, renovación o profundización de los conocimientos y habilidades profesionales en correspondencia con el desarrollo científico tecnológico en las ciencias médicas, así como de los valores éticos de este profesional, depende el cumplimiento de su encargo social. (67,68)

El perfil profesional del especialista en MF en Cuba está dirigido a la APS y su principal escenario de formación está en la educación en el trabajo referida a la formación del educando a partir de la práctica en salud, asociada a otras formas de estudio que profundicen los conocimientos, desarrollen habilidades, valores y conductas profesionales adquiridos de la práctica médica. Es la dimensión académica de los principios de estudio-trabajo y de la vinculación teoría-práctica, cuyo escenario es el servicio de salud y la comunidad. (68)

Mediante el método histórico lógico y la revisión de los documentos que sustentan la formación del especialista en MF en Cuba, la autora pudo establecer la cronología en la que se desarrolla el mismo. Desde 1985, que comienza la especialidad en MF, el programa de formación se modifica en cinco ocasiones, en los años 1990, 2000, 2004, 2018 y 2024. Cada uno de

ellos ha tenido elementos significativos en relación con el desarrollo de habilidades profesionales que a continuación se describen.

El primer programa formativo (1985), ⁽⁶⁹⁾ con una duración de tres años, incluye en su plan temático la denominación del tema y un listado de procederes, con predominio de conferencias y seminarios; el contenido se centra en la atención al individuo, carece de enfoque integral y contiene numerosos cursos complementarios. El desarrollo de las habilidades profesionales se orienta al proceso de salud-enfermedad, la promoción de salud y la prevención de enfermedades; prevalece la solución de problemas higiénico-epidemiológicos, la atención ambulatoria y la dispensarización. ^(70,71)

El análisis realizado al programa, ⁽⁶⁹⁾ le permite a la autora coincidir con lo señalado por otros autores ^(63,70,71) al reconocer como debilidad el no establecer los procedimientos para los profesores desarrollar cualidades en los médicos y carencia de integración de los ámbitos individuales, familiares y sociales al abordar los problemas de salud.

Con la segunda versión del programa ⁽⁷²⁾ en 1990, se inicia el sistema modular; cada módulo contiene objetivos, habilidades y conocimientos con un enfoque integral y multidisciplinario; se eliminan los cursos complementarios y se determinan dos perfiles: político-ideológico y profesional, con la introducción de la relación de obligaciones funcionales. Comienza la atención tutelar y la formación en centros escolares y laborales.

Otra de las modificaciones se manifiesta en la declaración de los principios científicos-pedagógicos como reguladores del PEA, se incorporan la discusión de problemas de salud, el intercambio semanal y el taller como formas organizativas, se enfatiza en el uso de los métodos productivos de enseñanza, la solución de problemas clínicos, el estudio individual, así como los que son propios de la educación en el trabajo. Con un enfoque sistémico para el desarrollo de habilidades profesionales. ^(63,73)

La tercera versión del programa se edita en el período 1999-2000, mantiene el sistema modular con sus objetivos y se elimina el sistema de habilidades. El contenido integra todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad. Se introducen los módulos de: metodología de la investigación, medicina natural y tradicional, y urgencias

médicas. Se elimina el perfil profesional, la actividad de intercambio semanal y la formación en centros de la comunidad. ^(63,71)

En el año 2004 se implementa la cuarta versión del programa, ⁽⁷⁴⁾ con una reducción del tiempo de formación a dos años, se mantiene la estructura modular y los principios de la estrategia docente. En este modelo se incorpora nuevamente el perfil profesional y las funciones especiales. Se incorporan los módulos de: nutrición y adulto mayor y dos cursos: genética médica y electrocardiografía que se desarrollan de forma paralela al resto de las actividades académicas previstas. ^(63,71)

La autora coincide con Ramos R, ⁽⁶¹⁾ al plantear que dicho especialista debe poseer la capacidad de combinar conocimientos y habilidades, para el ejercicio de una medicina preventiva, transformadora y desarrolladora; así como la capacidad de gestión de la atención médica integral, enfocada en la promoción y la prevención en salud, con integración de acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, para lograr transformar el estado de salud de la población según las demandas sociales existentes.

El programa formativo del 2018, ⁽⁷⁵⁾ se diseña en tres años de residencia y contempla durante su desarrollo: estancias y cursos, se definen siete áreas con objetivos generales y por años, además de competencias y habilidades profesionales, con un incremento en las horas de estancias hospitalarias, lo que favorece el desarrollo de las habilidades profesionales vinculadas con la atención a enfermedades que no se manejan con frecuencia en el nivel primario de atención. ⁽⁷⁶⁾

En el 2024 se rediseña el programa ⁽¹²⁾ y se decide el cambio de nombre de la especialidad de Medicina General Integral a MF. El modelo del especialista se estructura en dos partes que forman un integratum, el aspecto ético-humanista y el perfil profesional. Su fundamento se basa en los postulados pedagógicos del enfoque histórico-cultural, que le confiere carácter orientador al objetivo de enseñanza, para a partir de ahí estructurar y desarrollar el resto de las categorías didácticas; el residente es sujeto de su propio aprendizaje bajo la guía del tutor como orientador del aprendizaje.

La atención médica integral constituye la función profesional rectora y el eje del PEA, que involucra el conjunto de servicios y recursos que intervienen en la promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

El objetivo principal del PEA es lograr la adquisición, el desarrollo o la reorganización de los conocimientos, habilidades, convicciones, actitudes y otros rasgos de la personalidad en los residentes en correspondencia con los modos de actuación profesional. ⁽⁷⁶⁾

El análisis que se realiza le permite a la autora, identificar los rasgos comunes que han prevalecido en las diferentes versiones del programa:

1. El desarrollo de habilidades profesionales se orienta hacia el modo de actuación profesional del especialista en MF.
2. La educación en el trabajo se muestra como principio rector de la Educación Médica, lo que promueve la adquisición activa de conocimientos y habilidades profesionales por parte de los residentes.
3. Todos los programas se fundamentan en el enfoque preventivo e integral a la salud.
4. Los modelos pedagógicos de aprendizaje se basan en habilidades profesionales y competencias, estas últimas se declaran a partir del 2018.
5. Las actividades se desarrollan en su mayoría en la APS, con periodos de rotación hospitalaria y un claustro docente mixto.

1.2 El proceso de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de las habilidades profesionales en los residentes de la especialidad en Medicina Familiar

Para abordar el PEA en el desarrollo de las habilidades profesionales, se considera necesario aclarar y definir una serie de términos. Desde su origen el vocablo habilidad proviene del latín habilis, que al comienzo significó “aquello que se puede tener” y se utilizó en la designación de varias especies del género Homo: Homo habilis, el hombre “hábil” que aprendió a usar instrumentos de piedra para facilitar su vida. De esta forma, se le llama hábil a las personas que tienen destreza para desempeñarse en determinada área, ya sea física, mental o social. ⁽⁷⁷⁾

Existen múltiples definiciones de habilidad en la literatura científica, en dependencia de la interpretación realizada por cada pedagogo o psicólogo que ha estudiado el tema, que tienen puntos coincidentes con lo referido por Petrovsky, ⁽⁷⁸⁾ al definir la habilidad como: el "dominio de un complejo sistema

de acciones psíquicas y prácticas necesarias para una regulación racional de la actividad, con ayuda de los conocimientos y hábitos que la persona posee”.

1.2.1 Teorías de las habilidades profesionales

Para comprender la dinámica del proceso de desarrollo de la habilidad, se hace necesario precisar conceptos psicológicos como actividad, acciones y operaciones desde la Teoría de la actividad y su relación con la comunicación.⁽⁷⁹⁾ Para Leontiev A, ⁽⁸⁰⁾ “la actividad humana no existe de otro modo que en forma de acción o cadena de acciones” y precisa de las operaciones correspondientes para la ejecución de la actividad, así como de la comunicación. A través de la actividad, los seres humanos ejercen una acción transformadora de la naturaleza y de sí mismos para satisfacer sus propias necesidades.

Señala además, que toda actividad tiene un motivo para alcanzar determinado objetivo; “la acción constituye el proceso que se subordina a la representación de aquel resultado que habrá de ser alcanzado” (objetivo), mientras que “la operación se define como las formas de realización de la acción”. ⁽⁸⁰⁾ En esta relación los motivos son las necesidades, deseos, metas, que dirigen la conducta de un individuo hacia la consecución de un objetivo que representa el resultado deseado, los cuales guían la planificación de las actividades a través de una secuencia de acciones concretas, organizadas, que se ejecutan para llevar a cabo las operaciones específicas para el alcance del objetivo.⁽⁸¹⁾

Lo anterior se manifiesta al analizar la “categoría vivencia”, ⁽⁸²⁾ de la concepción teórica de Vygotski; donde se reconoce que a través de la actividad y la comunicación se forman, desarrollan y manifiestan las habilidades como resultado de las condiciones psicológicas creadas para el aprendizaje. De esta forma, la actividad se condiciona por los motivos del sujeto; las acciones, por los objetivos que se proponen y las operaciones, por las condiciones.

Pupo, ⁽⁸³⁾ al definir la actividad plantea que es síntesis de lo ideal y lo material del hombre, “cuya expresión concreta se realiza en la dinámica y movimiento de la actividad cognoscitiva, valorativa y práctica, a partir del condicionamiento material-objetivo que le sirve de fundamento y premisa”. En este proceso de la actividad, la práctica es lo esencial y está estrechamente ligada al conocimiento

y al valor. Filosóficamente, habilidad, es la categoría que identifica la función del sujeto en el proceso de interacción con el objeto.

La autora considera oportuno puntualizar que en la Educación Médica la actividad se reconoce como la acción transformadora de la realidad. Es a partir de la educación en el trabajo, mediante la integración teórico-práctica, que se “construyen” el sistema de valores, los conocimientos y las habilidades profesionales, a través de la atención médica al individuo, la familia y la comunidad, bajo la tutela de los docentes y el grupo básico de trabajo.

La relación entre la actividad y la habilidad se manifiesta a través de las acciones y operaciones que se ejecutan y que están determinadas por el objetivo de la actividad. Su relevancia radica en la orientación y proyección del aprendizaje de los alumnos. Para desarrollar una habilidad específica se ejecutan determinadas acciones, que se denominan invariantes funcionales y son esenciales para que se logre la habilidad. ⁽⁸⁴⁾

El estudio de la formación y desarrollo de las habilidades y la relación entre actividad cognoscitiva, valorativa y práctica se aborda desde la didáctica, por numerosos autores ⁽⁸⁵⁻⁹²⁾ quienes asumen que las habilidades son componente esencial del contenido del PEA.

En Cuba, marcó época la concepción didáctica de Álvarez de Zayas ⁽⁸⁶⁾ acerca de habilidad, y la define como: “La dimensión del contenido que muestra el comportamiento del hombre en una rama del saber propio de la cultura de la humanidad; es el sistema de acciones y operaciones que domina el sujeto y responde a un objetivo”. Para este autor la habilidad se relaciona con el modo de actuación desde el punto de vista didáctico y con un sistema de acciones y operaciones a dominar por el sujeto que responden a un objetivo, desde el psicológico.

Para Talizina ⁽⁹³⁾ “No hay habilidad que pueda cumplirse sin apoyarse en conocimientos concretos”. Al respecto, Álvarez de Zayas ⁽⁸⁶⁾ plantea que el conocimiento y la habilidad se separan en el plano teórico didáctico, pero que en la realidad objetiva del PEA se manifiestan unidos. Las habilidades expresan la extensión y la profundidad de los conocimientos. En este concepto se evidencia la importancia otorgada al sistema de contenidos a impartir para desarrollar las habilidades profesionales en los educandos; sin el conocimiento previo no puede desarrollarse la habilidad.

Montes de Oca, ⁽⁹²⁾ define habilidad como “el componente del contenido que caracteriza las acciones que el estudiante realiza al interactuar con el objeto de estudio: el conocimiento” y asume “la habilidad como el nivel de dominio de la acción en función del grado de sistematización alcanzado por el sistema de operaciones correspondientes.” La autora destaca el valor de esta definición al reconocer que la sistematización de las operaciones conduce al dominio de la acción lo que direcciona el avance progresivo del proceso de formación y desarrollo de la habilidad.

Existen variadas clasificaciones sobre habilidades en la literatura: generales, específicas, laborales, docentes, profesionales; ⁽⁹²⁾ habilidades de pensamiento, del procesamiento de la información, de comunicación y profesionales, ⁽⁸⁵⁾ y de acuerdo al nivel de sistematicidad se clasifican en propias, lógicas, intelectuales, de investigación y de autoinstrucción. ⁽⁸⁶⁾ En el contexto de la Educación Superior, Cañedo ⁽⁹¹⁾ clasifica las habilidades en: intelectuales o teóricas, docentes, prácticas o profesionales.

Las habilidades intelectuales o teóricas y las habilidades docentes son la base para alcanzar las habilidades profesionales. Estas últimas permiten expresar la apropiación por el estudiante de los modos de actuación de la profesión y “son aquellas específicas que debe poseer el egresado de una carrera y se definen en función de la asimilación por el estudiante de los modos de actuación de una actividad profesional determinada, consideradas como las del ejercicio de la profesión”. ^(90,95)

Otros autores, ⁽⁹⁶⁾ asumen que las habilidades profesionales son aquellas habilidades previstas en el contenido del PEA, que se corresponden con los modos de actuación profesional y que al ser sistematizadas el estudiante se apropia de ellas, lo que le permite enfrentar y solucionar los problemas en su práctica profesional. Estas habilidades se desarrollan en la interacción del sujeto con el objeto de estudio o trabajo, las que al ser sistematizadas y generalizadas dentro del PEA, se concretan en métodos propios de los objetos de la profesión y se configuran como contenido. ⁽⁹⁷⁾

A partir del PEA debe potenciarse la formación y desarrollo de las habilidades profesionales, en correspondencia es preciso determinar cuáles debe dominar

el profesional en función de enfrentar y solucionar los problemas en su radio de acción en congruencia con los modos de actuación de su ámbito laboral. ⁽⁸⁴⁾

Álvarez de Zayas, ⁽⁹⁸⁾ define que: “habilidad profesional es aquella que permite al egresado integrar los conocimientos y elevarlos al nivel de aplicación profesional, dominar la técnica para mantener la información actualizada, investigar, saber establecer vínculos con el contexto social y gerenciar recursos humanos y materiales”. En esta se manifiesta el vínculo de las habilidades profesionales con las restantes habilidades.

La autora asume la definición de habilidades profesionales propuesta por Curbeira et al., ⁽⁸⁴⁾ quienes las describen como: “acciones y operaciones ordenadas, que pueden integrarse; subordinadas a una profesión concreta; pueden formar parte de una o varias asignaturas, ya sea de forma implícita o explícita; son sistematizadas en el proceso de la actividad; responden a un objetivo concreto; y permiten la solución de los más diversos problemas de una determinada profesión”.

Las habilidades profesionales tienen una relevancia extraordinaria en todo proceso de formación profesional, puesto que constituyen el eje articulador entre saberes teóricos y su aplicación práctica en contextos reales, lo que vinculado al desarrollo motivacional y axiológico del estudiante, propicia el desempeño exitoso que se aspira. ⁽⁹⁹⁾

En las definiciones anteriores se advierten elementos coincidentes de interés para la presente investigación como son: las habilidades profesionales forman parte del contenido y responden a un objetivo concreto; son acciones y operaciones con un orden lógico; la sistematización y ejercitación durante la actividad permiten su desarrollo para un mejor desempeño profesional y se corresponden con los modos de actuación profesional.

Asumir el concepto de Curbeira et al., ⁽⁸⁴⁾ le permite a la autora caracterizar las habilidades profesionales en los residentes en MF como el contenido de aquellas acciones y operaciones que el residente realiza de forma integral, orientadas a la transformación del proceso salud-enfermedad, las cuales son sistematizadas en la actividad, responden a un objetivo concreto y permiten la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, constituyendo la esencia de su actuación profesional.

Rivera, ⁽¹⁰⁰⁾ propone un sistema de habilidades para las Ciencias Médicas que contempla habilidades docentes, lógico-intelectuales y específicas o propias de la profesión. Se incluyen también las operaciones y métodos del pensamiento.

- Habilidades docentes incluye el esclarecimiento, procesamiento y fijación organizada del contenido que se ha de asimilar y el autocontrol de la actividad de estudio. Sus operaciones y métodos del pensamiento son análisis y síntesis; abstracción y concretización; generalización y particularización; deducción e inducción.

- Habilidades lógico-intelectuales incluye comparar, identificar, definir, clasificar, describir, explicar, interpretar, predecir.

- Habilidades específicas de la profesión, orientadas al modo de actuación profesional y su contribución a la solución de los problemas de salud mediante la selección y aplicación del método clínico y epidemiológico que permiten diagnosticar, tratar, rehabilitar, promover salud y prevenir enfermedades, mediante la aplicación de técnicas, procedimientos y otras habilidades educativas, investigativas, de dirección y especiales.

En la formación de los residentes en MF, el desarrollo de las habilidades profesionales está orientado a: promover salud, prevenir enfermedades y otros riesgos a la salud individual y colectiva, diagnosticar de forma precoz, tratar y rehabilitar a los pacientes, a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, de las que se derivan acciones y operaciones como explicar, educar, pesquisar, identificar, interrogar, examinar, explorar, orientar, indicar, interpretar, evolucionar y pronosticar.

1.2.2 El proceso de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de las habilidades profesionales

En correspondencia con lo anterior se requiere comenzar con la definición de Proceso ofrecida por Labarrere y Valdivia: ⁽⁵⁷⁾ “La palabra proceso señala las distintas fases de un fenómeno (...); de acuerdo con la concepción materialista-dialéctica sobre la esencia del término proceso, este es inseparable del carácter de ley, es decir, todo proceso es legal, está sometido a leyes”. Para Rosental y Ludin: ⁽¹⁰¹⁾ “proceso es la transformación sistemática, sujeta a ley, de un fenómeno; paso del mismo a otro fenómeno (desarrollo)”

El desarrollo a su vez es un proceso asociado a la transformación gradual sistemática que se produce en el alumno como resultado de la integración y la transferencia de los conocimientos, habilidades y valores en actividades concretas relacionadas con la solución de situaciones reales o simuladas del objeto que se estudia. ⁽¹⁰²⁾ El desarrollo, responde a las regularidades internas del proceso formativo, en que se produce de manera gradual y creciente. ⁽¹⁰³⁾

Para hacer referencia al desarrollo de habilidades es preciso señalar que para adquirir una habilidad se distinguen las etapas de formación y desarrollo; categorías que constituyen una unidad dialéctica y se asocian a la adquisición consciente de los modos de actuación. En la literatura pedagógica se aprecia una tendencia a presentar a la formación como la base del desarrollo y a vincularla con la esfera afectivo-motivacional de la personalidad, y al desarrollo con la esfera cognitivo-instrumental. ⁽¹⁰⁴⁾

La formación expresa la dirección del desarrollo, comprende la adquisición consciente por el estudiante de los modos de actuar, bajo la dirección del profesor y una vez adquiridos estos, se inicia el proceso de ejercitación que comprende la segunda etapa, en la que se determina el nivel de desarrollo mediante la rapidez y corrección con que la acción se ejecute. ⁽¹⁰⁴⁾ El desarrollo de habilidades profesionales en salud está dirigido a la resolución de problemas profesionales que se presentan en el contexto de su actuación. ⁽¹⁰⁵⁾

La autora coincide con otros autores, ^(102,103) al determinar las etapas y componentes del proceso de desarrollo de las habilidades profesionales basado en la "Teoría de la formación planificada y por etapas de las acciones mentales y de los conceptos" de Galperín, ⁽¹⁰⁶⁾ quien a partir de la teoría de la actividad de Leontiev, retoma la acción y explica el recorrido de las acciones externas a las acciones internas a través de la interiorización y con la garantía de las condiciones para dicho recorrido.

Se tienen en cuenta los componentes estructurales de la acción: el sujeto, el objeto, el motivo, el objetivo, los medios, las condiciones, las acciones y operaciones, y los componentes funcionales: la orientación, la ejecución y el control. ⁽¹⁰⁶⁾

Para la orientación, se consideran las condiciones necesarias para cumplir la acción; debe existir una representación de la misma y de las condiciones en que esta se cumple. Durante la ejecución, se generan las transformaciones en

el objeto de la acción para alcanzar el desarrollo de la habilidad; y el control se dirige a observar el curso de la acción, cotejar los resultados obtenidos con los modelos dados y ejecutar las correcciones precisas. ⁽¹⁰³⁾

Del análisis anterior se deriva, que las actividades se deben planificar con una frecuencia y un período de ejecución determinado para lograr la sistematización; el residente integrará y aplicará los conocimientos y habilidades en la medida que se enfrenta a los problemas profesionales para transformar el objeto de la profesión, con la solución de problemas que se presenten en sus diferentes esferas de actuación.

Durante la planificación del proceso se debe formular los objetivos, determinar la acción a ejecutar por el residente y el sistema de conocimientos, delimitar las habilidades profesionales con sus invariantes funcionales y elaborar las tareas para contribuir al desarrollo de la habilidad; finalmente para comprobar el logro de los objetivos se realiza la evaluación. ⁽⁹¹⁾ En la ejecución ^(98,103) interactúan el profesor y el residente, y puede ser dividida en etapas o eslabones, sobre las cuales existe consenso en la literatura consultada:

1. Motivación y orientación de la ejecución: en esta etapa, la motivación estimula la actividad; mediante la orientación se determinan las acciones a ejecutar de forma consciente, así como los indicadores para evaluar la calidad de la ejecución.

2. La asimilación de la habilidad: el profesor ofrece nuevos problemas y situaciones para aplicar la invariante de habilidad. Se presenta como un proceso de transformación progresiva de las acciones y los conceptos que a su vez incluye fases o etapas: formación de la base orientadora de la acción (BOA); acciones externas, materiales o materializadas; acciones de lenguaje externo para los demás; acciones de lenguaje externo para sí y acciones mentales internas.

La BOA representa el sistema de condiciones en que el residente se apoya para realizar la actividad, funciona como elemento que dirige y controla la actividad de aprendizaje. En esta etapa se orientan las acciones y el orden de las operaciones para el desarrollo de la habilidad, así como los instrumentos o medios auxiliares para su realización. Además, se regula la acción en el proceso de ejecución y se determinan las características del control que

permiten la autorregulación del proceso por el propio residente y, por tanto, las correcciones necesarias. ⁽⁵³⁾

Cada acción desplegada en operaciones transita desde su forma material a la mental interna. En la forma material externa se implementan las actividades prácticas para facilitar el aprendizaje, talleres, materiales educativos, simulaciones; en la verbal externa los residentes explican lo aprendido a los demás a través de discusiones grupales o presentaciones y para sí, a través de la reflexión personal o la autoevaluación; finalmente en el plano mental interno los residentes deben aplicar lo aprendido a diferentes situaciones sin apoyo externo, entonces se plantea que la acción se generaliza y se automatiza.

3. El dominio de la habilidad: en esta etapa se debe alcanzar un determinado nivel de dominio en la acción. Mediante la ejercitación, los residentes ejecutan las acciones y operaciones y el profesor promueve la reiteración y la independencia.

4. La sistematización de la habilidad: con ella se persigue la generalización de la ejecución a nuevas situaciones; el residente debe ser capaz de relacionar el nuevo contenido con otros que él ya posee.

5. La evaluación: en esta etapa se comprueba que los residentes hayan alcanzado los objetivos, a través de la solución de una nueva tarea donde se encuentre la invariante de habilidad.

Para garantizar el desarrollo de la habilidad se debe precisar la frecuencia, periodicidad, así como el grado de dificultad y de variabilidad de los conocimientos, que garanticen la sistematización de la acción y automatización de las operaciones para reportarla como desarrollada; ⁽¹⁰³⁾ por tanto, se requiere de la adecuada dirección en la ejercitación por el profesor, para lograr que los alumnos pasen de ser objetos de la enseñanza, a sujetos de esta. ⁽¹⁰⁷⁾

El carácter sistémico y secuenciado de la composición de las habilidades fundamenta la necesidad de la integración de conocimientos y su sistematización para el desarrollo de las mismas. Esta estructura implica que las habilidades no se adquieran de manera aislada, sino que respondan a una lógica progresiva en la que cada componente contribuye al fortalecimiento del desempeño profesional. ^(108,109)

El análisis de lo anterior le permite a la autora arribar a regularidades necesarias para el proceso de desarrollo de habilidades profesionales en los residentes en MF:

- Garantizar la adquisición e integración de los conocimientos teóricos
- Asegurar la ejercitación y sistematización de la acción, así como la automatización de las operaciones
- Las acciones y las operaciones tienen un orden lógico y secuenciado
- Determinar la frecuencia, periodicidad y grado de dificultad
- La dirección del proceso por parte del profesor o tutor.

Desarrollar las habilidades profesionales y mejorar el desempeño del especialista en MF es una preocupación de la comunidad científica en salud, manifiesta en numerosas investigaciones, ⁽¹¹⁰⁻¹¹²⁾ en las que se evidencia como elemento coincidente, la contradicción que existe entre el nivel de desarrollo de las habilidades profesionales que poseen dichos especialistas y el deseado. Los autores reconocen debilidades en el tratamiento de estos contenidos desde el programa de residencia y destacan la importancia de implementar metodologías u otras alternativas didácticas para atender estas debilidades. Numerosos autores, ⁽¹¹³⁻¹¹⁶⁾ coinciden en plantear que la implementación de estrategias de superación, metodologías u otros procedimientos didácticos promueven cambios cualitativos positivos en los profesionales. Sus resultados evidencian logros en el desarrollo de las habilidades profesionales, la actualización de los conocimientos y la adquisición de valores éticos, lo que conduce a un mejor desempeño profesional.

1.3 Fundamentación de la habilidad prevenir lepra en los residentes en Medicina Familiar

Para fundamentar la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF es necesario caracterizar la habilidad mediante el análisis, selección e integración de los referentes teóricos existentes, así como definir sus acciones y operaciones a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

1.3.1 Caracterización de la habilidad prevenir lepra

La autora para caracterizar la habilidad prevenir lepra utiliza como procedimiento la sistematización teórica y asume las consideraciones de Valledor, ⁽¹¹⁷⁾ quien señala que como proceso es el método que concatena las

diferentes acciones para buscar, identificar, valorar, seleccionar, adecuar, contextualizar e integrar los diversos referentes teóricos y como resultado es el conocimiento, la nueva concepción o fundamento de la investigación.

Desde esta posición, los fundamentos teóricos como resultado de la sistematización, no son la sumatoria de los referentes teóricos, todo lo que se valora no necesariamente se selecciona y no todo lo que se selecciona se utiliza de la misma forma que se encuentra. Lo que se selecciona, se clasifica, se agrupa y se expresa con una terminología propia desde una posición teórico-metodológica definida. Se establecen nuevas relaciones, nuevas ideas y se definen nuevos conceptos. ⁽¹¹⁷⁾

Pasos metodológicos para la sistematización:

En la presente investigación, la autora sigue los pasos metodológicos para la sistematización propuestos por Chirino ⁽¹¹⁸⁾ que se describen a continuación:

Objeto de sistematización: caracterización de la habilidad prevenir lepra

Objetivo de la sistematización: caracterizar la habilidad prevenir lepra.

Ejes de sistematización:

1. Prevención. Niveles de prevención. Prevención en la lepra
2. Elementos de la prevención secundaria en la lepra
3. Aplicación del método clínico y epidemiológico para la prevención de la lepra.

Procedimiento metodológico para la sistematización: el análisis del contenido se realiza a partir de la búsqueda de los antecedentes investigativos, definiciones y teorías sobre la prevención de la lepra, que permitan suplir la carencia teórica determinada; se siguen los ejes propuestos y se incluyen artículos científicos, programas de control y prevención de la lepra de varios países, tesis de maestría y doctorado que aborden el tema desde la Educación Médica.

En el epígrafe anterior se realiza un análisis detallado sobre las habilidades profesionales, se asume el concepto de Curbeira ⁽⁸⁴⁾ y se destaca la definición que ofrece Rivera ⁽¹⁰⁰⁾ por estar dirigida a las habilidades profesionales o propias de la profesión para las Ciencias Médicas, donde expresa que son aquellas orientadas al modo de actuación profesional y su contribución a la solución de los problemas de salud.

Según establece el Programa de la especialidad en MF, ⁽¹²⁾ prevenir enfermedades, riesgos y otros daños a la salud individual y colectiva representa una de las habilidades profesionales esenciales en la formación de este especialista, por tanto, se asume la habilidad prevenir lepra como una habilidad profesional y se precisan aspectos conceptuales, que se abordan en la literatura, sobre la prevención en medicina. A continuación, se siguen los ejes de sistematización propuestos y se presenta un resumen de los principales autores que se consultan. (Anexo 1, Tabla 1.1)

La prevención de la enfermedad se percibe como una estrategia de la APS, que se hace efectiva al brindar atención integral a las personas; considera al individuo como un ser biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, destaca Redondo ⁽¹¹⁹⁾ que la prevención implica promover salud, diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

Otros autores como Vignolo, et al. ⁽¹²⁰⁾ coinciden con la definición ofrecida por la OMS sobre prevención y la definen como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.” Sanabria, ⁽¹²¹⁾ refiere que las acciones de prevención se dirigen a evitar el desarrollo, cronificación o paliación de las enfermedades, y Oddi ⁽¹²²⁾ manifiesta que prevenir es el acto por el cual se pretende evitar que algo suceda y señala que la medicina preventiva dirige sus acciones a la promoción y a la protección de la salud.

Por su parte Olivero ⁽¹²³⁾ define la prevención como las: “medidas dirigidas a evitar la ocurrencia de enfermedades, prevenir su progresión o minimizar sus efectos negativos.” Presenta en su estudio una propuesta de reestructuración del modelo original bajo el nombre de proceso salud-enfermedad-prevención que emerge como la fusión de los primeros paradigmas delineados por Leavell y Clark en 1965, este nuevo modelo ofrece una visión sistemática de las diferentes etapas y niveles de prevención, así como de las intervenciones necesarias en cada una de ellas.

Existe consenso en la literatura con relación a los niveles de prevención que se relacionan con el modelo clásico de Leavell y Clark; los autores consultados reconocen la prevención primaria, secundaria, terciaria ⁽¹²⁰⁻¹²⁴⁾ y cuaternaria. ^(125,126) Recientemente surge: la prevención primordial fundamentada en los nuevos conceptos de riesgo primordial. ⁽¹²⁵⁻¹²⁸⁾ A continuación, se conceptualizan:

1. Prevención primordial: su objetivo es evitar el surgimiento de patrones de vida social, económicos, culturales y del ambiente físico que incrementen el riesgo de enfermedad. Requiere de un fuerte componente educativo y formador, de individuos con hábitos de vida y conductas esencialmente sanas, que deben desarrollarse desde las primeras etapas de la vida.
2. Prevención primaria: son medidas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y predisponentes, cuyo objetivo radica en disminuir su incidencia.
3. Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente. Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible y comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. Estas acciones son esenciales para el control de la enfermedad y para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad.
4. Prevención terciaria: se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir las recidivas.
5. Prevención cuaternaria: se define como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir o paliar el perjuicio provocado por la intervención médica.

Es importante subrayar que, aunque lo establecido esté determinado de forma clara y objetiva, puede no ser suficiente para garantizar un ejercicio profesional efectivo, y que desarrollar acciones de prevención implica conocimiento técnico, flexibilidad estratégica y una sistemática revisión del ajuste del quehacer profesional a la realidad sobre la que se actúa.

La Doctora Serna ⁽³⁶⁾ de la Universidad Autónoma de México en su investigación propone un modelo de integración de la historia natural de la lepra con los niveles de prevención de Leavell y Clark, donde destaca que la prevención secundaria es aplicable a las enfermedades que no se pueden controlar a través de la promoción de salud o protección específica e incluye acciones de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad.

En una investigación más reciente los autores ⁽¹²⁹⁾ asocian la estrategia de prevención con las fases relacionadas con la aparición de la enfermedad: en el periodo prepatogénico se establece la prevención primordial y la prevención primaria con estrategias dirigidas hacia la promoción de salud y la protección específica, en el periodo patogénico se desarrolla la prevención secundaria dirigida hacia el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño, la prevención terciaria encaminada a la rehabilitación y la cuaternaria hacia la prevención de la iatrogenia.

Con relación al segundo eje de sistematización propuesto es importante destacar que autores como Serna, ⁽³⁶⁾ Hurtado, et al. ⁽²²⁾ y Tellez ⁽²³⁾ reconocen que en el control de la lepra la estrategia de prevención es secundaria, concebido de esa manera en los Programas de Control de la enfermedad de varios países en los que se ofrecen flujogramas para su control ^(24, 130-132) y sobre las bases de este tipo de prevención las acciones están dirigidas a:

1. Realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad.
2. Indicar el tratamiento oportuno y orientar las medidas de rehabilitación.
3. Identificar y tratar las reacciones leprosas.
4. Realizar el control de foco y la vigilancia epidemiológica.

Por otra parte, en la Estrategia mundial contra la lepra 2021-2030 "Hacia cero lepra," ⁽¹³³⁾ elaborada mediante un amplio proceso de consultas con los directores de programas nacionales contra la lepra, expertos en el tema y miembros de comunidades afectadas, se postulan como pilares para la prevención de la enfermedad: ampliar la prevención junto con la detección activa integrada de casos; manejar la enfermedad, sus complicaciones, prevenir discapacidades, combatir el estigma y garantizar el respeto de los derechos humanos.

Al sistematizar los conceptos anteriores la autora asume que la estrategia de prevención en la lepra es secundaria por lo que se dirige hacia los elementos inherentes a este nivel de prevención y propone la integración de estos contenidos como un recurso racional para desarrollar la habilidad prevenir lepra y encontrar la interrelación entre ellos, en aras de construir sistemas de conocimientos integrados en el PEA, que precisa orientar su desarrollo a través de la aplicación de instrumentos teórico-metodológicos, que permitan establecer una secuencia lógica para garantizar la efectividad de este proceso en su aplicación práctica. ⁽⁴⁹⁾

Con relación al tercer eje de sistematización, Tellez ^(32,33) en sus investigaciones ratifica la importancia de la aplicación y la enseñanza del método clínico y epidemiológico, para realizar un diagnóstico precoz y determinar una conducta terapéutica adecuada ante la sospecha de un paciente con lepra. Desde su posición reconoce el examen dermatoneurológico como una habilidad profesional indispensable para el control de la enfermedad. Al respecto Figueroa ⁽³⁷⁾ en su tesis de maestría considera el método clínico como eje articulador en la formación del médico, que requiere de la ejecución de un conjunto de procedimientos con un orden lógico, ante un paciente con un amplio espectro de posibilidades diagnósticas; a su juicio en la búsqueda activa de nuevos casos de lepra adquiere significativa connotación la realización del examen dermatoneurológico como una particularidad del método clínico.

Hurtado ⁽³⁹⁾ asevera que es fundamental que el médico de la familia en su accionar aplique el método clínico y epidemiológico, como métodos que se interrelacionan entre sí y como medio indispensable para diagnosticar, prevenir discapacidades e intervenir de forma positiva en la salud de la población. Con la estrategia de superación, esta autora propone profundizar en la aplicación de estos métodos para la detección temprana de la Lepra de forma consolidada, dinámica y desarrolladora; así como lograr la transformación que se desea en el desempeño de los profesionales.

A partir de la sistematización la autora caracteriza la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, como una habilidad profesional, que permite identificar e interpretar las manifestaciones clínicas de la lepra de forma precoz y las reacciones leprosas, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, así como realizar las acciones de control de foco con la pesquisa

activa de los contactos y población de riesgo, a partir de la combinación del método clínico y el epidemiológico como métodos científicos de la profesión.

La prevención de la lepra involucra la atención al individuo y a la colectividad; por tanto, la autora propone las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico; en la estructura y funcionamiento de estas etapas radica el carácter sistémico de ambos métodos, porque del cumplimiento de cada una de ellas interrelacionadas, depende la realización correcta del mismo.

1.3.2 Operacionalización de la habilidad prevenir lepra y su fundamentación en el método clínico y epidemiológico

Como expresa Fernández et al, ⁽¹³⁴⁾ “la operacionalización de una habilidad es un proceso que consiste en dar salida a un grupo de acciones (habilidades secundarias) para dar cumplimiento al objetivo de una clase desde la habilidad rectora”. Autores como Williams et al, ⁽¹³⁵⁾ en su estudio asumen la operacionalización de las habilidades como acciones inherentes a estas. Por su parte Curbeira, ⁽⁸⁴⁾ se refiere a la operacionalización como la descomposición sistematizada de la habilidad en acciones y operaciones concretas para su aprendizaje y evaluación, subordinadas a un fin profesional.

Desde esta posición, la autora asume la operacionalización de la habilidad prevenir lepra como aquel proceso que involucra acciones y operaciones que están fundamentadas en los procedimientos del método clínico y epidemiológico. Numerosos profesores cubanos han documentado ampliamente la importancia del método clínico en la práctica asistencial, ⁽¹³⁶⁻¹³⁹⁾ entre los que se destacan las aportaciones de los profesores Fidel Ilizástegui Dupuy y Miguel Ángel Moreno Rodríguez.

El método clínico es el método científico de la profesión médica en la actividad atencional; del grado de dominio con que se aplique depende la calidad y el éxito de la gestión asistencial. ⁽¹⁴⁰⁾ Su surgimiento data desde la escuela hipocrática, ⁽¹⁴¹⁾ como método observacional que posteriormente se transformaría en el "método científico" basado en la comunicación, la exploración y el razonamiento, que daría al “método clínico”, como fundamento para realizar un diagnóstico médico correcto, a través de una secuencia ordenada de acciones. ⁽¹⁴⁰⁻¹⁴²⁾

Es importante resaltar que el método clínico y el epidemiológico están íntimamente relacionados, este último, concebido para el diagnóstico de las enfermedades y otros procesos afines en las colectividades humanas, determinar sus características, distribución, condiciones de aparición, factores causales, con el fin de dominarlas y transformar favorablemente el estado de salud de la población; este constituye la base de la prevención. ⁽¹⁴³⁾

Como categoría, el método clínico puntualiza cómo lograr un objetivo mediante procedimientos para ordenar la actividad; explica la dinámica, la ejecución y la lógica del proceso. Para Corona, ^(144, 145) es “el sistema de acciones sucesivas y conscientes del hombre, que tiende a alcanzar un resultado que se corresponde con el objetivo trazado”. Expresado de otras palabras es la “manera concatenada en que el médico debe utilizar sus competencias profesionales en función de la identificación y solución del problema de salud del paciente”.

Se exponen a continuación los procedimientos del método clínico convencional, aplicables en la mayoría de las especialidades médicas:

1. Formulación o Identificación del problema: se refiere, en este caso, al reconocimiento de las manifestaciones clínicas del enfermo a través de la identificación de las lesiones elementales primarias y secundarias de la piel y sus anejos, así como la afectación de los nervios periféricos.
2. Recolección de la información básica: en Dermatología a diferencia del resto de las especialidades médicas, primeramente, se realiza el examen físico y posteriormente el interrogatorio para confeccionar la historia clínica. En esta y la anterior etapa reviste gran importancia la entrevista médica, que se desarrolla al examinar e interrogar al paciente, en ella la relación médico-paciente alcanza su máxima expresión. ⁽¹⁴⁵⁾

Al examinar el paciente, el médico ejecuta una serie de procedimientos (semiotecnica) para detectar los signos o evidencias objetivas del problema. En este caso, debe identificar las lesiones cutáneas y neurológicas periféricas a través de la inspección y la palpación; para lo que necesita ciertas condiciones como privacidad, iluminación natural o luz blanca y el uso de los medios auxiliares para explorar la sensibilidad superficial, la lupa, entre otros. El interrogatorio se dirige según los hallazgos encontrados en el examen físico.

⁽¹⁴⁶⁾

3. Formulación de hipótesis: se realizan conjeturas sobre el diagnóstico presuntivo surgido a partir de la información obtenida en las etapas anteriores. Al interpretar y analizar los resultados de las dos primeras etapas, el residente debe ser capaz de relacionar los signos y síntomas encontrados, en función del pensamiento lógico e identificar el caso sospechoso de lepra.

Realizar el diagnóstico precoz de enfermedades precisa conocimiento profundo, desarrollo de habilidades y competencia profesional.⁽¹⁴⁵⁾ La mayoría de los problemas de salud de los pacientes en el consultorio, pueden ser resueltos apoyados en el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento médico, con recursos e instrumentos relativamente simples, pero muy útiles.⁽¹⁴⁷⁾ Varios autores, ^(148,149) destacan la necesidad que el método clínico recobre el lugar cimeró que merece en el diagnóstico y tratamiento médico.

4. Comprobación o negación de hipótesis (contrastación): en el caso de la lepra, en esta etapa se somete a corroborar el diagnóstico presuntivo mediante los laboratorios de Anatomía patológica y Microbiología. Se indican una serie de complementarios, encabezados por la baciloscopia y la biopsia de la piel. La conclusión diagnóstica es responsabilidad del dermatólogo, pero en su ausencia debe realizarlo el MF; por tanto, esta actividad es conjunta entre ambas especialidades.

En esta etapa, es preciso establecer el diagnóstico diferencial para distinguir otras enfermedades dermatológicas con características similares; se debe considerar el antecedente epidemiológico, los datos del interrogatorio y los hallazgos encontrados al examen físico, relacionados con la morfología y topografía de las lesiones cutáneas, así como la afectación neurológica periférica.⁽¹⁴⁶⁾

5. Instituir terapéutica o reiniciar el proceso: permite arribar al pronóstico y establecer una correcta conducta terapéutica. En el caso de la lepra se indica el tratamiento multidroga establecido y se realiza el control del foco, que incluye el estudio clínico y epidemiológico de los contactos, la población de riesgo y la quimioprofilaxis. La no comprobación de la hipótesis, obliga a reanalizar la situación, reiniciar el proceso o seguir el caso como sospechoso por un período de un año hasta la conclusión diagnóstica.

La enseñanza del método clínico y epidemiológico, facilita la adquisición de habilidades para la actividad atencional, pero necesita de una metodología

dirigida para el desarrollo de dichas habilidades y no solo a la obtención de conocimientos. ⁽¹³⁷⁾ Este proceso bien concebido permite desarrollar las habilidades clínicas siempre que se garantice el cumplimiento de sus etapas y el profesor conduzca como orientador en la resolución de problemas. ^(142,145)

Ambos métodos, el clínico y el epidemiológico, representan la dinámica del ejercicio de la profesión durante el proceso de diagnóstico de manera sistémica y secuencial. El método epidemiológico proporciona el uso de “herramientas” científico-técnicas y de innovación en la planificación y ejecución de las acciones de prevención; ⁽¹⁵⁰⁾ en el marco de la presente investigación se reconoce su valor para el diagnóstico precoz de la lepra, la planificación de las actividades de control de foco y su ejecución.

Al tomar en cuenta los fundamentos anteriores, la operacionalización de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, requiere recurrir a los procedimientos del método clínico y combinarlos con el epidemiológico. A continuación, se operacionaliza de la siguiente forma:

1. Identificar las lesiones cutáneas y neurológicas periféricas:

Requiere realizar las siguientes operaciones: observación de la piel y sus anejos; descripción de las lesiones primarias y secundarias según su morfología y topografía; exploración de la sensibilidad superficial y palpación de los nervios periféricos.

2. Interrogar al paciente y sus familiares:

Mediante las siguientes operaciones: indagación sobre la presencia de síntomas prodrómicos y otros síntomas relacionados con las lesiones encontradas al examen físico; búsqueda de información sobre aspectos epidemiológicos y comunitarios.

3. Interpretar los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico e identificar el caso sospechoso de lepra:

Es preciso realizar las operaciones siguientes: relación entre los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico; establecimiento del diagnóstico diferencial; identificación del caso sospechoso de lepra y remisión al especialista en dermatología para confirmar diagnóstico.

4. Controlar el tratamiento multidroga y de rehabilitación física, psicológica y social:

Requiere realizar las siguientes operaciones: administración de los medicamentos; explicación de sus efectos adversos; orientación de las medidas de rehabilitación; evolución del paciente durante y después del tratamiento; remisión oportuna a otras especialidades como fisioterapia, oftalmología y psicología para prevenir las discapacidades físicas y psicosociales.

5. Identificar las reacciones leprosas:

Para ello requiere realizar las siguientes operaciones: reconocimiento de las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y neurológicas periféricas; orientación adecuada al paciente para evitar la interrupción del tratamiento multidroga y prevenir el daño neural.

6. Realizar las acciones de control de foco:

Requiere realizar las siguientes operaciones: identificación de los contactos intradomicilia rios, extradomiciliarios y la población de riesgo; seguimiento a los contactos y la población de riesgo derivados del caso índice; indicación de quimioprofilaxis a todos los contactos; educación sanitaria a la población.

Lo anterior evidencia que desarrollar la habilidad prevenir durante la etapa de residencia en MF, es un proceso complejo que requiere de la integración de conocimientos y habilidades de varias disciplinas y que necesita ser concebido con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, mediante métodos que promuevan la actividad y la comunicación; se debe garantizar la sistematización y la relación entre lo clínico, epidemiológico y lo práctico, para ello la autora propone una metodología que define las acciones y operaciones de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

Las regularidades identificadas le permiten a la autora ofrecer la definición operacional de desarrollo de la habilidad prevenir lepra como: el nivel que alcanza el residente en MF, en la ejecución de las acciones y operaciones a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico para identificar e interpretar, mediante la dinámica de la actuación profesional para la prevención de la lepra, las manifestaciones clínicas y las reacciones leprosas que se presentan en los pacientes; controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador; así como realizar las acciones de control de foco y la vigilancia epidemiológica.

En los momentos actuales, se trabaja en elevar la calidad en la formación del especialista en MF, mejorar su desempeño, desarrollar las habilidades profesionales y la capacidad de ejercer una medicina preventiva. Estos elementos contribuyen indudablemente al crecimiento, perfeccionamiento e integralidad de los recursos humanos dentro del nivel primario de atención.⁽¹⁵¹⁾

Para el logro de la nueva concepción en el PEA para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF, la autora asume consideraciones que se convierten en requerimientos en la presente investigación:

1. El diagnóstico inicial y continuo que favorece el fortalecimiento de sus potencialidades.
2. La integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, caracterización de la habilidad y determinación de las acciones y operaciones a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.
3. El carácter sistémico y procesal del método clínico combinado con el método epidemiológico para el desarrollo de dicha habilidad.
4. El protagonismo de los residentes en su propia formación académica, con la dirección del profesor como guía y participante del proceso.
5. La viabilidad didáctica que permite estructurar un proceder por etapas y pasos metodológicos para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Conclusiones del capítulo.

El análisis de los referentes teóricos que sustentan el PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales; sus fundamentos y características, contextualizados en la didáctica general y en el posgrado de las ciencias médicas en particular; la sistematización que se realiza para caracterizar la habilidad prevenir lepra; así como su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, admite una aproximación científicamente documentada para precisar que la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria representa uno de los principales aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

CAPITULO 2: LA HABILIDAD PREVENIR LEPROA EN LOS RESIDENTES EN MEDICINA FAMILIAR. DIAGNÓSTICO DE SU ESTADO ACTUAL Y PROPUESTA DE LA METODOLOGÍA

En el presente capítulo, se identifica el estado actual en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF del municipio Chambas y se elabora la metodología que se propone. Dado el enfoque mixto que se asume en la investigación, con un diseño secuencial explicativo, donde se inicia con el enfoque cuantitativo y secuencialmente se utiliza el cualitativo para analizar e integrar los datos obtenidos en cada enfoque y así proporcionar una mayor validez y confiabilidad de los resultados obtenidos, ⁽⁴³⁾ se describen los métodos que se utilizan en cada fase.

Para la fase cuantitativa del estudio, se trabajó con el total de la población, constituida por 36 residentes en MF del municipio Chambas y se aplicaron métodos que incluye el análisis de documentos, la encuesta, la observación no participante y la entrevista estructurada. En la fase cualitativa se trabajó con una muestra útil de esta población, seleccionada de forma intencional, a los que se le aplicaron entrevistas en profundidad a grupos focales; observación participante y triangulación metodológica para arribar a las potencialidades y problemáticas profesionales.

2.1 Diagnóstico del estado actual de la habilidad prevenir lepra y operacionalización de la variable dependiente

Para la confección de los instrumentos que se utilizan en el diagnóstico, se considera como variable dependiente: desarrollo de la habilidad prevenir lepra. La definición operacional, según Hernández y Mendosa ⁽⁴⁴⁾ hace referencia al conjunto de procedimientos y actividades que se realizan para medir una variable. A partir de la definición descrita en el primer capítulo de la tesis, se realiza un proceso de descomposición de la variable en tres dimensiones: cognitiva, procedimental y afectiva con sus indicadores correspondientes, que permite la medición de la misma mediante métodos cuantitativos y cualitativos.

Dimensión Cognitiva: constituida por elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, comprobarlo y contrastarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco

Indicadores:

1.1- Nivel de conocimientos teóricos para la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.

1.2- Nivel de conocimientos teóricos sobre el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

1.3- Nivel de conocimientos teóricos sobre las actividades de control de foco.

Dimensión procedimental: incluye la expresión práctica de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, contrastarlo y comprobarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Indicadores:

2.1- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la Identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.

2.2- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para el control del tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

2.3- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la realización del control de foco.

Dimensión afectiva: constituida por las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, contrastarlo y comprobarlo) las manifestaciones clínicas de la lepra; controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Indicadores:

- 3.1- Nivel de interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra
- 3.2- Nivel de satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra
- 3.3- Nivel de disposición para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

En la fase cualitativa del estudio a pesar que no es aconsejable trabajar con variables preconcebidas desde el inicio, sino que estas emergen durante el desarrollo de la investigación la autora asume al Dr. C Miguel Martínez Migueles, ⁽¹⁵²⁾ quien plantea que según la experiencia del investigador y con mucha cautela se pueden asumir categorías preestablecidas desde el comienzo sin que se pierda el carácter flexible de este enfoque. Dado que se utiliza un enfoque mixto secuencial explicativo, se asumen en esta fase las mismas dimensiones e indicadores propuestos como categorías y subcategorías que permiten una explicación del fenómeno.

Se establece entonces la distribución de los indicadores presentes en las diferentes indagaciones (Anexo 2, Tabla 2.1), para facilitar el procedimiento de triangulación una vez obtenidos los resultados que se muestran en el siguiente epígrafe y la escala para su medición. (Anexo 3)

2.1.1 Análisis de documentos rectores: plan de estudio y Programa de la Especialidad en Medicina Familiar. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Programa Nacional de Control de la Lepra

Se analizan documentos rectores: con el objetivo de valorar el sistema de contenidos y habilidades profesionales en el curso de enfermedades dermatológicas, en el plan de estudio y Programa de la especialidad en MF, ⁽¹²⁾ y su correspondencia con las exigencias del PMEF ⁽⁵⁾ y el PNCL. ⁽²⁴⁾ Analizar

los cursos afines que desde el primer año de la especialidad permiten la introducción de la metodología que se propone. Se presenta el instrumento (Anexo 4) que se utiliza para orientar su análisis.

A continuación se detalla el análisis que se realiza por año de la especialidad según el plan de estudio vigente:

En primer año está dispuesto en la unidad temática tres, del curso dos: "La prevención de enfermedades y daños en la APS", con 88 horas clases; entre sus contenidos define: la prevención, los niveles de prevención de enfermedades y otros daños a la salud en personas, familias y comunidades; y entre las habilidades a desarrollar están: pesquisar los factores de riesgo de enfermedades y participar en las acciones que se realizan en la relación médico-paciente, familia y comunidad para la prevención de salud.

En el curso tres referido a la salud familiar, la unidad temática dos: "Intervención familiar educativa y terapéutica" con 88 horas, exige como habilidades: realizar las acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a resolver los problemas de salud familiar; ejecutar los métodos, técnicas, procedimientos, y habilidades necesarias para lograr la realización de los diferentes tipos de intervención familiar y su seguimiento.

Referido a la salud comunitaria se dispone el curso cuatro con dos unidades temáticas cada una con 88 horas, referidas a las determinantes del estado de salud de la población y a la identificación de los problemas; entre las habilidades están: aplicar las determinantes para analizar e identificar el estado de salud de una comunidad, utilizar los determinantes del estado de salud para realizar la identificación de los problemas de la comunidad.

Por otra parte, está el curso de enfermedades infecciosas que se vincula con la prevención de la lepra y entre sus habilidades exige: prevenir a través de acciones contenidas en los programas nacionales para el control de las enfermedades infecciosas; estar actualizado sobre la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes; realizar el diagnóstico oportuno, seguimiento, el control de los convivientes y la encuesta epidemiológica.

La autora, el colectivo de profesores y el comité académico de la especialidad consideran que desde primer año y a partir de estos cursos descritos es posible comenzar la introducción de la metodología para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, al considerar que es un contenido que se imparte desde el

pregrado. Los temas a tratar están en relación con el contenido y las habilidades de los cursos, además es posible crear situaciones problemáticas que permitan la ejercitación durante la educación en el trabajo y el desarrollo de la habilidad.

En segundo año se dispone el curso 20 titulado: "Enfermedades dermatológicas", la lepra corresponde a la unidad temática tres junto a otras enfermedades con 88 horas de duración, distribuidas en actividades lectivas, educación en el trabajo y estudio independiente; al analizar el contenido no está incluido el examen dermatoneurológico, a pesar de constituir un elemento esencial para desarrollar las habilidades que exige el programa y brindar una atención médica integral.

Entre las habilidades a desarrollar están: aplicar correctamente el método clínico y epidemiológico para garantizar el diagnóstico temprano de las enfermedades de la piel; identificar los factores de riesgo en las personas, familias y comunidad; realizar la entrevista médica y el examen físico a los pacientes; confeccionar las historias clínicas individuales y de salud familiar; dominar las técnicas de comunicación social; formular hipótesis diagnósticas; establecer diagnóstico diferencial; evaluar exámenes complementarios; indicar tratamiento oportuno; realizar trabajo en equipo, concertando interconsultas médicas con los especialistas, cuando lo considere oportuno.

Al analizar el PMEF, ⁽⁵⁾ se disponen actividades relacionadas con la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud entre las que se establece: realizar el diagnóstico precoz, la atención médica integral y dispensarizada; realizar pesquiasaje activo de afecciones transmisibles (tuberculosis, VIH/sida, lepra y otras); seguir adecuadamente los casos diagnosticados y sus contactos. En relación con la atención médica y las actividades higiénico-sanitarias se dispone garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada; aplicar los métodos clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional; asegurar el tratamiento y control de foco de los sometidos a tratamientos o quimioprofilaxis de enfermedades como la lepra; prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población y confeccionar la encuesta epidemiológica.

El estudio al programa de formación y otros programas afines, contribuye a identificar las áreas de estudio deficientes para reevaluar e implementar nuevos

métodos de enseñanza y estrategias en torno a la formación, capacitación y el desarrollo de habilidades profesionales de los residentes para mejorar su desempeño.

Están claras las exigencias de ambos programas en cuanto a la prevención de la lepra, pero el tiempo que se le dedica en el plan de estudio es muy breve si solo se trabaja durante el segundo año de residencia. Introducir el tema desde primer año y disponer de un instrumento que oriente metodológicamente a los profesores contribuye al desarrollo de las habilidades profesionales y permite responder a lo establecido en los programas.

Por otra parte, el PNCL ⁽²⁴⁾ establece que corresponde al especialista en MF realizar el diagnóstico presuntivo de la lepra, al identificar, mediante la pesquisa activa a población a través del examen físico dermatoneurológico, las manifestaciones clínicas que convierten a un paciente como sospechoso de la enfermedad; el caso identificado se remite al dermatólogo para confirmar el diagnóstico e indicar el tratamiento. El control de foco es una actividad conjunta entre el equipo básico de salud, el dermatólogo y el epidemiólogo del área, pero es el especialista en MF quien realiza el seguimiento de los contactos extradomiciliarios y la población de riesgo durante cinco años después del diagnóstico del caso índice.

El cumplimiento del tratamiento, el manejo adecuado de las reacciones leprosas y las medidas de rehabilitación son la clave para prevenir las discapacidades que puede causar la enfermedad. En estas actividades el especialista en MF desempeña un papel protagónico y todas estas acciones forman parte de la prevención en la lepra, de lo que se deriva la importancia de la integración de estos contenidos para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra durante la etapa de residencia.

Para resumir lo establecido por el PNCL, ⁽²⁴⁾ la autora coincide con Hurtado ⁽³⁹⁾ al asumir que el especialista en MF es el responsable de identificar tempranamente los síntomas y signos de la enfermedad, por lo que con la dirección de este profesional se deben: pesquisar a toda la población anualmente mediante el examen físico dermatoneurológico e identificar los casos sospechosos de lepra; controlar el tratamiento multidroga y administrar quimioprofilaxis; realizar actividades de educación sanitaria; participar en el

control de foco y evaluar al enfermo de lepra mensual durante el tratamiento y anual por cinco años después de haber culminado el mismo.

No existen referencias explícitas en los documentos consultados sobre las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, lo concerniente a su desarrollo a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, se expresa en términos muy generales.

Para identificar la actividad de prevención y control de la lepra y dar salida al segundo objetivo se analiza el trabajo de los residentes con los documentos: hoja de actividades de MF (modelo 18-145), historia de salud familiar (modelo 54-50), historia clínica individual de los casos diagnosticados, los contactos y la población de riesgo, que se describen a continuación.

Las historias clínicas de los pacientes enfermos de lepra, los contactos y la población de riesgo, están incompletas; la descripción de las lesiones y del examen físico dermatoneurológico es deficiente; no indican las medidas de rehabilitación para prevenir las discapacidades. En la historia de salud familiar se refleja el grupo de riesgo de padecer la enfermedad, pero se evidencia ausencia del registro de casos sospechosos de lepra en el consultorio médico, los tarjetones de tratamiento no reflejan el nombre de los medicamentos.

Se evidencian dificultades en el seguimiento de los casos en tratamiento, no lo realizan mensual según establece el programa, el manejo de los pacientes con reacciones leprosas es inadecuado y existe deficiencia en el seguimiento de los contactos y la población de riesgo.

2.1.2 Análisis de los resultados de la encuesta, la observación no participante y la entrevista estructurada que se aplican a los residentes en Medicina Familiar

La población en estudio, está constituida por 36 residentes en MF, que laboran en las áreas de salud Julio Castillo, Máximo Gómez y Camilo Cienfuegos, pertenecientes al municipio Chambas, provincia Ciego de Ávila y representan el 100 % de este capital humano.

Los residentes se distribuyen por área de salud de la siguiente forma, el 50 % pertenece al área Julio Castillo, el 25 % a Máximo Gómez y el 25 % restante a Camilo Cienfuegos. De ellos cursan el primer año de residencia 15 (41,7 %), el

segundo año 16 (44,4 %) y el tercer año cinco residentes (13,9 %). Todos tienen menos de cinco años de graduados (Anexo 5, Tabla 2.2) y ofrecen su consentimiento informado para participar en la investigación. (Anexo 6)

El cuestionario (Anexo 7 a), con su clave de calificación (Anexo 7 b), es uno de los instrumentos que mide los indicadores de la dimensión cognitiva. Sus resultados muestran que, con respecto al primer indicador, el nivel de conocimientos es muy bajo en el 58,3 % de los residentes y bajo en el 41,7 % de ellos; las dificultades redundan sobre los síntomas de la lepra; consideran los nódulos y la alopecia de la cola de las cejas como síntomas tempranos y no reconocen los trastornos sensitivos y motores como síntomas sugestivos. (Anexo 7 c, Tabla 2.3).

En la segunda pregunta, predomina el nivel de conocimiento bajo en el 61,1 % de los residentes. La mayoría considera importante indagar sobre los antecedentes epidemiológicos, pero las mayores necesidades de conocimiento se identifican relacionadas con la morfología de las lesiones cutáneas, los medios auxiliares para realizar el examen físico y la localización de los troncos nerviosos que se afectan en la lepra.

Con respecto a la identificación del caso sospechoso de lepra, se aprecia en la pregunta tres, que el 69,4 % de los residentes poseen un nivel bajo. La mayoría reconoce la presencia de lesiones cutáneas como indicador de sospecha de lepra y los documentos que deben actualizar, pero no consideran los trastornos neuríticos ni dominan la conducta a seguir. En la cuarta pregunta, el 61,1 % de los residentes tienen un conocimiento muy bajo, de ellos la mayoría dejaron la pregunta en blanco o mencionan solo un diagnóstico diferencial correcto.

En las interrogantes cinco y seis los resultados muestran que el 50 % de los residentes tienen un nivel muy bajo y el 50 % restante un nivel bajo, sobre el tratamiento, con escaso dominio de las drogas antileprosas, la duración del tratamiento, los efectos adversos de los medicamentos y las medidas de rehabilitación para evitar las discapacidades.

Con respecto a las reacciones leprosas, el 61,1 % de los residentes tienen un nivel muy bajo y el 38,9 % un nivel bajo, con limitado conocimiento sobre las manifestaciones clínicas y la conducta a seguir en estos casos. El 100% de los residentes las consideran entre los efectos adversos de los medicamentos antileprosos y suspenden la terapia multidroga, lo que es totalmente erróneo. Al

evaluar la realización del control de foco se aprecia un predominio del nivel bajo (55,5 %) y solo el 5,6 % tiene un nivel medio. Entre las deficiencias están: el desconocimiento sobre la quimioprofilaxis y la definición de los contactos.

Constituye una fortaleza que el 100 % de los residentes conoce las actividades de educación sanitaria que se realizan en la comunidad para la prevención de la enfermedad y su disposición para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, indicador que obtiene un nivel alto en el 75 % de los residentes, el resto oscila entre los niveles medio y muy alto. Sin embargo, con relación al nivel de satisfacción con la preparación recibida para el desarrollo de la habilidad predomina un nivel muy bajo en el 63,9 % de los residentes.

Para resumir los resultados de la aplicación del instrumento la autora considera importante resaltar, que las necesidades de conocimiento coinciden en todos los residentes independientemente del año cursado, con predominio del nivel muy bajo y bajo en todos los indicadores de la dimensión cognitiva, lo que apunta hacia la exigencia de buscar alternativas para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

La observación no participante (Anexo 8 a y b) permite evaluar los indicadores de la dimensión procedimental de la variable dependiente. Se realiza en varias sesiones de educación en el trabajo, los resultados evidencian un predominio del nivel bajo (55,6 %) y el nivel muy bajo (44,4 %) en los residentes para la realización del examen físico dermatoneurológico, se aprecia que las principales dificultades están en relación con: limitar el examen físico solo a zonas expuestas de la piel, al identificar y describir correctamente las lesiones cutáneas sugestivas de lepra y palpar los nervios periféricos. (Anexo 8 c, Tabla 2.4).

Para la realización del interrogatorio se observa que la mayoría de los residentes (72,2 %) tienen un nivel bajo, con dificultades para orientar el interrogatorio en función de lo encontrado al examen físico e indagar sobre la presencia de síntomas relacionados. Para identificar el caso sospechoso, predominan los niveles bajo (58,3 %) y muy bajo (41,7 %); con debilidades en la interpretación de los resultados obtenidos del interrogatorio y el examen físico, incorporar el caso sospechoso al registro, confeccionar correctamente la historia clínica individual y establecer el diagnóstico diferencial.

De forma general se observan dificultades en los aspectos que miden la

realización del control de foco en cuanto a la identificación de los contactos y la población de riesgo de lepra, la confección correcta de la historia clínica y la pesquisa a la población, en la mayoría de los residentes independientemente del año que cursa.

Constituye una fortaleza el dominio de las técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra, se observa que la mayoría de los residentes poseen un nivel alto (38,9 %) y muy alto (27,8 %) en este aspecto. Sin embargo, en cuanto al trabajo en equipo, los resultados no son alentadores al observarse que el 66,7 % de los residentes tienen un nivel bajo. Los aspectos nueve y diez de la guía de observación, miden el interés y la satisfacción de los residentes para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con un predominio de los niveles muy bajo y bajo en ambos ítems.

El análisis que se realiza sobre los resultados de la observación no participante permite plantear que la totalidad de los residentes presentan un nivel muy bajo y bajo en la ejecución independiente de las acciones correspondientes a los indicadores de la dimensión procedimental, independientemente del año de residencia que cursan.

La entrevista estructurada (Anexo 9 a) es otro de los instrumentos que se aplica, persigue como objetivo que los residentes se autoevalúen con relación al estado actual de la habilidad desde su percepción. Al indagar sobre la autoevaluación de los residentes para identificar los síntomas y signos de la lepra, describir las lesiones cutáneas y realizar correctamente el examen físico dermatoneurológico, se aprecia coincidencia en los resultados de los tres primeros aspectos, donde más del 58 % de los residentes se autoevalúan de regular y solo dos de ellos (5,6 %) de bien. (Anexo 9 b, Tabla 2.5)

De forma general los residentes que participan en la investigación reconocen estar evaluados de regular y de mal, con respecto a la identificación del caso sospechoso de lepra, el diagnóstico diferencial, la confección correcta de la historia clínica individual, la indicación precisa del tratamiento medicamentoso y el control de la administración de los medicamentos. De igual forma sucede en los aspectos ocho y nueve sobre conocer y explicar los efectos adversos de los medicamentos e indicar las medidas de rehabilitación.

Con respecto a la remisión de los pacientes que requieren interconsulta con otras especialidades médicas de forma oportuna y realizar el seguimiento de

los casos, los resultados oscilan entre regular en la mayoría de los residentes 77,8 % y 61,1 % respectivamente y mal en el resto. En cuanto a las reacciones leprosas y la orientación correcta a los pacientes se aprecia que la mayoría de los residentes consideran estar evaluados de mal en estos aspectos.

Los resultados sobre la identificación de los contactos y la población de riesgo, muestra que el mayor porcentaje de los residentes (72,2 %) se autoevalúan de regular, el 22,2 % de mal y el 5,6 % considera estar bien en ese aspecto. De forma similar ocurre con respecto a la administración de quimioprofilaxis donde predominan las autoevaluaciones de regular. Sobre el dominio de las técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra, los residentes se autoevalúan de bien (41,7%), muy bien (36,1 %), y excelente (22,2 %), lo que representa una fortaleza para la investigación.

Con la aplicación de la entrevista estructurada, los residentes tienen la oportunidad de autoevaluarse con respecto al desarrollo de la habilidad, lo que favorece el crecimiento profesional al reconocer las debilidades y las fortalezas en beneficio del aprendizaje.

A continuación, se realiza el análisis de fiabilidad (Anexo 10) a los instrumentos una vez que se aplican, mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, que expresa la consistencia interna a partir de la covariación entre los ítems del cuestionario, de manera que cuanto mayor es la covariación, mayor es la puntuación alfa. ⁽¹⁵³⁾ Entre los resultados que se obtienen están: para el cuestionario y la guía de observación el valor es de 0,872 (Anexo 10 a y 10 b) y para la entrevista estructurada de 0,863. (Anexo 10 c)

Numerosos investigadores coinciden que valores superiores a 0.70 indican que el instrumento muestra una muy buena consistencia interna.^(154,155) La autora asume la interpretación que ofrece Barrios y Cosculluela,⁽¹⁵⁶⁾ quienes concluyen que la fiabilidad adecuada oscila entre 0,70 y 0,95; y señalan que los valores muy cercanos a uno pueden implicar ítems redundantes que no proporcionan información relevante sobre los atributos que se intenta medir, por tanto los resultados en la presente investigación indican que los instrumentos tienen un alto grado de fiabilidad para la recolección de los datos. Una vez analizados y discutidos los instrumentos que se aplican para el estudio cuantitativo, incluido el análisis de fiabilidad de cada uno de ellos, se procede a

exponer los resultados cualitativos y arribar a las potencialidades y problemáticas profesionales relacionadas con el estado actual de la habilidad.

2.1.3 Análisis de los resultados de la entrevista a grupos focales y la observación participante

Para la fase cualitativa de la investigación se asume a De la Cuesta ⁽⁴⁵⁾ y se seleccionan los grupos focales en la etapa diagnóstica porque aportan datos que no se pueden obtener con la entrevista individual, vinculados con la reacción de los actuantes a lo que expresa su compañero y la interacción del grupo.

Se conforman dos grupos focales, a los cuales se les realizan dos sesiones de entrevista grupal (Anexo 11 a) con el propósito de conocer sus valoraciones sobre los aspectos relacionados con el desarrollo de la habilidad prevenir lepra y su estado actual, las unidades de estudio son dieciocho residentes en MF, para su selección se tuvo en cuenta que laboran en los consultorios del Policlínico Docente Julio Castillo. Para el desarrollo de la actividad se convoca a los actuantes con anticipación.

La actividad es conducida por la autora de la investigación en calidad de moderador que dirige la sesión y observador que lleva el registro. Se realiza la valoración de los resultados de forma cualitativa, mediante el análisis de la información de las respuestas que ofrecen los entrevistados. A continuación, se detallan los resultados:

La entrevista arroja como resultados que son profesionales con poca experiencia en el manejo de los pacientes con diagnóstico de lepra y sus contactos por ser una enfermedad de baja prevalencia y por ellos tener pocos años de graduados; pero se pueden observar potencialidades muy significativas como son la autovaloración que realizan acerca de sus necesidades en lo relacionado con el fortalecimiento de este contenido para alcanzar el desarrollo de la habilidad.

Testimonios que se pueden constatar en el proceso de indagación:

“...Me resulta difícil el contenido porque no lo practico con frecuencia, nunca he atendido un caso enfermo de lepra, ni he participado en un control de foco...”

“...Me cuesta mucho trabajo describir las lesiones cutáneas y diferenciarlas de otras enfermedades dermatológicas...”

“...Al realizar la pesquisa de lepra a la población o a los contactos, siento que me falta organización al realizar el examen físico dermatoneurológico...”

“...Siento que no domino el contenido y me resulta difícil explorar los nervios periféricos...”

“...Siento que necesito ejercitarme más para lograr destreza al realizar el examen físico dermatoneurológico, durante la carrera al igual que en la residencia el contenido de lepra es muy teórico, necesitamos más práctica...”

“...Me resulta difícil identificar las reacciones leprosas, considero que es un contenido que debemos trabajar más, sobre todo porque no es frecuente tener casos así...”

Estos residentes tienen una visión muy positiva acerca de la importancia de la aplicación del método clínico y epidemiológico durante la práctica médica y la importancia que reviste el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes, evitar las discapacidades y cortar la cadena de transmisión.

“...Considero que es muy importante la aplicación del método clínico y epidemiológico durante la práctica médica, sus procedimientos nos ayudan a un mejor desempeño...”

“...Me gustaría practicar como realizar de forma correcta y organizada el examen físico dermatoneurológico...”

“...Me siento comprometido con la tarea y me gustaría desarrollar habilidades que me permitan superarme en el tema...”

Durante las sesiones de entrevista grupal se constata que los residentes, se sienten motivados para apropiarse de los conocimientos teóricos e instrumentales necesarios para el desarrollo de la habilidad, manifiestan su disposición para el desarrollo de la habilidad y expresan la necesidad de mejorar su desempeño en la práctica médica diaria.

“...Durante la carrera de medicina y la residencia he recibido clases sobre lepra, pero todos los encuentros han sido muy teóricos, considero que las vías utilizadas hasta el momento no han fructificado...”

Durante el análisis discursivo de los grupos focales se evidencia la necesidad de la metodología, los residentes coinciden en la importancia de buscar, por parte de los profesores, alternativas, vías que conlleven a una verdadera apropiación de estos contenidos, al ser la lepra una enfermedad poco

frecuente, se necesita mucho más empeño para desarrollar habilidades para su prevención y control.

Todo lo anterior conlleva a insuficiencias en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra por parte de los residentes en MF, debido fundamentalmente a la carencia de una metodología que integre los elementos inherentes a la prevención secundaria y se base en los procedimientos del método clínico y epidemiológico para el desarrollo de la habilidad.

Durante la observación participante (Anexo 12 a) se puede constatar que los residentes interactúan de forma espontánea en un ambiente agradable, de respeto mutuo, donde se logra la participación y la reflexión, ellos exponen sus preocupaciones, sentimientos, expectativas y ofrecen su autovaloración sobre el desarrollo de la habilidad. El lenguaje extraverbal revela señales de acuerdo con las ideas colectivas, muestran motivación y expresan su disposición para el desarrollo de la habilidad.

Con el análisis que se realiza a partir de todo lo que expresan los residentes y la observación participante, se corroboran las debilidades en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra que evidencian los datos cuantitativos y se atribuye como causa principal la carencia de una metodología que integre los elementos inherentes a la prevención secundaria a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

2.1.4 Principales potencialidades y problemáticas profesionales de los residentes en Medicina Familiar para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

El método sistémico estructural funcional y el análisis de los resultados de la aplicación de los instrumentos, permite la triangulación metodológica (Anexo 13) para contrastar los resultados que se obtienen, establecer regularidades en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, a partir de los indicadores de estudio. La importancia de la triangulación en la investigación educativa y social, radica en reforzar la veracidad de los resultados mediante la convergencia o divergencia de los mismos.⁽¹⁵⁷⁾

Análisis cuantitativo: al analizar los datos cuantitativos, a partir de la encuesta, la observación no participante y la entrevista estructurada, se encuentra que, en todos los indicadores de la dimensión cognitiva y procedimental, los

residentes poseen un nivel muy bajo y bajo de conocimientos con relación al tema; excepto en el dominio de las técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra. En la dimensión afectiva manifiestan disposición para el desarrollo de la habilidad e insatisfacción con la preparación recibida.

Análisis cualitativo: después de analizar la información de las entrevistas en profundidad y la observación participante, se identifican limitaciones teóricas y procedimentales para el desarrollo de la habilidad, que se atribuye fundamentalmente a la carencia de una metodología que integre los elementos inherentes a la prevención secundaria a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico. Como fortaleza se observa motivación disposición y actitud positiva para profundizar en el tema.

Integración de los resultados: se observa una convergencia en los resultados, ya que tanto el análisis cuantitativo como el cualitativo señalan que existen limitaciones en los conocimientos teóricos y procedimentales para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra; revela además, la importancia del desarrollo de la habilidad y la necesidad de una metodología que integre los elementos inherentes a la prevención secundaria a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico; como propuesta de solución al problema.

Interpretación de los resultados: al realizar la triangulación de los resultados, se identifican un grupo de potencialidades y problemáticas profesionales en el proceso de diagnóstico del estado actual del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF del municipio Chambas.

Potencialidades:

1. Dominio de las técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra.
2. Se sienten dispuestos para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
3. Se muestran motivados para profundizar sus conocimientos relacionados con la lepra.

Problemáticas profesionales:

1. Escaso dominio de las manifestaciones clínicas de la lepra y limitadas habilidades para realizar el interrogatorio y el examen dermatoneurológico, lo que conduce a dificultades para identificar el caso sospechoso de lepra.

2. Imprecisiones al controlar el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación.
3. Deficiente conocimiento para identificar las manifestaciones clínicas de las reacciones leprosas y ofrecer orientaciones al paciente.
4. Insuficiente rigor para la realización de las actividades de control de foco.

2.2 Metodología para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra

Existen diversas posiciones acerca del concepto de la metodología como resultado científico de la investigación pedagógica. Rosental M. y Ludin P ⁽¹⁰¹⁾ la definen como el conjunto de procedimientos de investigación que se emplean en una ciencia y a la vez, la doctrina del método del conocimiento científico y de transformación del mundo. Desde el punto de vista científico, la metodología responde a dos aparatos estructurales básicos: el teórico y el metodológico, que didácticamente, se denomina aparato cognitivo a su componente teórico, y aparato instrumental al componente metodológico.

Autores como de Armas Ramírez y Valle Lima, ⁽¹⁵⁸⁾ al profundizar en la caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes a la práctica educativa, definen la metodología como el: “(...) sistema de métodos, procedimientos y técnicas que regulados por determinados requerimientos nos permiten ordenar mejor nuestro pensamiento y nuestro modo de actuación para obtener determinados propósitos cognoscitivos.”

La autora asume este concepto por considerar la utilidad de la metodología como un diseño funcional para alcanzar el objetivo de esta investigación. Por tanto, se concibe la presente metodología como el sistema de presupuestos cognitivos e instrumentales que orientan el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, a partir de la ejecución de acciones y operaciones sustentadas en los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

De acuerdo con Valle Lima, ⁽¹⁵⁹⁾ en la presente investigación se utiliza como vía para la elaboración de la metodología la forma más generalizada, que parte del diagnóstico de la realidad que se pretende transformar; se realiza un pronóstico

de lo que se espera obtener y a partir de ahí se establece la metodología con su comprobación en la práctica y se ofrece como resultado.

En correspondencia, se estructura la metodología de la forma siguiente: objetivo general, fundamentación, aparato cognitivo en el que se sustenta la metodología (cuerpo categorial y legal), aparato instrumental (etapas y procedimientos que corresponden a cada etapa), recomendaciones para su implementación y la representación gráfica de la metodología.

Objetivo general: contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, en la formación de los residentes en MF.

2.2.1 Fundamentación de la metodología

Se asume como fundamento filosófico la concepción del materialismo dialéctico e histórico, como ciencia y método, que se manifiesta en las categorías, leyes y principios de la dialéctica a través de la transformación de la persona a partir del nuevo conocimiento que adquiere; se transita de lo general a lo particular y se establece un cambio de lo cuantitativo, (nuevos conocimientos para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra) a lo cualitativo, (transformación en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra).

A ello se une el principio de la concatenación universal que reconoce la interrelación e interdependencia de todos los objetos y fenómenos de la realidad, lo cual puede explicarse dada la integración de las etapas y los procedimientos de la metodología. ⁽¹⁶⁰⁾

La teoría leninista del conocimiento científico, que expresa: "De la contemplación viva al pensamiento abstracto y de ahí a la práctica; tal es el camino dialéctico del conocimiento de la verdad, del conocimiento de la realidad objetiva," ⁽¹⁶¹⁾ se evidencia en la metodología que se propone, al utilizar la práctica como punto de partida para la elaboración de los procedimientos; se analiza la realidad existente para concebir la metodología y se transita de la práctica a la teoría para enriquecerla e ir nuevamente a la práctica transformadora como criterio de la verdad en el desarrollo de sus etapas.

La presente metodología le permite al profesor, mediante su implicación consciente en los procedimientos, nuevas vías para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, a partir de la integración de los elementos inherentes a la

prevención secundaria y la ejecución de acciones y operaciones sustentadas en la combinación del método clínico y epidemiológico; a la vez que le permite al residente apropiarse de los conocimientos teóricos e instrumentales para un mejor desempeño profesional en la prevención de la lepra.

El sustento sociológico de la metodología propuesta se manifiesta en la estrecha relación entre el contexto social, histórico y político en el que se inserta el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF. Este proceso tiene lugar en los escenarios de la APS, en la atención al individuo, la familia y la comunidad, por lo que el residente al apropiarse de los conocimientos, habilidades y valores recibe un conjunto de influencias de esa interacción, a la que se suman los profesores, el grupo y otros compañeros de trabajo, quienes contribuyen al desarrollo de la personalidad del profesional.

Además, los procedimientos que se proponen parten del conocimiento precedente de los residentes, de sus necesidades, de la práctica social concreta en que se desarrollan, lo que permite su participación activa y reflexiva, donde se promueva la creatividad.

Se toma como referente a Blanco ⁽¹⁶²⁾ al expresar que las influencias entre la sociedad y la educación solo pueden entenderse como una interacción recíproca, una interdependencia que se manifiesta de forma compleja y diversa. El reconocimiento de esta interdependencia desde la sociología permite analizar las relaciones que se suceden como resultado del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF y su influencia en la sociedad.

Desde lo psicológico se asume el enfoque histórico-cultural de la psiquis humana desarrollado por Vigotsky, ⁽¹⁶³⁾ este enfoque enfatiza en la importancia del entorno sociocultural para desarrollar capacidades en el individuo; apunta que la interacción del sujeto con su entorno social promueve transformaciones significativas en él, al aprender de una situación histórico cultural concreta.⁽¹⁶⁴⁾

Por tanto, se asume de este enfoque que la enseñanza precede, direcciona y conduce al desarrollo. En concordancia, el desarrollo de la habilidad prevenir lepra se organiza en correspondencia con la categoría zona de desarrollo próximo, referida a la distancia entre el nivel actual y el nivel potencial.⁽¹⁶⁵⁾ De esta forma, la zona de desarrollo próximo es el espacio que existe entre el desarrollo de la habilidad que el residente puede lograr por sí solo para

prevenir la lepra y el nivel de desarrollo que puede alcanzar con la ayuda de otros; en esta dinámica se crean las condiciones para nuevos aprendizajes.

Otro de los sustentos psicológicos de la metodología que se presenta es la teoría de la Actividad de Leontiev ⁽⁸⁰⁾ y la de formación por etapas de las acciones mentales de Galperin, ⁽¹⁰⁶⁾ analizadas en el primer capítulo de este informe.

La autora considera importante que el residente desarrolle la habilidad de manera consciente, con conocimiento pleno del procedimiento, de sus acciones y las operaciones. De esta forma, puede identificar áreas de mejora para su práctica clínica, asumir la tarea con mayor motivación y responsabilidad, a su vez que le permite una autovaloración de su desempeño profesional.

Como fundamentos pedagógicos se asumen las concepciones sobre la Pedagogía y la Didáctica, como ciencias que estudian la formación del profesional en un contexto social, y el PEA en un contexto educativo concreto. Un referente esencial son las concepciones de Ginoris Quesada O, Addine Fernández F, Turcaz Millán J, ⁽¹⁶⁶⁾ sobre las leyes del PEA.

La primera ley se refiere a su condicionalidad histórica y social. La metodología que se propone se establece en el contexto histórico-social en el que se desarrolla el proceso de formación de los residentes en MF y según las exigencias de la atención médica integral cubana, que posee carácter social, accesible, gratuito y comunitario.

La segunda ley del PEA se conoce como la ley de la unidad dialéctica entre la instrucción y la educación en el PEA, es importante destacar que en todo proceso formativo y específicamente en la formación de los residentes en MF, la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades está en estrecha relación con la educación en valores morales, que contribuye al desarrollo integral de su personalidad.

La tercera ley hace referencia a que todo PEA es un sistema que funciona sometido a influencias multifactoriales, donde sus componentes están interconectados y poseen jerarquías entre sí. La modificación de uno de ellos genera el cambio de los restantes; y todos están bajo la acción de otros factores influyentes, como la familia y la comunidad. Con carácter de ley, se acepta que todo PEA es una unidad de una diversidad. Lo que se evidencia en cómo el curso de enfermedades dermatológicas, en unión con otros cursos del

plan de estudio de la especialidad en MF, tributa a únicos objetivos formativos generales de la residencia.

En la dinámica que se establece entre los componentes del PEA radica su carácter sistémico y la expresión de unidad de la diversidad. ⁽¹⁶⁷⁾ Lo cual implica que para alcanzar el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, es necesario considerar la influencia del resto de los componentes del PEA y debe estar subordinada a las leyes generales que caracterizan a dicho proceso.

En las etapas de la metodología se jerarquiza el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, pero se tienen en cuenta el resto de las categorías didácticas. El objetivo se tiene en cuenta como expresión pedagógica del encargo social, la atención integral a la familia y la comunidad. Para su cumplimiento se trabaja con los sistemas de conocimientos, habilidades y valores, que se integran como contenidos a actualizar y se organizan para su explicación según los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

En esta propuesta, aunque se incluye un sistema de métodos, se privilegian los productivos, como los de la enseñanza problémica, el trabajo independiente, ⁽⁵⁸⁾ el método clínico ^(144,145) en su condición de metódica para la atención individual a personas sanas y enfermas y el método epidemiológico dirigido a la colectividad. En cuanto a los medios de enseñanza, tienen en su centro la utilización del organismo vivo, el contacto directo con el objeto de la profesión en su forma natural, desde la dinámica de la vida, tanto a través de situaciones reales como simuladas. Se utilizan otros medios complementarios, como imágenes y el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

En la metodología se privilegia las modalidades de la educación en el trabajo como: la consulta médica, las discusiones de casos y las sesiones de correlación clínica epidemiológica, para consolidar los conocimientos, desarrollar la habilidad y formar valores morales en relación con los miembros del equipo de trabajo y los pacientes. Es la forma de organización ideal para lograr diferentes niveles de relaciones interdisciplinarias. ⁽¹¹³⁾

Con el diagnóstico inicial y continuo, comienza la evaluación, que posibilita monitorear la calidad con que se cumplen las tareas, realizar las correcciones pertinentes y redireccionar el proceso. En la propuesta se asumen las consideraciones de Bernaza, ⁽⁴⁷⁾ al proponer una evaluación para el posgrado

que promueva la innovación educativa sobre la base no solo del resultado, sino también del proceso, con carácter meta-evaluativo, donde se estimula la autoevaluación de los residentes y la evaluación grupal, en la que cada uno de sus miembros se siente responsabilizado con el resultado del resto del grupo.

Con respecto a los componentes personales se conciben en la interacción del residente con el grupo, el profesor, el paciente, la familia y la comunidad, lo que sin dudas promueve la responsabilidad social, la relación médico-paciente y la transformación de su personalidad. El profesor tiene el reto de estimular una posición activa y transformadora en los residentes; no debe imponer sus criterios, solo orientarlos y guiarlos para garantizar su protagonismo en el aprendizaje y en su desarrollo. Así convierte en realidad las potencialidades previstas en los niveles de la zona de desarrollo próximo. ⁽¹³⁶⁾

Como principios de la Educación Médica que rigen la educación de posgrado, la formación permanente y continuada ^(168,169) se evidencia en la propuesta, a través de la preparación y actualización de los residentes para alcanzar el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, lo que permite la apropiación de los modos de actuación para un mejor desempeño profesional.

La concatenación sistemática, armónica y flexible de las etapas de la metodología, le permiten al residente brindar una atención médica integral a personas sanas o enfermas y contribuir a la transformación de su estado de salud; además, establecer relaciones empáticas con el paciente, la familia y la comunidad a través de la educación sanitaria, donde se cumplen los principios de educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana y el vínculo del estudio con el trabajo y la teoría con la práctica. ⁽¹⁷⁰¹⁾

Como expresan López y Valcárcel, ⁽¹⁷⁰⁾ a través de la educación en el trabajo, los objetos, métodos y procedimientos propios de la profesión, se convierten en contenidos, formas, métodos y medios para la formación y el desarrollo de sus recursos humanos. Su principal objetivo es contribuir a la formación de las habilidades y hábitos prácticos que caracterizan las actividades profesionales, la adquisición de los métodos más avanzados de trabajo y la formación de los rasgos que conforman su personalidad.

La metodología propuesta se organiza en los propios servicios del nivel primario de atención, de manera interdisciplinaria y con una integración clínica, epidemiológica y humana; se sigue el modelo de salud cubano que se sustenta

en la APS y en el PMEF, ⁽⁵⁾ como guía de su actuación profesional. Se es consecuente con el criterio de que la atención médica integral es la unidad de los aspectos curativos con los preventivos, de lo biológico con lo social, así como las condiciones del ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, y que condicionan el proceso salud-enfermedad. ¹⁷¹⁾ Para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra se tiene en cuenta que este profesional en su quehacer cotidiano debe diagnosticar el problema de salud, e intervenir en su solución mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, para transformar la situación de salud existente, bajo el cumplimiento estricto de la ética médica, la autonomía, el no querer hacer el mal, la beneficencia como principios de la Educación Médica. ⁽¹⁷²⁾

2.2.2 Aparato cognitivo en el que se sustenta la metodología

Cuerpo categorial: se resumen y exponen las principales categorías asumidas desde la teoría.

Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente. Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. El diagnóstico precoz, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad y para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad. ⁽¹²⁰⁻¹²⁴⁾

Prevención en la lepra: la estrategia de prevención en la lepra es secundaria, concebida de esa manera en los programas de control de varios países ^(24, 130-132) y sobre las bases de este tipo de prevención las acciones están dirigidas al diagnóstico precoz de la enfermedad, el tratamiento oportuno, el manejo de las reacciones leprosas y las acciones para el control de foco.

Habilidad prevenir lepra: en el marco de la presente investigación se considera como una habilidad profesional y se caracteriza como aquella que permite identificar e interpretar las manifestaciones clínicas de la lepra de forma precoz y las reacciones leprosas, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, así como realizar las actividades de control de foco con la pesquisa activa de los contactos y población de riesgo, a partir de la

combinación del método clínico y el epidemiológico como métodos científicos de la profesión.

Método clínico y epidemiológico: según el análisis epistemológico que realiza la autora, ambos métodos están íntimamente relacionados. Por tanto, se considera como la dinámica de la actuación profesional en la prevención de la lepra durante la atención médica integral y comunitaria, que posee un carácter procesal y sistémico, en la cual se relacionan el sujeto y el objeto para identificar e interpretar las manifestaciones clínicas de la lepra de forma precoz y las reacciones leprosas, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, así como la realización de las actividades de control de foco.

Desarrollo de la habilidad prevenir lepra: como se argumenta en la fundamentación teórica de la investigación, para el desarrollo de esta habilidad se integran los elementos inherentes a la prevención secundaria y se considera como aquel proceso integral, único e instrumental conformado por las acciones y operaciones del contenido de la habilidad, que dominadas en forma consciente, permiten, junto a los conocimientos y valores morales que poseen los residentes, realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad; identificar las reacciones leprosas; controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador; así como realizar el control de foco, a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

Cuerpo legal: se tienen en cuenta un grupo de exigencias para el diseño de la metodología que se resumen a continuación:

1. Realización del diagnóstico pedagógico inicial y continuo, para determinar el nivel de desarrollo próximo de los residentes, con el objetivo de poner en práctica acciones diferenciadas para cada uno de ellos y de esta forma estimular su actuación; intercambiar experiencias de su contexto; debatir nuevos problemas y su solución; favorecer la independencia y la comunicación en la apropiación activa del contenido y lograr la transformación deseada, lo que ofrece un carácter personalizado a la metodología.
2. Relación meta-contenido-métodos, determina la dinámica esencial del PEA, el método es la vía, el modo de desarrollar el proceso y guía la asimilación del contenido para alcanzar la meta u objetivo. Estos tres componentes deben estar alineados y coherentemente articulados para garantizar el proceso de formación estructurado y orientado hacia resultados concretos. ⁽¹⁷³⁾

3. Aplicabilidad y flexibilidad: el contenido debe estar en correspondencia con los motivos, necesidades e intereses de los residentes en MF; la flexibilidad durante su implementación admite realizar el reordenamiento y la reflexión crítica para que sea aplicable en una diversidad de contextos y adecuarla a las características de la localidad o institución donde se desee implementar, sin que se pierda el eje central del objetivo que se pretende alcanzar.

4. Dinamismo y contextualización: por la relación que se establece entre los residentes durante el trabajo grupal en los talleres y entre el residente, el paciente y el profesor en la educación en el trabajo, en los que se reflexiona, se intercambian ideas y se gana en valores, conocimientos y habilidades para el mejoramiento profesional. Su contextualización se evidencia al responder a una situación problemática identificada en la APS, que conlleva ajustes o cambios en dependencia del contexto donde se implemente la metodología.

5. Aplicación de procedimientos para la enseñanza de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en la educación en el trabajo e instrumentos para su evaluación. La educación en el trabajo permite integrar las actividades atencionales, docentes e investigativas, y aplicar los procedimientos del método clínico y epidemiológico, con el cumplimiento de los preceptos de la ética médica y el sistema de valores.

6. Consideración de los escenarios docente-atencionales, instalaciones, servicios, equipamiento e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades docentes y asistenciales.

Este cuerpo teórico sirve de sustento para el aparato instrumental de la metodología propuesta, de manera que se organice e interrelacione con las siguientes particularidades.

2.2.3 Aparato instrumental de la metodología

En la metodología se concibe el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, y la contextualización de los componentes del PEA. Se estructura en tres etapas (Planificación, Ejecución y Control), con objetivos específicos para cada una y procedimientos.

Descripción de las etapas y procedimientos de la metodología:

Etapa de planificación: tiene como objetivo planificar y organizar el proceso para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico. Se desarrolla en cuatro semanas, en ella se determinan el sistema de conocimientos, las acciones y operaciones a ejecutar por el residente y se elaboran las tareas para contribuir al desarrollo de la habilidad; finalmente, para comprobar el logro de los objetivos se realiza la evaluación.

Procedimientos

1. Preparación de los residentes.

Valoración de las potencialidades y problemáticas de los residentes para el desarrollo de la habilidad que se obtienen a partir del diagnóstico.

Información a los residentes sobre los aspectos relacionados con el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico: el objetivo, el contenido que incluye las acciones y operaciones a ejecutar, la bibliografía, las tareas, la evaluación y las formas de organización del trabajo docente.

2. Preparación del directivo y el claustro de profesores.

Determinación de las potencialidades y problemáticas del Jefe del Departamento docente del municipio y profesores.

Realización de un entrenamiento detallado a este directivo, quien actúa como observador, sobre los instrumentos elaborados para la obtención de la información y su registro.

Preparación del claustro de profesores y tutores durante el trabajo docente-metodológico mediante una clase metodológica instructiva y una clase metodológica demostrativa, así como la autopreparación, además se ofrece una guía con orientaciones para la educación en el trabajo. (Anexo 14)

3. Selección del contenido y los métodos a utilizar.

Selección -a partir de la necesidad de transformar a los residentes en MF para que puedan cumplir su función de atención médica integral- de los elementos teóricos que permitan la apropiación de los conocimientos; el desarrollo de la habilidad prevenir lepra; la integración de las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen su actividad; así como la ejecución de las acciones. A continuación se relacionan los contenidos, estos se organizan según las etapas del método clínico y epidemiológico, en función del perfil del profesional:

Prevención, niveles de prevención. Prevención en la lepra.

Método clínico y epidemiológico. Procedimientos, importancia, vinculación con el tema.

Concepto y epidemiología de la lepra. Clasificación de Madrid y sanitaria. Criterios para el diagnóstico de la Lepra. Manifestaciones clínicas y examen dermatoneurológico. Identificación del caso sospechoso de Lepra y conducta a seguir.

Tratamiento medicamentoso y de rehabilitación. Identificación y manejo de las reacciones leprosas.

Acciones de control de foco, definir el foco, identificación y manejo de los contactos, vigilancia de los casos antiguos.

Establecimiento de las relaciones interdisciplinarias que permitan la integración de este contenido con los cursos de promoción y prevención de salud, salud familiar, salud comunitaria, enfermedades infecciosas.

Planificación de los métodos a utilizar con predominio de los métodos productivos como los de la enseñanza problémica, en conjunción con el método clínico y epidemiológico.

4. Utilización de la tecnología informática en función del desarrollo de la habilidad prevenir lepra y el sistema de evaluación a utilizar. Hipervínculos a artículos, imágenes y videos para la realización del examen dermatoneurológico: Lepra: aspectos clínicos y tratamiento. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-lepra-aspectos-clinicos-tratamiento-13022408>

Lepra lepromatosa: presentación de un caso.

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000400015

Caso clínico de lepra virchoniana. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lepra-virchoniana-caso-clinico/>

Diagnóstico de lepra en comunidad ecuatoriana.

<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/528/268>

Lepra Manual Digital de Dermatología.

<https://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/manual-dermatologia/infecciones-e-infestaciones/lepra/>

📺 Diagnóstico y manejo de la lepra.

<https://www.youtube.com/watch?v=94yOKaCIMZ0>

📺 Actualización en lepra. https://www.youtube.com/watch?v=LD_xFenbYpw

📺 Lepra. Clínica, diagnóstico y tratamiento.

<https://www.youtube.com/watch?v=QsZ0-87AZNY>

📺 Métodos actuales para el diagnóstico de lepra.

<https://www.youtube.com/watch?v=cdHpWqmHmol>

📺 Examen dermatoneurológico.

<https://www.youtube.com/watch?v=ldImE7dfsxU>

Diseño de presentaciones que faciliten la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra y las reacciones leprosas, la localización anatómica de los principales nervios periféricos que se afectan en la lepra y la conducción para el desarrollo de la habilidad mediante la combinación del método clínico y epidemiológico.

Selección del tipo de evaluación a utilizar para la determinación del nivel de desarrollo alcanzado en la apropiación de este contenido en las distintas modalidades de la educación en el trabajo.

5. Planificación de las formas de organización del trabajo docente.

Durante la formación de los residentes se realizan talleres, seminarios, clase teórico-práctica y discusiones de casos clínicos, entre otras tipologías de clase, donde se pueda trabajar casos prácticos modelados, y se planifican con una secuencia lógica, en interacción con lo docente-asistencial e investigativo.

Varios son los autores ^(173,174) que reconocen la importancia del taller en el posgrado por su carácter práctico, la preponderancia del trabajo grupal y el desarrollo de habilidades. En la metodología la autora lo elige como forma organizativa inicial, por constituir un espacio de reflexión grupal sobre los problemas profesionales, se socializa la información y se analizan los procedimientos, motivaciones y las conceptualizaciones sobre el tema, además permite la participación, la comunicación, el crecimiento grupal e individual, la investigación y la creación.

Durante las actividades lectivas de cada curso y las capacitaciones planificadas en las reuniones del grupo básico de trabajo, se actualiza el contenido. Mediante la educación en el trabajo, el residente transita hacia la solución de casos prácticos reales o simulados; requiere ejecutar las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad; se debe promover la aplicación

correcta del método clínico y epidemiológico, así como la interacción con el paciente, la familia y la comunidad.

La educación en el trabajo es el principio rector de la educación médica cubana, se desarrolla en el servicio de salud y se dirige a las personas, la familia y la comunidad en el medio social en que se desenvuelven; para que cumpla sus objetivos formativos, debe contener en su esencia todos los componentes del PEA y correspondencia con los principios didácticos: carácter científico, sistematicidad, vinculación de la teoría con la práctica y de lo concreto con lo abstracto, de la asequibilidad, de la solidez de los conocimientos, del carácter consciente de la actividad independiente de los estudiantes y de la vinculación de lo individual y lo colectivo. ⁽¹⁷⁵⁾

Para la planificación de las actividades docentes se utilizan los escenarios de la APS y la educación en el trabajo, como la consulta médica, interconsultas docentes asistenciales con los profesores del grupo básico de trabajo, discusiones de casos, visitas de terreno y sesiones de correlación clínico-epidemiológicas.

Etapa de ejecución: en ella interactúan el profesor y el residente, comprende la ejecución de las actividades planificadas en la anterior; se desarrolla en los servicios de la APS, durante siete semanas.

Procedimientos.

1. Valoración del diagnóstico pedagógico integral: precisión por el profesor del nivel de la zona de desarrollo próximo de cada residente y el grupo, para la ejecución del desarrollo de la habilidad prevenir lepra, a partir de los resultados del diagnóstico pedagógico, y organización de las acciones a realizar en cada actividad docente. Su actualización será de forma sistemática.
2. Motivación y orientación de la ejecución: se estimula la actividad y se orientan las acciones y las operaciones a ejecutar de forma consciente, los medios auxiliares a utilizar y los indicadores precisos para evaluar la calidad de la ejecución. El profesor debe ofrecer al residente como vincularse con el objeto desde su esencia relacionada con los modos de actuación.
3. Demostración de la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, en un paciente. Se exponen en el primer capítulo, epígrafe 1.3.

4. Ejercitación por los residentes de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad, bajo la guía del profesor, quien promueve la reiteración y la independencia para alcanzar el dominio de la habilidad.

- Asignación de pacientes a los residentes, según el resultado del diagnóstico pedagógico integral y motivación para que registren los aspectos en la historia clínica de acuerdo con las etapas del método clínico y epidemiológico.

5. Generalización de la ejecución a nuevas situaciones; el residente debe ser capaz de relacionar el nuevo contenido con otros que él ya posee.

- Debe establecer relaciones entre este contenido y los de otros cursos.

- Asignación de pacientes o casos simulados con situaciones problemáticas, para la modalidad de discusión de casos y las sesiones de correlación clínico-epidemiológicas.

- Estimulación de la autoevaluación de los residentes, el análisis y discusión entre ellos de las autoevaluaciones realizadas.

- Valoración de alternativas durante el desarrollo de la habilidad, al tener en cuenta el resultado del aprendizaje por los residentes.

6- Realización en forma independiente por los residentes de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Asignación por residente de personas con nuevas situaciones donde se encuentre la invariante de habilidad y registro de los aspectos en la historia clínica, acorde con las etapas del método clínico y epidemiológico.

Comunicación a los residentes del resultado final de la evaluación, se tiene en cuenta la transformación que se logra, el análisis y discusión de las autoevaluaciones en el grupo. En caso de dificultades el profesor orienta medidas para su perfeccionamiento.

La evaluación debe incluir: la asistencia y puntualidad, disciplina, interés, satisfacción por las ejecuciones, tiempo empleado, seguridad en lo que decide, hace y obtiene, uso de los medios auxiliares, terminología médica, relaciones empáticas, habilidades comunicativas y su actuación conforme al sistema de valores y principios de la ética médica.

Etapa de control: es importante controlar el cumplimiento del proceso, calificar los resultados y comprobar cómo se comporta el desarrollo de la habilidad,

aunque está imbricada con las etapas anteriores y el control se realiza desde el comienzo, se destinan dos semanas para la documentación.

Procedimientos.

1. Valoración por el jefe del departamento docente, mediante la observación, acerca del desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

- Evaluación de la ejecución para el desarrollo de la habilidad, los medios, los métodos de la enseñanza problémica, el método clínico y epidemiológico, el sistema de evaluación, las formas del trabajo docente y la relación de todos con los objetivos de la actividad.

- Evaluación del logro de la integración de los conocimientos, habilidades y valores durante el proceso, mediante las relaciones que se establecen, así como las normas de comportamiento y cumplimiento de los principios éticos.

2. Comprobación, por el directivo, de las evaluaciones realizadas.

-Verificación de la integralidad de las evaluaciones, calidad de las historias clínicas, constatación de las discusiones de casos y las sesiones de correlación clínico-epidemiológicas que se realizan, así como la calidad de su desarrollo.

3. Debate con los residentes de los resultados de las observaciones.

4. Documentación de los resultados que se obtienen en las acciones de seguimiento y diseño del plan de medidas para mejorar los aspectos evaluados de insatisfactorio.

2.2.4 Recomendaciones para su implementación

1. Partir del diagnóstico pedagógico inicial y continuo, determinar los contenidos en los que se debe profundizar, con atención a las diferencias individuales para la ejecución de las acciones de la propuesta y la transformación deseada.

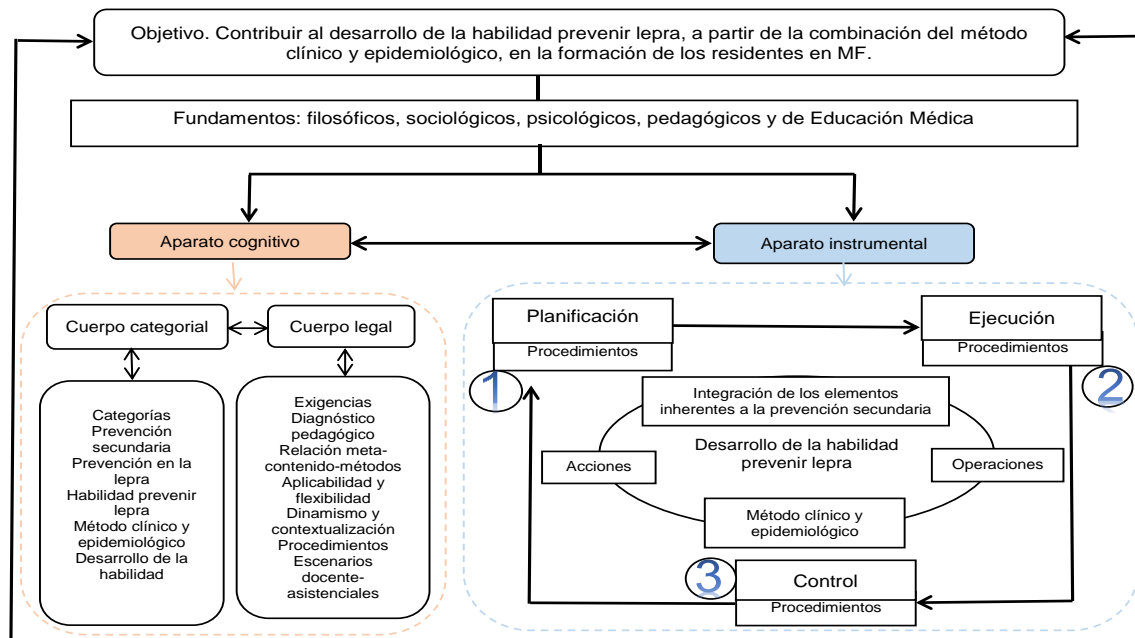
2. Fomentar el protagonismo de los residentes durante el proceso.

3. La ejecución de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad, sustentadas en los procedimientos del método clínico y epidemiológico; así como estimular su aplicación desde las actividades docentes, de manera interdisciplinaria y con una integración clínico, epidemiológica y humana.

4. En el desarrollo de la metodología debe predominar la ejercitación por los residentes.

5. Las actividades evaluativas deben servir de guía y ofrecer orientaciones que promuevan el crecimiento y la actitud de los residentes para prepararse sistemáticamente, además de fomentar la autoevaluación y la coevaluación.

Representación gráfica de la metodología propuesta:



Fuente: creación propia

Conclusiones del capítulo

La variable desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF se operacionaliza en las dimensiones cognitiva, procedimental y afectiva. Su estado actual revela el predominio de un nivel bajo y muy bajo en la mayoría de los indicadores independientemente del año de residencia. La triangulación metodológica permite a la autora arribar a las potencialidades y problemáticas profesionales existentes, lo cual confirma la necesidad de elaborar una metodología para contribuir al desarrollo de la habilidad con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la combinación del método clínico y epidemiológico. La metodología que se propone dispone de un objetivo general; fundamentación; aparato cognitivo, que incluye los cuerpos categorial y legal; aparato instrumental formado por tres etapas contentivas de procedimientos en la planificación, ejecución y control para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra; así como recomendaciones para su implementación y la representación gráfica.

CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA CIENTÍFICO-METODOLÓGICA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA AL DESARROLLO DE LA HABILIDAD PREVENIR LEPROSA EN LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

En este capítulo se realiza el análisis de los resultados que se obtienen a partir de la evaluación de la pertinencia científico-metodológica del aporte teórico y práctico, así como de las dimensiones e indicadores para medir la variable dependiente, a través del criterio de expertos mediante su metodología Delphi.⁽⁴⁶⁾ Se evalúa la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad mediante su introducción en el Policlínico Docente “Julio Castillo” de Chambas. Ciego de Ávila.

3.1. Aplicación del criterio de expertos para evaluar la pertinencia científico-metodológica de los aportes

Para validar la metodología se conforman el grupo coordinador y el grupo de expertos. Los miembros del equipo de investigación que forman parte del proyecto institucional del que se deriva la presente tesis doctoral son los miembros del grupo coordinador, cuyas funciones son: seleccionar el grupo de expertos a partir de su nivel de conocimiento y competencia, elaborar el cuestionario para consultarlo con los expertos, interpretar, analizar las respuestas y preparar la retroalimentación, así como supervisar la marcha correcta del proceso para realizar ajustes y correcciones.

Para el cumplimiento de sus funciones este grupo establece una comunicación interna entre sus miembros, con una frecuencia quincenal y una comunicación externa con los expertos, mediante las plataformas digitales de WhatsApp y correo electrónico.

3.1.1 Selección de los expertos y resultados derivados de la evaluación que realizan

Se determina como criterio fundamental de selección de los expertos, la competencia de los candidatos en el área del conocimiento en que se inserta la investigación sobre la base de su currículum personal. Se preseleccionaron un

grupo de especialistas en dermatología, medicina general integral, medicina interna y epidemiología, con alto nivel científico y vasta experiencia en la docencia y la atención a este grupo de pacientes.

Para evaluar su inclusión en la investigación, a todos se les aplica una encuesta (Anexo 15) y se seleccionan los de mayor coeficiente de competencia (K), que se determinó mediante la fórmula $K = \frac{1}{2} (k_c + k_a)$, donde k_c es el coeficiente de conocimientos y k_a es el coeficiente de argumentación. Se obtuvo primero el coeficiente de conocimientos K_c , mediante una escala de autovaloración de 11 categorías (0 a 10), donde el cero significa absoluto desconocimiento del tema que se investiga y el diez representa un pleno saber. Para las fuentes de argumentación, se emplea una escala ordinal de tres categorías (nivel alto, medio o bajo) para determinar el grado de influencia que tienen cada una de las fuentes en el nivel de competencia alcanzado. ⁽¹⁷⁶⁾

El coeficiente de conocimiento (K_c) que tiene el experto se calcula mediante la multiplicación del valor, según esta escala, por 0,1 y el cálculo del coeficiente de argumentación (K_a) se determina como producto de la suma de los puntos alcanzados, a partir de una tabla patrón. ⁽¹⁷⁶⁾

El código para la interpretación de K fue el siguiente:

Si $0.8 \leq K \leq 1$ el coeficiente de competencia del experto es alto.

Si $0.5 \leq K < 0.8$ el coeficiente de competencia del experto es medio.

Si $K < 0.5$ el coeficiente de competencia del experto es bajo.

Para seleccionar el panel de expertos, se tiene en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Ser especialistas relacionados con la atención a los pacientes con diagnóstico de lepra, con título de especialista de segundo grado, Máster o grado de Doctor en Ciencias, ser profesor con categoría docente asistente o superior, tener 12 años de experiencia o más en la docencia y obtener un coeficiente de competencia entre 0.5 y 1 ($0.5 \leq k \leq 1$).

En la fase exploratoria, el grupo coordinador confecciona la primera versión del cuestionario, y se somete, en una segunda ronda, a la validación por el grupo de expertos seleccionados con la intención de recabar los criterios cuantitativos y cualitativos más estables. El envío y la recepción del cuestionario se realizan por correo electrónico, en archivo adjunto o por la plataforma WhatsApp. Se le asigna un número a cada experto para garantizar el anonimato. Se realizan dos rondas de consulta a los expertos.

El cuestionario (Anexo 16) agrupa los ítems en siete categorías:

1. Pertinencia de las dimensiones e indicadores que se proponen para la evaluación de la variable dependiente (1)
2. Necesidad de la metodología (ítems 2-5)
3. Relevancia y pertinencia de la metodología (ítems 12-13)
4. Caracterización de la habilidad con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico (ítems 6-8)
5. Correspondencia de la metodología con los fundamentos teóricos que define la autora (ítems 9)
6. Exigencias consideradas en el cuerpo legal de la metodología (ítems 10)
7. Viabilidad de las etapas y procedimientos de la metodología propuesta en correspondencia con el objetivo que se persigue en ella (ítems 11)

Los expertos otorgan evaluación cualitativa, que se cuantifica desde 1 hasta 5, mediante escala tipo Likert, se utilizan los siguientes indicadores: muy adecuado (MA)=5, bastante adecuado (BA)=4, adecuado (A)=3, poco adecuado (PA)=2 e inadecuado (I)=1.

El grupo de expertos queda conformado por treinta profesionales (Anexo 17, Tabla 3.1), con predominio de los especialistas en dermatología (60 %), le siguen los especialistas en medicina general integral con el 26,6 % y los epidemiólogos, al igual que los clínicos representados ambos por el 6,7 %. El 100 % de los expertos tiene más de 12 años de experiencia en la docencia, ostentan el título de Máster en Ciencias el 86,7 %, son especialistas de segundo grado el 76,6 % del total y profesores auxiliares el 66,6 %.

Con relación al coeficiente de competencia, (Gráfico 3.1), el más bajo registrado fue de 0.7 K (medio) y el más alto de 1 K (alto), con un promedio general de 0.9; por lo que se puede plantear que el coeficiente de competencia fue alto y según estos resultados se determina escoger los treinta profesionales propuestos como expertos.

En una primera ronda se les presenta la propuesta (Anexo 16) y se les solicita que emitan sus opiniones y sugerencias. Con los elementos que aportan los expertos se perfecciona la metodología y se realiza la nueva consulta. El análisis de los resultados que se obtienen revela que no existen criterios inadecuados, ni poco adecuados. Los expertos coinciden en considerarlas

como muy adecuada, bastante adecuadas y adecuadas con medias de 27 (SD=3.7416575), 1,86 (SD=2.4159336) y 1,14 (SD=1.3552618) respectivamente. Se muestran las frecuencias absolutas, acumuladas y relativas de las evaluaciones por indicador. (Anexo 18 a, Tabla 3.2-3.6)

Para probar el nivel de acuerdo entre ellos, se utiliza el coeficiente de coincidencia de Kendall (W), cuyo valor debe oscilar entre cero y uno. El $W=1$ significa una concordancia de acuerdos total y el valor $W=0$ un desacuerdo total, entre los expertos. El valor 0.5 indica un equilibrio entre los expertos y los menores de 0.5 se consideran como una tendencia al desacuerdo entre los expertos. ⁽¹⁷⁷⁾ Se alcanza $W=0.90$, por lo que se considera que existe consenso entre los expertos. (Anexo 18 b)

En términos cualitativos, la información que se obtiene permite afirmar que la metodología resulta muy adecuada, resalta la estabilidad mostrada por los expertos en relación con las respuestas, que indican actitudes favorables (muy adecuada) hacia la propuesta según los puntos de corte. (Anexo 18 a, Tabla 3.7) Entre los criterios emitidos por los expertos, que permiten efectuar ajustes para el perfeccionamiento de la metodología se relacionan los siguientes:

- Los expertos coinciden que, para desarrollar la habilidad prevenir lepra en el contexto del primer nivel de atención es importante mejorar la preparación de los profesores y tutores de MF en el tema.
- Una de las sugerencias fue el cambio de la acción indicar por controlar el tratamiento multidroga y de rehabilitación física, psicológica y social; los expertos coinciden que el término controlar describe con mayor exactitud lo que debe realizar este profesional.
- Incorporar hipervínculos a artículos, imágenes y videos que proporcionen un acceso rápido y directo a la información y faciliten el estudio del tema de forma independiente.
- Otra de las sugerencias es tener en cuenta la búsqueda de casos entre los pacientes atendidos por otras especialidades, puesto que en muchas ocasiones los pacientes con manifestaciones clínicas diversas o discapacidades se atienden por fisioterapia, neurología, entre otras, con diagnósticos erróneos sin pensar nunca en la lepra.
- Por otra parte, los expertos coinciden en la importancia del uso de los métodos productivos de enseñanza, como los de la enseñanza problémica, en

conjunción con el método clínico y epidemiológico, mediante la asignación de pacientes o casos simulados con situaciones problemáticas, para la modalidad de discusión de casos y las sesiones de correlación clínico-epidemiológicas, al tener en cuenta que la lepra es una enfermedad de baja prevalencia.

- La metodología que se propone se encuentra muy bien elaborada y resuelve el problema que se da en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en el contexto de los residentes en MF.

3.1.2 Conclusiones derivadas de la aplicación del criterio de expertos

Las principales conclusiones derivadas de la aplicación de este método, se sintetizan a continuación.

(I₁). Pertinencia de las dimensiones e indicadores que se proponen para la evaluación de la variable dependiente: los expertos consideran que expresa los aspectos esenciales del constructo a evaluar, en relación con el desarrollo de la habilidad prevenir lepra; además permite determinar el comportamiento de dicho constructo.

(I₂) Necesidad de la metodología: el grupo de expertos plantea que es necesaria para mejorar la preparación de los residentes en MF sobre la lepra; además en el nivel primario las clases se imparten por profesores especialistas en medicina general Integral o en medicina interna sin una metodología que los oriente para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria.

(I₃) Relevancia y pertinencia de la metodología: es relevante porque existe la necesidad de mejorar la preparación de los residentes en MF sobre la lepra, para lograr realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad y evitar el desarrollo de discapacidades; además, constituye un instrumento teórico-metodológico que contribuye a atenuar las insuficiencias de la enseñanza del tema. Es pertinente porque responde a las necesidades que generaron su elaboración y es aplicable en el contexto formativo de los residentes en MF.

(I₄) Caracterización de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico. Los expertos coinciden en plantear que estos aportes son novedosos y contribuyen a

enriquecer la Didáctica de la Educación Médica para la formación de los residentes en MF.

(I5). Correspondencia de la metodología con los fundamentos teóricos que define la autora: los expertos consideran que los fundamentos resultan coherentes, reflejan las bases teóricas esenciales desde las concepciones filosóficas, psicológicas, sociológicas y pedagógicas y los principios de la Educación Médica y se asumen en correspondencia con lo sistematizado en la teoría pedagógica cubana.

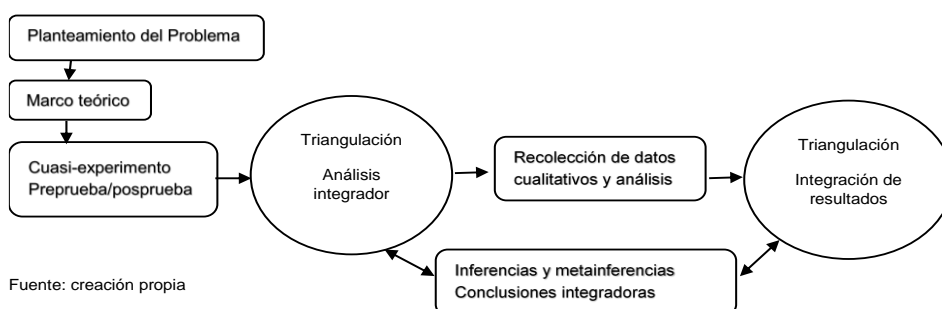
(I6) Exigencias consideradas en el cuerpo legal de la metodología: resultan coherentes y necesarias para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

(I7) Viabilidad de las etapas y procedimientos de la metodología propuesta en correspondencia con el objetivo que se persigue en ella: los expertos señalan que existe un ordenamiento adecuado de las etapas y los procedimientos en estrecha relación con el objetivo de la metodología.

3.2 Evaluación de la contribución de la metodología propuesta

Para la evaluación de la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se realiza la implementación práctica de la misma en el Policlínico Docente Julio Castillo del municipio Chambas, Ciego de Ávila, a la población constituida por los 36 residentes del municipio, durante el curso escolar 2024-2025.

Para constatar las principales transformaciones logradas se emplean diversos métodos científicos, cuantitativos y cualitativos como: la encuesta, la observación no participante y participante, las entrevistas y el método experimental mediante un cuasiexperimento. La investigación se realiza con enfoque mixto que se representa a continuación:



Fuente: creación propia

3.2.1 Desarrollo del cuasiexperimento y resultados en la etapa inicial y final

Para el desarrollo del cuasiexperimento se asume a Hernández y Mendosa. ⁽⁴⁴⁾

Su diseño sigue la siguiente variante:

GC O1 - O2

GE O3 X O4

Donde GC representa el grupo control; O1, la preprueba al GC; O2, la posprueba al GC; -, la ausencia de aplicación de la metodología. GE representa el grupo experimental; O3 la preprueba al GE, O4 la posprueba al GE y X, representa la aplicación de la metodología. Con la preprueba se comprueba la equivalencia inicial de los grupos, a pesar de ser grupos intactos. La preparación del cuasiexperimento se realiza durante el curso académico 2024-2025. Se toma como referente inicial los resultados que se obtienen del diagnóstico a partir de los instrumentos que se aplican a los residentes: cuestionario (Anexo 7 a), guía de observación (Anexo 8 a), guía de entrevista estructurada. (Anexos 9 a)

Se hacen corresponder los ítems de cada instrumento con los indicadores y dimensiones de la variable. Los indicadores se miden en una escala ordinal de cinco categorías valorativas: muy alto (5), alto (4), medio (3), bajo (2) y muy bajo (1) y se considera que las dimensiones asumen en valor, el puntaje promedio de sus indicadores. Es criterio de la autora que, si después de aplicar la metodología el resultado asciende dos niveles o más en la escala ordinal, ocurre un cambio significativo.

En el diseño del cuasiexperimento se tiene en consideración la categoría docente, la experiencia y la preparación metodológica del jefe del departamento docente municipal, quien participa como observador. El control se realiza mediante un entrenamiento detallado acerca de los instrumentos que se elaboran para la obtención de la información y su registro.

Se trabaja con dos grupos conformados previo al experimento, según el área de salud a la que pertenecen, y con características similares. Por selección aleatoria, se escoge el grupo de residentes de las áreas Máximo Gómez y Camilo Cienfuegos para el grupo GC compuesto por siete residentes de primer año, ocho de segundo y tres de tercer año. El GE lo integran ocho residentes

de primer año, ocho de segundo y dos de tercer año, pertenecientes al área de salud Julio Castillo. De esta manera, cada grupo está conformado por 18 residentes.

La distribución de ambos grupos es similar según sexo, edad, aprovechamiento académico y número de participantes por año de residencia. Para evaluar si existen diferencias significativas entre los grupos antes de la intervención, se utiliza la prueba U de Mann-Whitney, que identifica diferencias en la mediana de las variables iniciales entre los grupos, lo que contribuye a mejorar la validez interna al detectar posibles sesgos o desequilibrios previos. ^(178,179) Con su aplicación se demuestra que ambos grupos parten de las mismas condiciones iniciales y se puede proceder a aplicar los tratamientos respectivos.

Para evitar la contaminación o el intercambio de conocimiento entre el GC y el GE se toman varias estrategias de separación; los residentes pertenecientes a cada grupo son de áreas de salud diferentes y distantes, las actividades docentes se desarrollan sin que los grupos coincidan, en el GE se introduce la metodología con materiales didácticos que no se comparten con el GC, además se realiza un monitoreo continuo del entorno mediante entrevistas breves y observación directa para detectar posibles filtraciones.

Se respetan los postulados de la ética, por lo que se les explica a los residentes el objetivo del estudio y que la información que se obtiene se emplea únicamente en el marco de la investigación; que su participación es voluntaria y pueden abandonarla si así lo deciden. Su disposición a colaborar en el estudio se plasma en un modelo de consentimiento expreso, debidamente firmado por ellos. (Anexo 6)

Precisados los principales aspectos correspondientes a la preparación del cuasiexperimento, se procede a su ejecución.

Ejecución de cuasiexperimento.

La ejecución del cuasiexperimento tiene lugar en las aulas del Policlínico Docente Julio Castillo y en los consultorios médicos, durante siete semanas, en el curso escolar 2024-2025. En un momento inicial se aplican los instrumentos en ambos grupos para determinar el nivel de desarrollo de la habilidad prevenir lepra; en el grupo GE se comienza la introducción de la metodología propuesta como material de apoyo a las actividades docentes planificadas y a los cursos del plan de estudio de residencia y en el grupo GC se realizan las actividades

docentes de forma tradicional sin aplicar la metodología. En una etapa final se aplican nuevamente los instrumentos para comparar ambos grupos.

En este sentido, se definen las principales direcciones que, como parte del trabajo investigativo, es necesario considerar; las cuales se relacionan con:

- Análisis de los indicadores establecidos y su correspondencia con la metodología propuesta.
- Posibilidades reales de realizar la investigación; se tiene en cuenta que los grupos originariamente están conformados de forma equitativa por residentes que cursan diferentes años de especialidad; cada residente tiene asignado un tutor de formación; la capacitación a todos los médicos de MF que exige el PNCL y los cursos afines del plan de estudio de residencia que permiten la introducción de la metodología desde primer año; así como la complejidad del trabajo docente-asistencial.
- Verificación del estricto cumplimiento de la planificación de las actividades docentes de acuerdo con el programa de residencia.

A continuación, se describen los resultados de la aplicación de los instrumentos (Anexos 7 a, 8 y 9) al grupo control y experimental en la etapa inicial:

A partir de los datos primarios que se obtienen para cada indicador de las tres dimensiones de la variable dependiente (Anexo 19, Tablas 3.8 y 3.9), se diseñan cuadros que permiten realizar el análisis en cada etapa de la investigación.

Para la dimensión cognitiva, en el GC los indicadores 1.1 y 1.2 muestran ocho residentes con un nivel muy bajo y diez con un nivel bajo. Resultados similares se obtienen en el GE, donde nueve tienen un nivel muy bajo y nueve, bajo. Constituye una regularidad las dificultades para identificar los síntomas tempranos de la lepra y el no reconocer los trastornos neuróticos como síntomas sugestivos, lo que conduce a dificultades para identificar el caso sospechoso de lepra. Presentan escaso dominio sobre el tratamiento y consideran erróneamente que las reacciones leprosas se producen como efectos adversos a la terapéutica. (Anexo 19, Tabla 3.10)

En el indicador 1.3, los resultados coinciden en ambos grupos, siete residentes presentan un nivel muy bajo, diez un nivel bajo y solo un residente de cada grupo obtiene un nivel medio. En este indicador, los residentes de ambos

grupos presentan limitaciones en los saberes relacionados con el uso de la quimioprofilaxis y la definición de los contactos.

Al evaluar la dimensión cognitiva de forma general se obtiene un nivel muy bajo en nueve residentes y un nivel bajo en los restantes nueve que pertenecen al GC; de forma similar ocurre en el GE donde ocho de los residentes tienen un nivel muy bajo y diez bajo. (Anexo 19, Tabla 3.10)

Para la dimensión procedimental, en el indicador 2.1 del GC, ocho residentes permanecen en un nivel muy bajo y diez en el bajo. En el GE, siete tienen un nivel muy bajo y 11 un nivel bajo. Estos resultados muestran las insuficiencias de los residentes al realizar el interrogatorio y examen físico dermatoneurológico, fundamentalmente. (Anexo 19, Tabla 3.11)

En el indicador 2.2, coinciden ambos grupos con iguales resultados; se encuentran en un nivel muy bajo nueve residentes y los restantes nueve en el bajo. Estos resultados manifiestan sus dificultades para identificar las manifestaciones clínicas de las reacciones leprosas y orientar a los pacientes. (Anexo 19, Tabla 3.11)

Con respecto al indicador 2.3, se obtienen mejores resultados en comparación con el resto de los indicadores; se aprecia que nueve de los residentes del GC presentan un nivel bajo, ocho un nivel medio y un residente obtiene un nivel alto. Para el GE la distribución es similar; se observa que nueve residentes tienen un nivel bajo y nueve un nivel medio. En ambos grupos los residentes presentan limitaciones en la identificación de los contactos y la confección de la historia clínica. (Anexo 19, Tabla 3.11)

En la dimensión procedimental, los resultados globales muestran que seis residentes del GC tienen un nivel muy bajo, 11 bajo y solo un residente presenta un nivel medio; con respecto al GE se obtienen niveles muy bajo y bajo en seis y 12 residentes respectivamente. (Anexo 19, Tabla 3.11)

Para la dimensión afectiva, en el indicador 3.1 relacionado con el interés que muestran los residentes para el desarrollo de la habilidad, se obtiene que del GC, 12 residentes permanecen en un nivel muy bajo, cinco en el bajo y uno en el nivel medio. En el GE, 11 tienen un nivel muy bajo, seis en bajo y uno en el nivel medio. Con respecto a la satisfacción, indicador 3.2, los resultados revelan que del GC, 12 residentes permanecen en un nivel muy bajo y seis en el bajo. En el GE, 11 tienen un nivel muy bajo y seis, bajo. (Anexo 19, Tabla 3.12)

En el indicador 3.3, en ambos grupos los resultados son muy favorables y constituyen una fortaleza para la investigación; se aprecia que dos de los residentes del GC presentan un nivel muy alto, 14 un nivel alto y dos un nivel medio. Para el GE la distribución es similar, con predominio del nivel alto. De forma general para la dimensión afectiva se obtiene, un nivel medio en cuatro residentes y un nivel bajo en 14 residentes que pertenecen al GC; de manera similar ocurre en el GE, donde cinco de los residentes tienen un nivel medio y 13 un nivel bajo. (Anexo19, Tabla 3.12)

Con los resultados de las tres dimensiones se mide la variable que para ambos grupos muestra seis residentes en un nivel bajo, lo que representa el 33.3 % y 12 residentes con nivel muy bajo (66,7 %). El comportamiento de la variable con sus dimensiones e indicadores durante la etapa inicial, según la matriz de valoración que se utiliza para evaluar a los residentes del GC y del GE, muestra la homogeneidad originaria de ambos grupos. (Anexo19, Tabla 3.13, Gráfico 3.2)

Para constatar si existen diferencias entre los grupos durante la etapa inicial, se realiza la prueba U de Mann-Whitney, para muestras independientes y para ello se establecen las Hipótesis Nula (Ho) e Hipótesis Alternativa (H1):

Ho: no existen diferencias significativas en las dimensiones e indicadores de la variable dependiente, entre el GC y GE durante la etapa inicial (preprueba).

H1: existen diferencias significativas en las dimensiones e indicadores de la variable dependiente, entre el GC y GE durante la etapa inicial (preprueba).

Se prefija el valor del nivel de significación en $\alpha = 0,05$ y se realiza el procesamiento estadístico de la información con el software SPSS (Versión 21.0); al aplicar la prueba U de Mann-Whitney se obtiene un valor $p = 0,742$ para la dimensión cognitiva, $p = 0,821$ para la dimensión procedimental y $p = 1,000$ para la dimensión afectiva y para la variable, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula y se parte de condiciones iniciales similares para ambos grupos. Los resultados que se obtienen evidencian la necesidad de transformación que plantean las exigencias actuales de la educación médica superior en la residencia en MF. (Anexo19, Tabla 3.13)

Una vez que se realiza la preprueba que demuestra la equivalencia inicial de los grupos, se procede a describir las actividades que se llevan a cabo en cada grupo durante la ejecución del cuasiexperimento y presentar un análisis

integrado de los principales resultados de la implementación de la metodología. Se exponen los datos conclusivos, de los instrumentos que se aplican en el cuasiexperimento.

En ambos grupos se garantiza la actualización teórica del contenido a partir de la capacitación anual sobre lepra al médico de la familia que exige el PNCL ⁽²⁴⁾ y según el plan de estudio de residencia vigente. En el GC se realizan las actividades docentes sin aplicar la metodología y en el GE a partir de las etapas y procedimientos que se definen en la metodología.

En el GE se introduce la metodología desde primer año en el curso de promoción y acciones según el nivel de aplicación de la prevención en salud, con apoyo en los cursos de salud familiar y salud comunitaria; se tiene en consideración que estos temas al igual que la lepra se imparten desde la formación de pregrado y durante la especialidad los residentes tienen la posibilidad de actualizar sus conocimientos y perfeccionar sus habilidades.

Por otra parte, las habilidades que exigen estos cursos se exponen durante el análisis documental y están en correspondencia con el contenido que se desea introducir y la metodología elaborada; la integración de estos contenidos proporciona herramientas que favorecen la solución de los problemas de salud que se presentan en la comunidad. En el caso de los residentes de segundo año se introduce en el curso de enfermedades dermatológicas y en tercer año se organiza como recapitulación del contenido.

A continuación, se describe la implementación de la metodología en el GE a partir del desarrollo de las etapas en que se estructura la propuesta:

Etapa de planificación

A partir de las potencialidades y problemáticas de los residentes para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra que se identifican en el diagnóstico, se planifican las acciones fundamentales para el GE:

- Como parte de la capacitación y actualización teórica que establece el PNCL ⁽²⁴⁾ se planifica un taller y una clase teórico-práctica. Desde los cursos de la formación académica del residente en MF, se planifica el trabajo independiente y un seminario integrador. Estas actividades tienen el propósito de actualizar el contenido a partir del empleo de métodos productivos como los de la enseñanza problémica, en conjunción con el método clínico y epidemiológico. De esta

forma se concibe la preparación y actualización teórica de los residentes para introducir en la práctica la metodología elaborada.

- Durante la educación en el trabajo se realiza la ejecución práctica de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, la aplicación de los conocimientos, así como la interacción con el paciente, la familia y la comunidad. Para ello se utilizan los escenarios de la APS y las actividades docentes-asistenciales, como la atención a pacientes en consultorio, interconsultas, discusiones de casos, visitas de terreno, sesiones de correlación clínico-epidemiológicas y reuniones del grupo básico de trabajo.

Las acciones planificadas se insertan en los diferentes niveles del PEA de la especialidad en MF. El Comité Académico de la especialidad y el colectivo de profesores tienen implicaciones en el proceso de inserción de las acciones correspondientes a la metodología en el plan de trabajo metodológico de la especialidad.

Otra de las acciones planificadas desde este colectivo se orienta hacia la atención diferenciada desde la educación en el trabajo, donde juega un importante papel la labor de tutoría en los diferentes escenarios docentes de la APS. Las relaciones de interdisciplinariedad que se establecen, permiten la integración de este contenido con los cursos referidos anteriormente que responden a otras disciplinas, acciones que se conciben desde la metodología.

Etapa de ejecución.

El análisis de esta etapa se centra en los resultados de la ejecución de las acciones de transformación fundamentales que se llevan a cabo.

En el primer encuentro al GE se realiza un taller de capacitación con carácter orientador, cuyo principal objetivo es actualizar el contenido y socializar información con los residentes sobre la bibliografía, las tareas para contribuir al desarrollo de la habilidad y la evaluación. Se emplean presentaciones que facilitan la identificación de las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de las diferentes formas clínicas de la enfermedad y se ofrecen hipervínculos a artículos, imágenes y videos para el estudio del tema.

Como parte del trabajo independiente se orienta una revisión bibliográfica; se divide el grupo en dos subgrupos, el primero integrado por los ocho residentes de primer año y uno de año terminal a los que se indica el estudio sobre la

prevención, los niveles de prevención y la prevención en la lepra. Forman el otro subgrupo, el resto de los residentes que cursan el segundo y tercer año, a los que se orienta la revisión del método clínico y epidemiológico, para que indaguen sobre los procedimientos, la importancia de su aplicación y su vinculación con el tema que se estudia; elementos que se debaten en un seminario integrador, participativo, tipo panel.

Para el seminario tipo panel se trabaja con los subgrupos que se conforman previamente, los residentes de año terminal fungen como expertos; lo que propicia el cumplimiento de la función docente y educativa, que contempla el perfil profesional del especialista en MF.

Se orienta a los residentes expertos que elaboren preguntas a los panelistas según corresponda al tema revisado, tales como: ¿Qué se entiende por prevención?, ¿Cuáles son los niveles de prevención?, ¿Qué acciones se realizan en cada nivel de prevención?, ¿Qué tipo o nivel de prevención se aplica en la lepra? Con respecto a “método clínico y epidemiológico” tales como: ¿qué se entiende por método clínico y epidemiológico?, ¿qué importancia tiene su aplicación en la práctica médica?, ¿cómo se vincula con el desarrollo de la habilidad prevenir lepra?, ¿Cuáles son sus procedimientos?

Durante el desarrollo del seminario se promueve el debate científico, la participación activa del grupo, la autoevaluación y la coevaluación. Al finalizar se orienta la autopreparación de los residentes para la próxima actividad sobre cómo realizar el examen físico dermatoneurológico y los medios auxiliares a utilizar.

En la clase teórico-práctica, a partir del diagnóstico pedagógico integral, se precisa el nivel de la zona de desarrollo próximo que tiene cada residente y el grupo para organizar la actividad y realizar acciones diferenciadas; se presenta un caso clínico real, donde se demuestra con un paciente la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico. El desarrollo de la actividad se describe en el anexo 20.

Durante la demostración se propicia el debate y la reflexión con los participantes mediante preguntas que conducen la conversación heurística, de forma individual y colectiva, de manera que todos aportan y se produce un debate residente-residente, residente-tutor, residente-profesor, profesor-

profesor (constituidos por los profesores de MF, medicina interna y dermatología), para unificación de criterios que conduzcan al diagnóstico y a la conducta a seguir en el caso. Se agradece al paciente su colaboración.

El resto de los procedimientos de la etapa de ejecución se realizan en la educación en el trabajo, por un periodo de cuatro semanas, con el propósito de promover la reiteración y la independencia para alcanzar el dominio de la habilidad; durante la consulta médica o el terreno los tutores le asignan pacientes a los residentes según el resultado del diagnóstico pedagógico integral y estimulan la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad, el registro en la historia clínica de los principales hallazgos, así como la autoevaluación.

El tutor debe tener en cuenta la frecuencia, la periodicidad y el grado de dificultad para el desarrollo de la habilidad, su labor es decisiva para alcanzar el objetivo trazado; en correspondencia se ofrece una guía con orientaciones metodológicas a los tutores. (Anexo 14)

Otra de las modalidades de educación en el trabajo que se utiliza para la implementación de la metodología propuesta es la presentación del caso y su discusión diagnóstica, que se llevan a cabo durante las sesiones de correlación clínico-epidemiológicas y las reuniones del grupo básico de trabajo. Para su desarrollo se le asignan pacientes o casos simulados con situaciones problemáticas similares a los residentes y se estimula su autoevaluación, así como el análisis y discusión entre ellos de las autoevaluaciones realizadas.

Esta es una de las actividades fundamentales para la aplicación del método clínico y epidemiológico; se pueden trabajar situaciones que involucren al individuo, la familia y la comunidad y puede planificarse con antelación o sin previo aviso. El profesor debe entrenar al estudiante en los procedimientos o acciones a ejecutar. ⁽¹⁸⁰⁾

En esta etapa los residentes deben realizar en forma independiente las acciones y operaciones de la habilidad a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico. Se les asignan personas con nuevas situaciones donde se encuentre la invariante de habilidad y se les comunica el resultado final de la evaluación, se tiene en cuenta la transformación que se logra, el análisis y discusión de las autoevaluaciones en el grupo. En caso de dificultades el profesor orienta medidas para su perfeccionamiento.

Etapa de control.

El jefe del departamento docente, mediante la observación, supervisa el cumplimiento del proceso proyectado, evalúa los resultados y comprueba cómo se comporta el desarrollo de la habilidad prevenir lepra. Se realiza un debate con los residentes de los principales resultados de las observaciones practicadas y se diseña el plan de medidas para mejorar los aspectos evaluados de insatisfactorio.

Después de aplicar la metodología, se realiza la comprobación de la etapa final para evaluar el cambio en la variable dependiente. En sentido general, las tres dimensiones muestran una evolución positiva. Un análisis más detallado por indicador permite realizar las siguientes consideraciones.

Resultados de la aplicación de instrumentos (Anexos 7 d, 8 y 9) al grupo control y experimental en la etapa final:

Al evaluar la trascendencia en la dimensión cognitiva de la etapa inicial a la final se identifica que en el indicador 1.1, seis (33,3%) residentes del GC tienen un nivel muy bajo y 12 (66,7%) un nivel bajo, comparado con la etapa inicial dos de los residentes que estaban en el nivel muy bajo, pasan al bajo, el resto se mantiene en el nivel inicial. Para el GE, en este aspecto, en la etapa final, todos los residentes ascendieron: nueve (50%) a nivel muy alto, siete (38,8%) a alto y dos (11.1%) a medio. El cambio del GE a fases superiores está asociado al dominio teórico en la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra y la identificación del caso sospechoso. (Anexo 19, Tabla 3.10)

En el indicador 1.2, en la etapa final se obtiene en el GC un nivel muy bajo en siete (38,8%) de los residentes, nueve (50%) en bajo y dos (11.1%) en medio; con respecto a la etapa inicial mejoraron tres residentes ubicados inicialmente en el nivel muy bajo que pasan al bajo y dos que estaban en el nivel bajo y pasan al medio, el resto se mantienen en los mismos niveles de la etapa inicial. La transformación en el GE es muy positiva en los 18 residentes, con una promoción de nueve (50%) participantes al nivel muy alto, siete (38,8%) al alto y dos (11.1%) al medio. En este índice los residentes del GE muestran dominio de los conocimientos teóricos sobre el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente. (Anexo 19, Tabla 3.10)

Para el indicador 1.3 se observa que, en el GC, seis residentes (33,3%) tienen un nivel muy bajo, diez (55,6%) un nivel bajo y dos (11,1%) un nivel medio; se evidencia discreta mejoría porque dos residentes ascienden de nivel muy bajo a bajo y solo uno de bajo a medio, mientras que en el GE ningún residente se mantiene en los niveles bajo y muy bajo, sino que todos ascienden a niveles muy alto y alto, 11 (61,1%) y siete (38,9%) respectivamente. El cambio de los residentes se manifiesta en la apropiación de los conocimientos teóricos sobre las actividades de control de foco. (Anexo 19, Tabla 3.10)

Al evaluar la dimensión cognitiva de forma general en el GC se obtiene un nivel muy bajo en siete (38,9%) residentes, bajo en diez (55,6%) y solo uno (5,6%) posee un nivel medio; para los que pertenecen al GE, los resultados que se obtiene muestran niveles muy alto, alto y medio en 55,6%, 38,9% y 5,6% respectivamente. (Anexo 19, Tabla 3.10)

En la dimensión procedimental se aprecia que el indicador 2.1 en el tránsito de la etapa inicial a la final experimenta una tendencia a la estabilidad en el GC, solo un residente mejora al pasar de un nivel muy bajo a medio, mientras los demás conservan su estancia baja (55,6%) y muy baja (38,9%). Sin embargo, el GE tiene un ascenso en todos los residentes a niveles muy alto (50%); alto (38,9%) y medio (11,1%). Su salto a niveles superiores se relaciona con la independencia para la ejecución de las acciones y operaciones para identificar las manifestaciones clínicas de la lepra, realizar el examen físico dermatoneurológico e identificar el caso sospechoso. (Anexo 19, Tabla 3.11)

El indicador 2.2 tiene un comportamiento similar al indicador anterior de esta dimensión, se aprecia que los residentes del GC, en la etapa final, obtienen niveles muy bajo, siete (38,9%); bajo, diez (55,5%) y medio, uno (5,6%), con solo mejoría en tres de los residentes con respecto a la etapa inicial. Mientras que en el GE ningún residente queda rezagado en niveles inferiores, todos ascienden en la etapa final, nueve (50%) al nivel muy alto, ocho (44,4%) al escalón alto y uno (5,6%) al medio. El cambio está en correspondencia con el dominio en la ejecución de las acciones y operaciones para el control del tratamiento y en la identificación de las reacciones leprosas. (Anexo 19, Tabla 3.11)

Con respecto al indicador 2.3 desde la etapa inicial en ambos grupos se obtienen mejores resultados al considerar que ningún residente está en el nivel

muy bajo. En la etapa final para el GC se obtiene nivel alto en un residente (5,6%); medio en ocho (44,4%) y bajo en nueve (50%). Sin embargo, al analizar la tendencia al cambio en este grupo se aprecia que solo un residente pasa de nivel medio a alto, el resto mantiene la misma evaluación de la etapa inicial. En el GE la transformación se evidencia en todos los residentes, con niveles muy alto y alto, diez (55,5%) y ocho (44,4%) respectivamente, lo que está en relación con la ejecución de las acciones y operaciones para la realización del control de foco. (Anexo 19, Tabla 3.11)

Al evaluar la dimensión procedimental de forma global se obtiene un nivel muy bajo en cinco (27,8%) residentes, bajo en diez (55,5%) y medio en tres (16,7%) de los residentes que pertenecen al GC, a diferencia del GE donde se alcanzan niveles muy alto, alto y medio en 55,6%, 38,9% y 5,6% respectivamente. (Anexo 19, Tabla 3.11)

El análisis de los indicadores de la dimensión afectiva muestra que en el indicador 3.1, diez (55,5%) residentes del GC tienen un nivel de interés muy bajo, siete (38,9%) un nivel bajo y uno (5,6%) un nivel medio; comparado con la etapa inicial solo dos de los residentes que estaban en el nivel muy bajo, pasan al bajo, el resto se mantiene en el nivel inicial. Para el GE, en este aspecto, en la etapa final, todos los residentes ascendieron a niveles muy alto y alto. (Anexo19, Tabla 3.12)

Con relación al indicador 3.2 en la etapa inicial los integrantes del GC muestran un nivel de satisfacción muy bajo y bajo representados por el 66,7% y el 33,3% respectivamente, con ligera mejoría en la etapa final donde dos con nivel muy bajo ascienden a nivel bajo y uno a nivel medio. En cambio, en el GE se obtienen mejores resultados al considerar que todos los residentes que en un inicio se encontraban distribuidos en el nivel muy bajo y bajo, después de aplicada la metodología ascienden a un nivel muy alto el 61,1% de ellos y el 38,9% a un nivel alto. (Anexo 19, Tabla 3.12)

El indicador 3.3 relacionado con la disposición de los residentes para el desarrollo de la habilidad, constituye una fortaleza en la investigación desde la etapa inicial porque ambos grupos muestran niveles muy alto y alto en la mayoría de los residentes, comportamiento que se mantiene en la etapa final. De forma general para la dimensión afectiva se obtiene un nivel medio en siete (38,9%) residentes y un nivel bajo en 11 (61,1%) residentes que pertenecen al

GC, sin embargo; en el GE la transformación se evidencia en el ascenso de los residentes a niveles muy alto y alto, representados por el 83,3% y 16,7% respectivamente. (Anexo 19, Tabla 3.12)

Con los resultados de las tres dimensiones se mide la variable para ambos grupos. El GC muestra dos (11,1%) residentes en un nivel medio, 13 (72,2%) en bajo y tres (16,7%) en un nivel muy bajo (66,7 %), a diferencia del GE donde los residentes ascienden a niveles muy alto, alto y medio representados por el 55,5%, 38,9% y 5,6% respectivamente. (Anexo19, Tabla 3.13, Gráfico 3.2)

Las tres dimensiones de la variable dependiente resultan portadoras de un comportamiento tendente hacia las máximas categorías valorativas (alto y muy alto) en el GE, que se refleja en la ubicación del mayor porcentaje de residentes en estos niveles (Anexo19, Tabla 3.13, Gráfico 3.2), lo que puede estar relacionado con la contribución de la metodología sustentada en la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y en la combinación del método clínico y epidemiológico, en busca del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes.

Para determinar si estos resultados son significativos o no, se acude a la inferencia estadística. Al comparar los resultados del GC y el GE con la ayuda de la prueba U de Mann-Whitney y se establece en cada caso las siguientes Hipótesis Nula (Ho) e Hipótesis Alternativa (H1):

Para la dimensión cognitiva, constituida por los elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, al identificar e interpretar las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, indicar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Ho: no existen diferencias significativas entre los elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

H1: existen diferencias significativas entre los elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

Se asume el valor del nivel de significación en $\alpha = 0,05$ y se obtiene como resultado durante la etapa final Significación Asintótica (Sig = 0,000), por tanto, al ser la Sig $< \alpha$, se rechaza la hipótesis de nulidad H_0 y se puede concluir que la diferencia que se observa entre los elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico en la posprueba entre los grupos es significativa. (Anexo 19, Tabla 3.10)

Para la dimensión procedimental que incluye la expresión práctica de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, al identificar e interpretar las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, indicar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

H_0 : no existen diferencias significativas entre la expresión práctica de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

H_1 : existen diferencias significativas entre la expresión práctica de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

Se prefija el valor del nivel de significación en $\alpha = 0,05$ y se obtiene como resultado durante la etapa final Significación Asintótica (Sig = 0,000), por tanto, al ser la Sig $< \alpha$, se rechaza la hipótesis de nulidad H_0 y se puede concluir que durante la posprueba existe una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la expresión práctica de acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico. (Anexo 19, Tabla 3.11)

Con relación a la dimensión afectiva constituida por las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, al identificar e interpretar las manifestaciones clínicas de la lepra; indicar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador; identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Ho: no existen diferencias significativas en las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

H1: existen diferencias significativas en las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

Se prefija el valor del nivel de significación en $\alpha = 0,05$ y se obtiene como resultado durante la etapa final Significación Asintótica (Sig = 0,000), por tanto, al ser la Sig $< \alpha$, se rechaza la hipótesis de nulidad Ho y se puede concluir que durante la posprueba existe una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico. (Anexo 19, Tabla 3.12)

En cuanto a la variable dependiente: desarrollo de la habilidad prevenir lepra, relacionada con el nivel que alcanza el residente en MF, en la ejecución de las acciones y operaciones a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico para identificar e interpretar, mediante la dinámica de la actuación profesional para la prevención de la lepra, las manifestaciones clínicas y las reacciones leprosas que se presentan en los pacientes; controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador; así como realizar las acciones de control de foco y la vigilancia epidemiológica.

Ho: no existen diferencias significativas en el nivel que alcanza el residente en MF para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la ejecución de las acciones y operaciones y la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

H1: existen diferencias significativas en el nivel que alcanza el residente en MF para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la ejecución de las acciones y operaciones y la combinación del método clínico y epidemiológico entre el GC y el GE durante la posprueba.

Se prefija el valor del nivel de significación en $\alpha = 0,05$ y se obtiene como resultado durante la etapa final Significación Asintótica (Sig = 0,000), por tanto, al ser la Sig $< \alpha$, se rechaza la hipótesis de nulidad Ho y se puede concluir que

durante la posprueba existe una diferencia significativa entre los grupos en cuanto al desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la ejecución de las acciones y operaciones y la combinación del método clínico y epidemiológico. (Anexo 19, Tabla 3.13)

Durante el análisis que se realiza se demuestra estadísticamente que existen diferencias significativas entre los grupos y puede afirmarse que, en cada una de las dimensiones y en la variable, en el grupo experimental, se evidencian importantes avances -en relación a los logros esperados producto de la aplicación de la metodología- lo que se muestra durante el tránsito por las dos etapas; los resultados son cada vez más ascendentes, de acuerdo con la escala valorativa que se utiliza como patrón de referencia.

3.2.2 Resultados de los métodos cualitativos que se aplican después de la implementación de la metodología

En esta fase de la investigación se realizan entrevistas individuales no estructuradas que ofrecen un espacio abierto para que los actuantes expresen sus experiencias y percepciones en profundidad, además permiten conocer la práctica desde la vivencia de los que participan en ella cotidianamente. ^(45,181).

Con los grupos focales se promueve la discusión colectiva, así como la interacción grupal; y la observación participante permite registrar no solo las intervenciones verbales sino el lenguaje corporal y la dinámica grupal, lo que enriquece la comprensión del contexto y la forma en que se construyen los significados dentro del grupo. ⁽⁴⁵⁾ Finalmente con la triangulación metodológica entre métodos se refuerza la veracidad de los resultados que se obtienen desde ambos enfoques. ⁽¹⁵⁷⁾

Las entrevistas individuales no estructuradas se realizan con el propósito de profundizar en la valoración de los actuantes sobre los aspectos relacionados con el desarrollo de la habilidad prevenir lepra y la implementación de la metodología propuesta (Anexo 21 a), se obtienen testimonios, desde la reflexión crítica de los residentes en MF que se recogen en el anexo 21 b.

El análisis de los testimonios cualitativos permite explicar cómo y por qué la metodología contribuye de forma positiva al desarrollo de la habilidad prevenir lepra; los actuantes consideran que la motivación, el taller colaborativo, la seguridad ganada, la integración del contenido, la demostración de las

acciones y operaciones de la habilidad y su ejercitación con los tutores, son aspectos determinantes en la efectividad de la metodología.

Para las sesiones de entrevista a grupos focales, se trabaja con dos grupos; el primero integrado por ocho residentes de primer año y el segundo por diez residentes, de ellos ocho cursan el segundo año y dos son de año terminal, distribuidos de esa forma intencionalmente, para obtener diversas perspectivas complementarias y contrastar las experiencias e ideas de los actuantes por ser de años diferentes de la especialidad, lo que enriquece el análisis y comprensión del fenómeno que se estudia.

Se realizan dos sesiones de entrevista grupal con una duración de sesenta minutos, en las aulas del Policlínico Docente Julio Castillo, en un ambiente adecuado para la conversación, sin interrupciones para garantizar la confidencialidad y con los recursos necesarios para la grabación. El objetivo es profundizar en la valoración de los actuantes sobre la metodología y analizar la interacción grupal, para ello se diseña una guía de entrevista para cada grupo (Anexo 11 b y c), con preguntas abiertas orientadas a explorar los aspectos centrales del estudio.

Durante las sesiones de entrevistas se promueve la participación activa y el diálogo entre los actuantes. La autora al actuar como moderador, facilita la discusión y asegura que todos los actuantes interactúen y expresen sus opiniones. En el primer grupo focal (Anexo 11 b), integrado por los residentes de primer año en MF que pertenecen al Policlínico Julio Castillo, se obtienen valoraciones de los actuantes, que se ofrecen a continuación:

“... Considero que vincular el contenido relacionado con la lepra, con el contenido de los cursos afines del plan de estudio de primer año, nos permite actualizar los conocimientos teóricos y perfeccionar las habilidades adquiridas desde el pregrado...”

“... Estoy de acuerdo con mi compañera, incorporar este contenido desde primer año, nos mantiene actualizados y nos ofrece procedimientos para nuestro accionar...”

“... Pienso que este contenido es muy extenso y difícil para nosotros por ser una enfermedad poco frecuente, por lo que es importante aprovechar todos los escenarios docentes para desarrollar la habilidad prevenir lepra...”

Todos los miembros del grupo comparten la misma opinión satisfactoria en cuanto a la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad.

“... En mi opinión la metodología es muy valiosa, porque nos ofrece procedimientos que orientan de forma secuencial nuestro accionar ante un paciente con lesiones en piel...”

“... Con la metodología he logrado definir con mayor claridad lo que tengo que hacer para cumplir con lo establecido en el programa de lepra, he ganado en organización, puedo realizar mejor el control de foco y la pesquisa activa para mantener el adecuado control de la enfermedad...”

“... Me sentí muy motivada en cada encuentro, considero que la integración del contenido y la ejercitación de las acciones y operaciones durante las actividades atencionales han sido relevantes para lograr el objetivo...”

“... Comparto las opiniones de mis compañeros, pienso que hemos ganado mucho, en teoría y en destreza para la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad y en gran parte gracias a la metodología...”

“... Disfruté mucho el proceso, estudié el contenido con agrado y sentí que se estrecharon las relaciones con mis compañeros y mis profesores...”

En el escenario de este grupo focal afloraron las potencialidades transformadoras de la metodología y los aspectos positivos de su impacto, entre los que resalta su introducción desde primer año en los cursos afines, la integración del contenido y la ejercitación de las acciones y operaciones. El intercambio se caracteriza por la fluidez de forma amena, la participación activa y reflexiva de todos los residentes, el diálogo asertivo, altamente profesional, ético e impregnado de nuevos motivos, actitudes y valores compartidos hacia el desarrollo de la habilidad.

A continuación, se plasman los testimonios y valoraciones que se obtienen en el segundo grupo focal (Anexo 11 c), integrado por los residentes de segundo y tercer año de la especialidad:

“... Considero que la combinación del método clínico y epidemiológico nos permite identificar con mayor precisión las manifestaciones clínicas de la lepra y realizar un correcto examen dermatoneurológico, algo que antes me resultaba muy difícil...”

“... Ha sido una experiencia muy positiva para mí y para el grupo, hemos consolidado los conocimientos teóricos y perfeccionado habilidades que nos permiten un mejor ejercicio de la profesión...”

“... Recapitular el contenido y contar con una secuencia de acciones y operaciones que nos permiten organizar la prevención de la lepra, un contenido tan extenso, ha sido muy beneficioso para nosotros...”

“... Yo soy residente de año terminal y puedo decir porque recibí el contenido, el curso pasado sin la metodología, que con la implementación de la propuesta el contenido es menos abstracto..., es mucho más asequible, dinámico, práctico y más centrado en nuestro quehacer cotidiano...”

“... Comparto la opinión de mi compañera, también estoy en tercer año y nunca había recibido el contenido con tanto agrado, considero que la metodología nos proporciona conocimientos teóricos, pero sobre todo mucha seguridad para la práctica médica...”

La actividad se desarrolla dentro de un marco de respeto y libertad, la interacción entre los actantes favorece el intercambio de perspectivas y puntos de vista propios que conducen a una discusión enriquecedora y a la comprensión profunda del fenómeno que se estudia.

“... Considero que han sido determinantes en la contribución de la metodología varios aspectos, pero se destacan la integración de los elementos de la prevención secundaria y los procedimientos del método clínico y epidemiológico para realizar las acciones y operaciones de la habilidad...”

“... Las prácticas durante la educación en el trabajo bajo la orientación del tutor me dieron confianza para realizar las acciones y operaciones de la habilidad, desde la identificación de los síntomas hasta las acciones de control de foco...”

“... Estoy de acuerdo con mi compañero, los tutores con la ejercitación en las actividades de consultas y terreno han contribuido favorablemente para el desarrollo de la habilidad...”

“... Me sentí muy bien durante el proceso, muy motivado y satisfecho con la preparación recibida, fue una grata experiencia...”

“... Para mí también fue una grata experiencia y quiero agradecer a todos los profesores porque a pesar la carga asistencial y las dificultades de la vida cotidiana, nos dedicaron mucho tiempo y esfuerzo...”

Todos los actantes que participan en la entrevista grupal, valoran la puesta en práctica de la propuesta como una contribución valiosa que favorece la adquisición de conocimientos teóricos y procedimentales, reconocen la importancia de la aplicación del método clínico y epidemiológico para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra y el papel decisivo del tutor para alcanzar el objetivo. Además de proporcionar satisfacción por la experiencia vivida, expresado mediante sus testimonios

Durante la observación participante (Anexo 12 b), a los grupos focales se puede constatar un ambiente de confianza y respeto mutuo entre los residentes, quienes muestran una interacción grupal muy positiva, reflexiva y participativa con creatividad y motivación al expresar sus ideas, experiencias y sentimientos lo que enriquece mucho las valoraciones que se realizan. Todos los residentes participan de manera espontánea, sin presiones y su lenguaje extraverbal revela señales de acuerdo con las ideas colectivas.

Los actantes seleccionados para la parte cualitativa de la investigación manifiestan su satisfacción, interés y disposición a desarrollar la habilidad prevenir lepra, con un alto nivel de motivación, algo no visto con frecuencia en estos profesionales, pues su interés fundamental radica en el desarrollo de habilidades para la prevención y el diagnóstico de enfermedades con mayor incidencia.

Se realiza la triangulación metodológica entre métodos (Anexo 22), y se analizan los resultados de ambos enfoques; para el enfoque cuantitativo se tiene en cuenta el cuasiexperimento y para el cualitativo la entrevista individual no estructurada, las entrevistas a grupos focales y la observación participante:

Análisis cuantitativo: a partir del cuasiexperimento, se encuentra que en la fase inicial en ambos grupos (GC y GE), los residentes poseen un nivel bajo y muy bajo de desarrollo de la habilidad prevenir lepra, sin embargo, después de la implementación de la metodología los resultados evidencian la transformación del GE, donde los residentes ascienden a niveles muy alto, alto y medio, mientras que el GC mantienen niveles medio, bajo y muy bajo. Al realizar la estadística inferencial se demuestra la diferencia entre los grupos después de la introducción de la metodología, lo que constata su valor práctico.

Análisis cualitativo: mediante las vivencias, las valoraciones que expresan los residentes que se seleccionan para las entrevistas individuales no

estructuradas y a los grupos focales, así como la observación participante que realiza la autora se constata; que los residentes alcanzan un dominio de los conocimientos teóricos y procedimentales para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, sus valoraciones sobre la implementación de la metodología son muy positivas y se identifica la motivación, la integración del contenido y la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad como aspectos determinantes para lograr la transformación deseada.

Integración e interpretación de los resultados: se observa una convergencia en los resultados, desde ambos enfoques; tanto el análisis cuantitativo como el cualitativo evidencian que la metodología propuesta con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico contribuye favorablemente al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF; como propuesta de solución al problema.

Con el enfoque mixto, la autora reúne los datos cuantitativos y cualitativos, para combinarlos, integrarlos y extraer metainferencias, como producto de esa integración, que proporcionan una explicación causal y una visión más amplia a la ofrecida por los datos cuantitativos o cualitativos de forma independiente. Según J Creswell ⁽⁴³⁾, "las metainferencias son precisamente la «extracción de inferencias no solo de los resultados cuantitativos y de los hallazgos cualitativos, sino también del análisis de integración".

La autora para realizar el análisis y responder de forma completa al objetivo y a las preguntas de investigación, combina los resultados estadísticos que se obtienen a partir del cuasiexperimento, en el que se demuestra la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra mediante la diferencia significativa entre el GC y GE, con las vivencias, percepciones, experiencias y dinámicas sociales que subyacen a dichas diferencias mediante las entrevistas individuales, grupales y la observación participante.

Las narrativas que se obtienen de las entrevistas individuales proporcionan detalles personales y subjetivos que explican cómo y por qué la metodología propuesta contribuye al desarrollo de la habilidad, lo que se atribuye a la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, la secuencia de acciones y operaciones a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico y a las sesiones de

ejercitación durante la educación en el trabajo; las discusiones grupales y la observación participante revelan significados compartidos y dinámicas colectivas que enriquecen la comprensión del fenómeno.

En ambos enfoques se constata una convergencia entre las conclusiones que se derivan de ellos a través de la triangulación entre métodos, lo que permite afirmar que la implementación de la metodología propuesta es muy positiva para los residentes y logra su principal objetivo: contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra. En este sentido, destacan Hernández-Sampieri et al. ⁽⁴⁴⁾ que "alcanzar los mismos resultados mediante la aplicación integrada de enfoques incrementa la confianza en que estos son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno considerado".

Aunque hay que destacar que la integración de enfoques no se limita a confirmar los datos estadísticos, ni solamente se usa con fines de triangulación, sino que las metainferencias que se derivan permite comprender la naturaleza del fenómeno, sus causas y consecuencias desde una visión holística y compleja. ⁽⁴³⁾

Conclusiones del capítulo

Los expertos muestran estabilidad en relación con las respuestas y evalúan la metodología como muy adecuada según los puntos de corte. La caracterización de la habilidad con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, son considerados aportes novedosos que contribuyen a enriquecer la Didáctica de la Educación Médica para la formación de los residentes en MF.

La metodología propuesta contribuye favorablemente al desarrollo de la habilidad prevenir lepra como propuesta de solución al problema, el enfoque mixto que se utiliza permite no solo medir el cambio, sino comprender el proceso detrás de ese cambio. En el cuasiexperimento se evidencia la transformación favorable de los residentes del GE. El análisis de los testimonios cualitativos permite explicar cómo y por qué la metodología contribuye al desarrollo de la habilidad; se reconocen como aspectos determinantes: la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la ejercitación de las acciones y operaciones a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

CONCLUSIONES

1. Los referentes teóricos que sustentan el PEA para el desarrollo de las habilidades profesionales; sus fundamentos y características, contextualizados en la didáctica general y en el posgrado de las ciencias médicas en particular, en conjunción con la sistematización que se realiza a partir de los conceptos de prevención relacionados con el modelo clásico de Leavell y Clark para caracterizar la habilidad prevenir lepra; así como su operacionalización basada en los procedimientos del método clínico y epidemiológico, permiten precisar que la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria representa uno de los principales aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

2. El diagnóstico del estado actual de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF del municipio Chambas, revela que aunque existen potencialidades en cuanto al dominio de las técnicas de educación sanitaria y la disposición para el desarrollo de la habilidad, se constatan problemáticas profesionales, que se manifiestan en el escaso dominio de las manifestaciones clínicas de la lepra y limitadas habilidades para realizar el examen dermatoneurológico, imprecisiones al controlar el tratamiento, deficiente conocimiento para identificar las manifestaciones clínicas de las reacciones leprosas y la realización del control de foco, lo que evidencia la necesidad de elaborar una metodología que contribuya al desarrollo de la habilidad.

3. La metodología propuesta se estructura en tres etapas: planificación, ejecución y control, que se distingue porque tiene en cuenta los componentes del PEA contextualizados en el posgrado y el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, así como la operacionalización de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, aspectos que resaltan la novedad científica de la propuesta; además revela la necesidad de partir de los resultados del diagnóstico pedagógico y ofrece orientaciones para modalidades de la educación en el trabajo e instrumentos para su evaluación.

4. La evaluación que realizan los expertos permite comprobar la pertinencia científico-metodológica de la metodología para su aplicación en el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF. La caracterización de la

habilidad con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, son considerados aportes novedosos que contribuyen a enriquecer la Didáctica de la Educación Médica para la formación de los residentes en MF, validación empírica que confirma la novedad científica declarada en la investigación.

5. La evaluación de la implementación de la metodología, tanto mediante el cuasiexperimento como en las entrevistas individuales, focales y la observación participante, evidencian el cambio favorable que se produce en los residentes, manifiesto en su nivel de conocimientos, forma de proceder y vivencias afectivas sustentado en el método clínico y epidemiológico, como parte del desarrollo de la habilidad prevenir lepra. La valoración de los actuantes permite identificar: la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad como aspectos determinantes para lograr la transformación deseada.

RECOMENDACIONES

Los resultados del estudio sugieren las siguientes recomendaciones:

1. La profundización en las relaciones interdisciplinarias que se pueden establecer para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico durante la formación académica de los residentes en MF.
2. La capacitación al claustro de profesores para la implementación de la metodología.
3. Se reconoce como limitación que la investigación se desarrolla en un solo municipio con una población pequeña de residentes, lo que puede limitar la validez externa de los resultados, sin embargo, la autora considera que su generalización a otras instituciones del nivel primario de atención en el país es posible, porque:
 - El experimento se desarrolla en grupos muy parecidos a la mayoría de las poblaciones a las cuales se desea generalizar.
 - La validez interna del experimento es alta (existe equivalencia inicial de los grupos y la diferencia final se atribuye a la metodología).
 - La validez de constructo de la metodología es lo suficientemente robusta como para ser adaptada a otros contextos, con previa validación local.

Por lo que se recomienda una implementación gradual y progresiva, comenzar por los municipios y provincias con realidades epidemiológicas similares, para ajustar la metodología a contextos específicos y validar su transferibilidad a escala nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barba EJR. Lepra. Enfermedad milenaria aún vigente. Rev Mex Patol Clin Med Lab[Internet].2021[citado 13 Ene 2024];68(1):18-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101567>
2. Perche-Alvarez AE, Medina-Borges RM, López-Chacón A, García-Savón Y, Roche-Madrigal MC, Valdés-Velázquez G. El desarrollo de las habilidades profesionales en la carrera de sistemas de información en salud. Rev Cuban Tecnol Salud[Internet].2019[citado 13 Ene 2024];10(4):53-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95060>
3. Pérez-Ferreiro YC, Creagh-Bandera I, Favier-Torres MA. A propósito del 40 Aniversario del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba. Rev Inf Cient[Internet].2023[citado 13 Ene 2024];102:e4437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100050&lng=es.
4. del Huerto-Marimón ME, Romero-Marrero Y, Velazco-Fajardo Y, Alonso-Triana L, Cañete-Villafranca R, Semper-González AI. El concepto cultura de la profesión en la educación médica superior cubana: una reflexión necesaria. Rev Cubana Educ Super[Internet].2022[citado 13 Dic 2023];41(3):[aprox.13p.]. Disponible en: <https://revistas.uh.cu/rces/article/view/273>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana:Ciencias Médicas;2023. [citado 1 Ago 2023]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
6. González-Cárdenas LT, Cuesta-Mejías L, Pérez-Perea L, Presno-Labrador MC, Fernández-Díaz IE, Pérez-Díaz TC, et al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública[Internet].2018[citado 11 Nov 2023];42:e31. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>

7. Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Conceptualización del modelo económico y social cubano del desarrollo socialista. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2021-2026[Internet].2021[citado 19 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu>
8. Portal-Miranda J, Corratgé-Delgado H, Vidal-Ledo M. Objetivos, retos y prioridades del MINSAP, 2019. INFODIR[Internet].2019[citado 24 Mar 2022];(29):138-142. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/590>
9. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Resolución 140/19. Reglamento de Educación de Postgrado de la Educación Superior. Gaceta Oficial No. 65 Ordinaria de 2019[Internet]. La Habana:MES; 2019[citado 9 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/resolucion-140-de-2019-de-ministerio-de-educacion-superior>
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución 108/2004. Reglamento de Régimen de Residencia[Internet].2004[citado 9 Ene 2023]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=228>
11. Rojas-Concepción AA, Herrera-Miranda GL. Regularidades del trabajo metodológico en el proceso docente educativo de la especialización en Medicina General Integral. Rev Inf Cient[Internet].2021[citado 24 Jul 2023];100(4):e3477. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3477>
12. Dirección Nacional de Posgrado. Programa de Especialidad de primer grado en Medicina Familiar. La Habana:Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2023.
13. Abreu-Daniel A. Historia de la lepra en Cuba. Folia Dermatol Cubana[Internet].2020[citado 11 Ago 2023];14(1):e212. Disponible en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
14. Aguilera MM, Samaniego LR, Samudio M. Retraso en el diagnóstico como factor pronóstico de discapacidad en pacientes con lepra en Paraguay. Estudio de casos y controles. Rev Chil Infectol[Internet].2021[citado 11 Mar 2023];38(4):532-539. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000400532&lng=es

15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lepra en Cuba y tres verdades a conocer[Internet]. La Habana:Ciencias Médicas;2020[citado 11 Ago 2023]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/lepra-en-cuba-y-tres-verdades-a-conocer>
16. Cavalcanti-Barbosa C, Vieira do Bonfim C, Gondim de Brito CM, Vieira de Souza W, Fernandes de Oliveira-Melo M, de Medeiros ZM. Spatial analysis of epidemiological and quality indicators of health services for leprosy in hyperendemic areas in Northeastern Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo[Internet].2020[citado 4 Jun 2024];62:e93. Disponible en:<http://doi.org/10.1590/S1678-9946202062093>
17. García-Bring LR, González-García R, Martínez-Orosco D. Quesada-Font AJ. Comportamiento clínico-epidemiológico de la Lepra en Granma durante el período enero-diciembre de 2022. REDEL. Rev Granmense Desarro Local[Internet].2023[citado 17 Jun 2023];7(4):83-94. Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/redel/article/view/4069>
18. Cáceres-Durán MA. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. Rev Panam Salud Pública.[Internet]2022[citado 4 May 2025];46:e14. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.14>
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2023[Internet]. La Habana:MINSAP;2024[citado 4 May 2025];189.p. Disponible en: [https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%](https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%c3%adstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf)
20. Simionato-de Assis I, Zamboni-Berra T, Seles-Alves L, Viera-Ramos A, Henrique-Arroyo, Talita-dos Santos D, et al. Leprosy in urban space, areas of risk for disability and worsening of this health condition in Foz Do Iguaçu, the border region between Brazil, Paraguay and Argentina. Public Health[Internet].2020[citado 5 May 2024];20:119. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8236-5>

21. Trujillo-Ramirez L, Palacios-Ariza MA, Pradilla I, Gamboa LA. Peripheral neuropathy in leprosy: Clinical manifestations and disability in a Colombian national referral center. *Dermatology Reports* [Internet]. 2022[citado 17 Jun 2023];14:9308. Disponible en: <https://www.pagepress.org/journal/index.php/dr/article/view/9308>
22. Hurtado-Gascón L, González-González L, Tejera-Díaz J, Díaz-Hurtado A. Lepra tardía. Comportamiento clínico epidemiológico. La Habana. período 2008-2016. *Rev Leprológica*[Internet]. 2017[citado 5 May 2024];31(3):167-175. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326160644_LEPRA_TARDIA_COMPORTAMIENTO_CLINICO_EPIDEMIOLOGICO_LA_HABANA_PERIODO_2008-2016
23. Tellez-Céspedes N, Torres-Candebat R, Rojas-Meriño O. Método didáctico para la enseñanza del examen dermatoneurológico. *Folia Dermatol Cubana*[Internet]. 2021[citado 15 May 2024];14(1):e196. Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/196>
24. Colectivo de autores. Lepra: normas técnicas para el control y tratamiento[Internet]. La Habana:Ministerio de Salud pública;2015 [citado 5 May 2024]. Disponible en: <http://files.sld.cu/higienepñidemiologia/files/2015/07/programa-lepra-2008-vigente.pdf>.
25. Montenegro-Valera I, Prior-García AM, Uribe-Echeverría Delgado AI, Soler-Cárdenas SF, Durán-Marrero K. Conocimientos de los médicos de familia sobre lepra. *Rev Cubana Med Gen Integr*[Internet]. 2006 [citado 14 Mar 2023];22(3):[aprox.5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300007&lng=es.
26. Figueiredo-Vieira N, Moura-Lanza F, Martínez-Riera JR, Nolasco A, Félix-Lana FC. Orientación de la atención primaria en las acciones contra la lepra: factores relacionados con los profesionales. *Gac Sanit*[Internet]. 2020[citado 13 Mar 2023];34(2):120-126. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.011>
27. Hierrezuelo-Rojas N, Fernández-González P, Portuondo-Duany Z. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con lepra en un

- área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN[Internet].2021[citado 12 Jul 2023];25(1):1-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368466087001/html/>
28. Ferrá-Torres TM, Rodríguez-del Valle K, Florat-Gutierrez D. Caracterización de factores clínicos-epidemiológicos en la incidencia de lepra. Arch Méd Camagüey[Internet].2022[citado 12 Jul 2023];26. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8788>
29. Rivera-Chavarría A, Sánchez-Hernández G, Espinoza-Aguirre A. Barreras y facilitadores relacionados con el diagnóstico de la lepra en Costa Rica. Acta Méd Costarricense[Internet].2020[citado 14 Mar 2023];62(2):65-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/434/43463319004/html/>
30. Ceron-Bermudez M, Porras-Castro Y, Duque-Serrano Y. Conocimientos sobre Lepra del personal Médico y de Enfermería profesional de consulta externa de Imsalud, Cúcuta 2017[Internet]. Cucúta: Universidad de Santander;2018[citado 14 May 2024]:18p. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/entities/publication/c4c2474d-126f-4eae-9491-5e4c837bdce7>
31. López-Díaz F, Vásquez-Alejo Y, López-Vásquez YR, Barrios-Villegas JE. Aspectos clínicos del tratamiento de la lepra en atención primaria. Rev Cubana Med[Internet].2021[citado 20 Abr 2023];43(3):401-413. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/download/1623/2092?inline=1>
32. Tellez-Cespedes N, García-Céspedes ME. El examen dermatoneurológico en estudiantes de pregrado. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet].2021[citado 25 Jun 2023];12(2):184-190. Disponible en: <http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewFile/1981/1496>
33. Tellez-Cespedes N, García-Céspedes ME, Pérez-Castillo L. Formación de habilidades clínicas para el diagnóstico de la lepra por estudiantes de Medicina. EDUMECENTRO[Internet].2022[citado 12 Jul 2023];14:e1755. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100034&lng=es.

34. Tellez-Céspedes N, García-Céspedes ME. Historia de la lepra vinculada a la enseñanza de la Dermatología. EDUMECENTRO[Internet].2022 [citado 19 May 2024];14:e2048. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100066&lng=es.
35. Blanco-Córdova CA. Claxton-Louit M. Lepra: una enfermedad no erradicada. MediSur[Internet].2018[citado 14 Mar 2023];16(3):364-365. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3870/2601>
36. Serna-Cabañas MC. Integración de un modelo de la historia natural de la lepra y medidas de prevención [Internet]. México: Universidad Autónoma México;1985[citado 17 Sept 2023]. [aprox.17 p.]. Disponible en: <http://132.248.9.195/pmig2018/0100792/0100792.pdf>
37. Figueroa-García M. Sistema de acciones didácticas para la preparación de los estudiantes de medicina en el diagnóstico temprano de la lepra, [Internet]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila;2023.[citado 17 Sept 2024]. Disponible en: <https://repotesis.cav.sld.cu/index.php?P=AdvancedSearch&Q=Y&G69=291>
38. Luis-Trombetta L, Valerga M. La guía de estudio, un recurso didáctico en la enseñanza médica de la asignatura Enfermedades Infecciosas. Rev Asoc Méd Argent[Internet].2020[citado 5 Abr 2023];133(2):34-37. Disponible en: <http://www.am-med.org.ar/revista>
39. Hurtado-Gascón LC. de Armas-Molina R, Avila-Sánchez M, López Santa Cruz D, González-González L, Figueredo-Mesa Y. El desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la Lepra. Rev Cubana Tecnol Salud[Internet].2018[citado 17 Abr 2023];9(4):48-56. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1294>

40. Alemán-Martínez T. La habilidad prevenir lepra en el proceso de formación de los residentes en medicina familiar. En: Educación y Pedagogía. Educar con la IA[Internet]. New York-Cali:REDIPE;2025.[citado 15 Ago 2025];168-182. Disponible en: <https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog>
41. Alemán-Martínez T, Concepción-Pacheco JA, Hernández-Alemán DM, de León-Gutierrez OE. Evaluación de habilidades clínicas en la prevención de la lepra [Internet]. Manzanillo:Tercer Congreso Virtual Ciencias Biomédicas Granma;2023[citado 15 Ago 2025]. Disponible en: <https://cibamanz.sld.cu/index.php/cibamanz/2023/paper/download/465/234>
42. Dirección General de Salud Ciego de Ávila Departamento de Asistencia Médica. Análisis de la situación de salud del municipio Chambas; Chambas; 2025. (Documento no publicado)
43. Creswell JW. Mixed methods research [video en internet]. Youtube. 5 Dic 2020. Colombia: Canal Académico Uninorte[citado 20 Feb 2025]; 1:29:25. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Qn3Ow6vOM00>
44. Hernández-Sampieri R, Mendosa-Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa y cualitativa y mixta[Internet]. México:Mc Graw Hill- educación;2018[citado 18 Jun 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
45. Vicerrectoría Académica Universidad de El Salvador. Curso corto- Metodología de la Investigación Científica: Investigación cualitativa y cuantitativa[video en Internet].Youtube.15 Jul 2021[citado 18 Jun 2024]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=mG40NgCjydw>
46. Crespo Borges TP. Dieciséis respuestas a preguntas sobre el criterio de expertos en investigaciones pedagógicas. Lima, Perú: San Marcos; 2007.
47. Bernaza-Rodríguez GJ, de la Paz-Martínez E, del Valle-García M, Borges-Oquendo LC. La esencia pedagógica del posgrado para la formación de profesionales de la salud: una mirada teórica, crítica e

- innovadora. Educ Med Super[Internet].2017[citado 18 Jun 2024];31(4):1-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400020&lng=es
48. Luzbet-Gómez FR, Laurencio-Leyva A, García-Hernández A. La educación de posgrado y sus principales proyecciones en la educación superior cubana. Rev Estudios Desarrollo Social: Cuba América Latina [Internet].2023[citado 18 Jun 2024];8(2):[aprox.4 p.]. Disponible en: <https://revistas.uh.cu/revflacso/article/view/5553>
49. Bernaza-Rodríguez GJ, Aparicio-Suárez JL, de la Paz-Martínez E, Torres-Alfonso AM, Alfonso-Manzanet JE. La educación de posgrado ante el nuevo escenario generado por la COVID-19. Educ Med Super [Internet].2020[citado 18 Jun 2024];34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000400015&lng=es.
50. Travieso-Valdés D, Curiel-Peón L. El posgrado en la educación superior cubana. Rev Cubana Educ Super[Internet].2023 [citado 18 Jun 2024];42(1);502–513. Disponible en: <https://revistas.uh.cu/rces/article/view/8464>
51. Bermejo-Salmon M, Martínez-Manrique RC, Suárez-Caimary IL. La integración del contenido en la enseñanza de postgrado desde la interdisciplinariedad. Conrado[Internet].2023[citado 18 Jun 2024];19(93):70-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442023000400070&lng=pt&tlng=pt.
52. Rodríguez-Puente GA, Aldana-Zapata K, Merencio-Leyva N. El proceso investigativo en la formación de residentes de medicina general integral. Rev Innovación Social Desarrollo[Internet].2024[citado 18 Jun 2024];9(1):145–158. Disponible en: <https://revista.ismm.edu.cu/index.php/indes/article/view/2566>
53. Bernaza-Rodríguez GJ, Addine-Fernández F, González-García RO. Construyendo ideas pedagógicas sobre la educación de posgrado ante los retos del desarrollo[Internet]. La Habana:Universitaria;2020 [citado 18 Jun 2024]. Disponible en:

<https://ftp.isdi.co.cu/Biblioteca/BIBLIOTECA%20UNIVERSITARIA%20DEL%20ISDI/COLECCION%20DE%20LIBROS%20ELECTRONICOS/LE-2060/L>

54. Vidal-Ledo M, Fernández-Oliva B, Miralles-Aguilera E. Didácticas especiales en las ciencias de la salud. Educ Méd Super[Internet].2021[citado 13 Ago 2024];35(4):e3063. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3063>
55. Enríquez-Clavero JO, González-Hernández G, Toledo-Pimentel B, Otero-Martínez J, Corrales-Álvarez M. Caracterización de los componentes del proceso de enseñanza aprendizaje en estomatología. Educ Med Super[Internet].2020[citado 18 Jun 2024];34(3):e2230. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000300011&lng=es
56. Guillen-Estevez A, Ramírez-Mesa C, Cañizares-Espinosa Y, Ferrer-García M. La integración en el proceso de enseñanza aprendizaje de las ciencias básicas biomédicas. EDUMECENTRO[Internet].2024 [citado 19 May 2024];16(1):e2657. Disponible en: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/2657>
57. Labarrere-Reyes G, Valdivia-Pairol GE. Pedagogía. La Habana:Pueblo y Educación; 1998.
58. Borrero-Santiesteban Y. Los métodos problémicos en la formación del estudiante de Medicina. ¿Una alternativa o una necesidad? EDUMECENTRO[Internet].2022[citado 15 Ago 2024];14:e2426. Disponible en: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/2426>
59. Martínez-Linares C. Las lenguas extranjeras en Cuba, ¿autonomía, dependencia, coexistencia o complementación? RECIE[Internet]. 2021[citado 12 Ago 2024];5(1):148-161. Disponible en: <https://doi.org/10.32541/recie.2021.v5i1.pp148-161>
60. Rodríguez-Fernández Z, Soler-Morejón CD. Dimensiones de la educación en el trabajo en la docencia médica cubana. EDUMECENTRO[Internet].2020[citado 15 Ago 2024];12(4):208-226.

- Disponible en: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1540>
61. Ramos-Hernández R, Díaz-Díaz AA, Valcárcel-Izquierdo N, Ramírez-Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Med Super[Internet].2018[citado 15 Ago 2024];32(1):130-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es.
62. Ramírez-López B. Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba. MEDISAN [Internet].2022[citado 15 Ago 2024];26(2):475-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000200475&lng=es.
63. García-Núñez R, San Juan-Bosch M, García-San Juan C. Reseña histórica sobre la evolución de la especialidad Medicina General Integral en Cienfuegos. Medisur[Internet].2021[citado 15 Ago 2024];19(3):399-412. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5026>
64. González-Rodríguez R, Cardentey-García J, Dans-Blanco K. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de habilidades específicas para la especialización en Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2020[citado 11 Feb 2024];36(3):e1094. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000300015&lng=es.
65. Rojas-Fernández JC. Favier-Torres MA. Por el rescate de los principios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Rev Inf Cient[Internet].2020[citado 1 Ago 2023];99(2):102-103. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2755Segredo>
66. Cordero-Sivila YE, Sivila-Jiménez E, Abreu-González JM. La comunicación educativa en la formación del especialista de Medicina General Integral. UDG[Internet].2023[citado 24 Feb 2024];20(2):334-346. Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/3958>

67. Izaguirre-Vázquez AE, Izaguirre-Vázquez MI, Izaguirre-Vázquez J. Entorno bioético de la Atención Primaria de Salud: una mirada desde la gestión de un Policlínico universitario. ROCA. Rev Científico-Educacional Granma[Internet].2022[citado 24 Jul 2023];18(4):160. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/440/4403496012/>
68. Salas-Perea R, Salas-Mainegra A. La educación médica cubana. Su estado actual. Rev Docencia Univ[Internet].2012[citado 12 Jul 2023];10(Extra1):293-326. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/95512/00820123018077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios de la Residencia de MGI. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.
70. Salas-Perea RS. Educación en Salud: Competencia y Desempeño profesionales. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
71. Delgado-García G. El médico y la enfermera de la familia o medicina familiar. Cuad Hist Salud Pública[Internet].2008[citado 24 Jul 2023];(103):[aprox.2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782008000100010&lng=es
72. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios de la Residencia de MGI. Segunda versión(formato digital) . La Habana;1990.
73. González-Sábado RI, Martínez-Cárdenas A, Izaguirre-Remón RC. Formación profesional del especialista en Medicina General Integral y su competencia para prevenir el suicidio. EDUMECENTRO[Internet].2022[citado 24 Mar 2024];14:e2178. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100108&lng=es.
74. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Residencia de Medicina General Integral. Plan de estudios. La Habana: ISCH de La Habana; 2004.
75. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de estudio de tres años de la especialidad de Medicina General Integral. Habana: Ciencias Médicas; 2018

76. García-Núñez RD, San Juan-Bosch MA, García-San Juan CA. Reseña histórica sobre la evolución de la especialidad Medicina General Integral en Cienfuegos. Medisur[Internet].2021[citado 10 Jul 2023];19(3):399-412. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068641008/html/>
77. Raffino ME. Concepto de habilidad [Internet].2020[citado 17 Feb 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/habilidad2>
78. Petrovsky AV. Psicología y pedagogía de las edades. La Habana:Pueblo y Educación; 1970.
79. Valdés AI, Fernández-Pérez de Alejo G, Perojo-Martínez DA. El desarrollo de habilidades profesionales pedagógicas en la formación inicial del logopeda. Mendive[Internet].2019[citado 13 Ago 2023];17(4),512-523. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962019000400512&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962019000400512&lng=es&tlng=es)
80. Leontiev A. Actividad, Conciencia y Personalidad. La Habana: Pueblo y Educación;1981.
81. Ojeda-González JJ, Iglesias-León M, León-González JL. Diagnóstico de la formación de la habilidad tratar integralmente el dolor en la carrera de medicina en la universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Universidad Sociedad[Internet].2021[citado 13 Feb 2024];13(1):235-241. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000100235&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000100235&lng=es&tlng=es)
82. Fariñas-León G. Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico-cultural. Rev Cubana Psicol[Internet].1999[citado 13 Ago 2023];16(3):222-226. Disponible en: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/11.pdf>
83. Pupo-Pupo R. La actividad como categoría filosófica. La Habana:Ciencias Sociales; 1990. 263 p.
84. Curbeira-Hernández D, Bravo-Estévez ML, Morales-Díaz YC. La formación de habilidades profesionales en la educación superior. Rev Cubana Med Mil[Internet].2019 [citado 19 Ago 2023];48(Supl 1):e384. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500010&lng=es

85. Álvarez de Zayas CM. Hacia una escuela de excelencia. La Habana: Academia; 1996
86. Álvarez de Zayas CM. Didáctica. La escuela en la vida. La Habana: Pueblo y Educación; 1999.
87. Fuentes-González H. Conferencia sobre la Didáctica de Educación Superior. Santiago de Cuba: Centro de Estudio “Manuel F. Gran”; 1999.
88. González-Pérez M. La evaluación del aprendizaje: tendencias y reflexión crítica. Rev Cubana Educ Super [Internet]. 2001 [citado 13 Ago 2023]; 15(1):85-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000100010
89. Horruitiner P. La universidad latinoamericana contemporánea: retos y desafíos. La Habana: Universitaria; 2012.
90. Fariñas G. Aprender a aprender en la educación superior: experiencias cubanas desde una perspectiva vygotskiana. La Habana: Congreso “Universidad 2008”; 2008.
91. Cañedo-Iglesias CM. Fundamentos teóricos para la implementación de la didáctica en el proceso enseñanza-aprendizaje [Internet]. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”; 2008 [citado 13 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.eumed.net/librosgratis/2008b/395/395.pdf>
92. Montes de Oca-Recio N. La formación y desarrollo de habilidades en el proceso docente-educativo [Tesis]. Camagüey: Universidad de Camagüey; 2004.
93. Talízima N. Problemas teóricos de la elaboración del modelo del especialista. Educación Superior Contemporánea. 1986; (5):77-8.
94. Brito Hernández H. Psicología General para los ISP. T.2. La Habana: Pueblo y Educación; 1987. 82p.
95. Díaz-Calzada M, Delgado-Cruz A. Formación de la habilidad entrevistar en la asignatura Introducción a la Medicina General Integral. Rev Cienc Méd Pinar Río [Internet]. 2020 [citado 24 Feb

- 2024];24(2):e4364. Disponible en:
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4364>
96. Duarte-Blanco DM, Fabé-González I, Breijo-Woroz T. El desarrollo de habilidades profesionales pedagógicas desde la Filosofía Marxista en la formación inicial de la carrera Pedagogía-Psicología. Mendive[Internet].2016[citado 19 Ago 2023];14(4):352-361. Disponible en:
<http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/914/htm>
97. Ojeda-González J, Iglesia-León M, Espinosa-Roca A. Propuesta de sistema de tareas docentes para el desarrollo de la habilidad tratamiento integral del dolor. Medisur[Internet].2019[citado 10 Mar 2024];17(3):332-340. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/434>
98. Álvarez de Zayas RM. El desarrollo de habilidades de la Historia. Honduras: Guaimar; 1996.
99. León-Morejón Y, Gato-Armas CA. El desarrollo de habilidades profesionales para el Proceso de Software Personal. Mendive[Internet].2020[citado 19 Feb 2024];18(3):677-688. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962020000300677&lng=es&tlng=es.
100. Rivera-Michelena NM, Pernas-Gómez M, Nogueira-Sotolongo M. Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Una mirada actualizada. Rev Cuba Educ Super[Internet].2017[citado 14 Ago 2023];31(1):215-138. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412017000100019&script=sci_arttext&tlng=en
101. Rosental M, Ludin P. Diccionario Filosófico. La Habana: Editora Política; 1981.
102. Mena-Lorenzo JL, Mena-Lorenzo JA. La integración curricular de contenidos científicos en la formación profesional de estudiantes cubanos de Ingeniería Agrónoma. Indagatio Didactica[Internet].2019[citado];11(1):151-168. Disponible en:
<https://10.34624/id.v11i1.5647>.

103. Sixto-Fuentes S, Márquez-Marrero JL, Castillo-Valdés L. Concepción pedagógica del proceso de formación de habilidades profesionales en la especialidad de Oftalmología. Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias[Internet].2023[citado 12 Jul 2024]; 2:619. Disponible en: <https://10.56294/sctconf2023619>.
104. Curbeira-Hernández D, Bravo-Estévez M L, Morales-Díaz YC. Diseño cuasiexperimental para la formación de habilidades profesionales. Universidad Sociedad[Internet].2017[citado 17 Ago 2023];9(5):24-34. Disponible en: <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
105. Medina-González I, Valcárcel-Izquierdo N, Lazo-Pérez MA. Desarrollo de habilidades profesionales en los egresados de las carreras de Tecnología de la Salud. Rev Cubana Tecnol Salud[Internet].2016[citado 11 Mar 2024];7(1):3-13. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/653>
106. Galperin PY. Sobre el método de formación por etapas de las acciones mentales. En: Antología pedagógica. La Habana:Pueblo y Educación; 1986.
107. Rojas-Hernández KI, Saborit CT, Castillo ML, et al. Habilidades investigativas en estudiantes del ciclo clínico de la carrera de Estomatología. Rev Méd Electrón[Internet].2021[citado 11 Mar 2024];43(5):1221-1236. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=115016>
108. Horta-Castro Z, Rodríguez-Jiménez A, Pérez-Bejerano M. El desarrollo de habilidades intelectuales mediante el aprendizaje autorregulado en la formación de profesores de Biología. Transformación[Internet].2020[citado 14 Feb 2024];16(2):191-209. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552020000200191&lng=es&tlng=es.
109. Fornaris-Méndez M, Huepp-Ramos FL, Guerra-Mercado G. El desarrollo de habilidades profesionales en la disciplina principal integradora de la carrera Logopedia. Santiago[Internet].2023[citado 14

- Feb 2024];161. Disponible en:
<https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/5624>
110. Pérez-Garcés E, Armas-Pérez K, Puerta-Díaz L. Metodología para contribuir a la preparación del especialista en medicina general integral en la atención primaria de salud. Rev Mapa[Internet].2021[citado 9 Mar 2024];3(25):32–47. Disponible en: <http://revistamapa.org/index.php/es>
111. Candelaria-Brito JC, Ferro-González B, Gutiérrez-Gutiérrez C, Alonso-Ayala O. Estrategia de superación sobre Nefrogeriatria para el mejoramiento del desempeño profesional del médico de familia. EDUMECENTRO[Internet].2021[citado 9 Mar 2024];13(3):162-179. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000300162&lng=es.
112. López-Espinosa GJ, Valcárcel-Izquierdo N, Lemus-Lago ER, Yera-Alós IB, González-Ramírez EE, Quintana-Mugica R. Estrategia de superación profesional para la atención médica integral a la salud del trabajador. EDUMECENTRO[Internet].2021[citado 9 Mar 2024];13(3):22-41. Disponible en:
https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1811/pdf_595
113. Guerra-Macias I. Estrategia de superación profesional para el desarrollo de habilidades específicas en peritonitis posoperatoria. Rev Cubana Med Mil[Internet].2023[citado 19 Abr 2024];52(3):e02302871. Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2871>
114. Rodríguez-González L, Valcárcel-Izquierdo N. Estudio comparado del desempeño profesional de los estomatólogos generales integrales en el diagnóstico de las anomalías dentomaxilofaciales. Rev Electrón Científico-Pedagógica[Internet].2020[citado 19 Abr 2024];1:23-33. Disponible en:
<https://www.cienciaspedagogicas.rimed.cu/index.php/ICCP/article/download/216/182/359>
115. Martínez-Sariol E, Travieso-Ramos N, Buquet-Borges K, Vergara-Vera I, Viacaba-Palacios M, Martínez-Ramírez I. Estrategia de

- superación para desarrollar competencias en la atención de enfermería al neonato crítico. Rev Cubana Educ Super[Internet].2020[citado 17 Ago 2022];34(3):e1894. Disponible en: <https://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1894>
116. González-Díaz EC, Pérez-Calleja NC, Hernández-García F, Robaina Castillo JI, Angulo-Peraza BM, Hidalgo-Ávila M, et al. Estrategia de superación en medicina natural y tradicional para profesores de la carrera de Medicina. Rev Educ Méd[Internet].2021[citado 17 Ago 2022];22(55):396-402. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181320301297>
117. Valledor-Estevill RF. La sistematización de la teoría del campo de acción en la teoría del objeto de investigación. Didáctica Educación[Internet].2022[citado 16 Jun 2024];13(6):159-189. Disponible en: <http://revistas.ult.edu.cu/index.php>
118. Chirino M, Vázquez J, del Canto C, Escalona E, Suárez C. Sistematización teórica de los principales resultados aportados por en la investigación educativa y su introducción atendiendo a las características de estos. La Habana: Pueblo y Educación; 2013.
119. Redondo-Escalante P. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales. Universidad de Costa Rica Facultad Medicina Escuela Salud Pública[Internet].2004[citado 22 Ene 2024]. Disponible en: [https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/Anexo_07 - niveles de prevencion.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/Anexo_07_-_niveles_de_preencion.pdf)
120. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int[Internet].2011[citado 13 Mar 2024];33(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es
121. Sanabria-Ferrand PA. Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Rev Fac Med[Internet].2011[citado 16 Jun 2024];19(1):112-113. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100013&lng=en

122. Oddi C. Prevención de las enfermedades. Facultad Med Univ Buenos Aires Argentina[Internet].2019[citado 21 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/Pr%C3%A1cticas%20preventivas.pdf>
123. Olivero IV. Los niveles de prevención y su relación con el Proceso Salud-Enfermedad: Proceso Salud-Enfermedad-Prevención. Educ Salud Boletín Científico[Internet].2024 [citado 30 Ago 2025];12(24):73-87. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>
124. González-Espangler L, Mena-García G, Romero-García LI. Prevención en malformaciones congénitas bucomaxilofaciales desde la atención primaria estomatológica. Rev Gen Com[Internet].2022[citado 31 Ago 2025];14(1):1-16. Disponible en: <https://revgenetica.sld.cu/index.php/gen/article/view/12>
125. González-Espangler L, Silva-Martínez M. Algunas reflexiones sobre la atención de enfermería para la prevención terciaria de complicaciones asociadas al puerperio. MEDISAN[Internet].2024 [citado 30 Ago 2025];28(2):e4915. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000200015&lng=es
126. Álvarez-Sintes R, Hernández G, Barcos I, González E. Prevención cuaternaria y método clínico. En: Álvarez Sintés R, editor. Método clínico en atención primaria de salud. La Habana:Ciencias Médicas[Internet].2017[citado 12 Ene 2024];18(5):693-696. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000500693&lng=es&tlng=en
127. Barcos-Pina I, Álvarez-Sintes R, Hernández-Cabrera G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. Rev Cubana Salud Pública[Internet].2019[citado 17 Mar 2024];45(4):e1506. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1506>

128. Basain-Valdés JM, Valdés-Alonso MC, González-Cárdenas LT, Pérez Martínez M, Pacheco Díaz LC. Aplicación de los niveles de prevención en el control de la COVID 19. Rev Cuban Med Gen Integr[Internet].2021[citado 17 Mar 2024];37(Sup):e1637. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1637>
129. Montano-Luna JA, Sarduy-Faulin MM. Factores de riesgo y enfoque preventivo. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina general Integral. 4ta ed.V.I. La Habana: Ciencias Médicas; 2022. p. 4-11.
130. Paraguay.Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control de la Lepra Paraguay, 2021[Internet].2022[citado 12 Feb 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1393094/manual-estrategico-lepra21_web.pdf
131. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Salud implementa acciones de prevención y control contra la Lepra en el Ecuador[Internet]. 2023[citado 28 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/salud-implementa-acciones-de-prevencion-y-control-contra-la-lepra-en-el-ecuador/>
132. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de atención integral de la lepra[Internet].2023[citado 28 Feb 2024]. Disponible en: https://fedesalud.org/wp-content/uploads/2023/06/guia-lepra_1.pdf
133. Organización Mundial de la Salud. Hacia cero lepra. Estrategia mundial contra la lepra (enfermedad de Hansen) 2021–2030[Internet].2021[citado 28 Feb 2024].[aprox.2 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789290228509>
134. Fernández-Villalobos AA, Brito-Galindo F, Machado-Velázquez D, Ramos-García M. La operación de habilidades intelectuales con ejemplos en diferentes asignaturas del Centro Universitario Municipal de Guáimaro. RIASF[Internet].2018[citado 17 Mar 2024];11(28):8870. Disponible en: <http://revistainvestigacionacademicasinfrontera.com>
135. Williams-Serrano SC, Mass-Sosa LA, Díaz-Quiñones JA, Brito-Pérez de Corcho Y, Bernal-Consuegra A. Superación profesional pedagógica y formación de la habilidad búsqueda de la información.

- Medisur[Internet].2022[citado 17 Mar 2024];20(4):745-753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000400745&lng=es.
136. Pérez-García LM, Salvat-Quesada M, Concepción JA. La enseñanza-aprendizaje del diagnóstico de anomalías dentomaxilofaciales sustentado en el método clínico. Gac Méd Espirit[Internet].2014[citado 17 Mar 2024];16(3):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000300018&lng=es.
137. Espinosa-Brito AD. A tres décadas del artículo El Método Clínico de los Profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera. Rev Cubana Med[Internet].2019[citado 17 Mar 2024];58(1):e981. Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/981/9928>.
138. Espinosa-Brito AD. Las destrezas en el examen físico. Medisur[Internet].2020[citado 17 Mar 2024];18(1):16-20. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4531>
139. Corona-Martínez LA, Fonseca-Hernández M. Intervención didáctica para la enseñanza-aprendizaje de los fundamentos teóricos del método clínico 20 años de experiencia. Rev Cubana Med[Internet].2023[citado 17 Mar 2024];62(1):e3062. Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/download/3062/2395>
140. George-Carrión W, Bell-Castillo J, García-Céspedes ME, Fernández-Duharte J. Aplicación del método clínico-epidemiológico en la formación del interno de medicina en Arbovirosis. Rev Maestro Sociedad[Internet].2020[citado 20 Sept 2023];1:137-148. Disponible en: <https://maestrosociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5192/4653>
141. Ilizástigui-Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Educ Med Super[Internet].2000[citado 20 Jun 2023];14(2):109-127. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14-2-0/>
142. Garcete LD, Calderoli-Floriano E, Colman A, Rodas JH. La percepción de auxiliares de la enseñanza y estudiantes del ciclo

- clínico de la carrera de medicina de la FCM-UNA, sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje del método clínico. An Fac Cienc Méd[Internet].2020[citado 20 Abr 2023];53(3):81-94. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000300081&lng=en
143. Jiménez-López M, Toledo-Pimentel BF, Hidalgo-Mesa CJ, Castillo-Díaz N. El método clínico en tiempos de COVID-19. EDUMECENTRO[Internet].2022[citado 13 Feb 2024];14:e2315. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100102&lng=es.
144. Corona-Martínez LA. Toma de decisiones en la asistencia médica y su enseñanza-aprendizaje a través del método clínico[Internet]. La Habana:Ciencias Médicas;2019[citado 13 Feb 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/cum-71639>
145. Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. El aprendizaje del método clínico en la formación médica actual. Una reflexión polémica, necesaria e impostergable. MediSur[Internet].2019[citado 12 Mar 2024];17(2):173-179. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4202>
146. Manzur J, Díaz-Almeida J, Cortés M. Dermatología [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2002[citado 13 Feb 2024]. Disponible en: <https://bvs.sld.cu/librotexto/dermatologia/prefacio.pdf>
147. Díaz-Novás J, Soler-Fonseca V, Díaz-Pérez D. Acerca de la 2da edición del libro Método Clínico en la Atención Primaria. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2020[citado 17 Ene 2024];36(4):1-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101710>
148. Conde-Fernández BD, Conde-Pérez M, Conde-Pérez YA. El método clínico y el carácter científico de la medicina clínica. Rev Cubana Med[Internet].2020[citado 17 Mar 2024];2020;59(4):1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101539>

149. Benítez-Cedeño E, Riverón-Carralero W, Téllez-Coello R. Consideraciones actuales sobre el método clínico. Arch Hospital Universitario "General Calixto García"[Internet].2023[citado 22 Jun 2023];11(1):143-156. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1093>
150. Espinosa-Brito A. El método epidemiológico y el método clínico en la pandemia de COVID-19 en Cuba. Rev Cubana Med[Internet].2020 [citado 13 Abr 2024];59(3):1-7.Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1394>
151. González-Rodríguez R, Cardentey-García J, Dans-Blanco K. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de habilidades específicas para la especialización en Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2020[citado 14 Jul 2023];36(3):e1094. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000300015&lng=es
152. Martínez-Miguel M. La investigación cualitativa. Rev IIPSI Facultad de Psicología[Internet].2006 [citado 10 Mar 2024];9(1):123. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
153. Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. REIRE[Internet].2020[citado 10 Mar 2024];13(2):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
154. Rodríguez-Ugalde E, Díaz-Rojas A. Construcción y validación de la escala de bienestar en el aula en entornos virtuales. Ciencia Latina Rev Científica Multidisciplinar[Internet].2023[citado 23 May 2025];7(1):9146-9161. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5110
155. Gómez-Trujillo NE, Martínez-Balbuena K, Matute-Gainza Y, Rosales- Rams Z, Solis-Solis S. Diagnóstico del instrumento evaluativo final de la asignatura Biología Molecular curso 2020-2021. Rev Cubana Tecnol Salud[Internet].2023[citado 13 May 2024];14(1):76-85.

Disponible

en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/4032>

156. Barrios M, Cosculluela A. Fiabilidad. En: Meneses J, coord. Psicometría. UOC[Internet].2013[citado 10 Mar 2024]:75–140. Disponible en: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/69325/3/Psicometr%C3%ADa_M%C3%B3dulo%20-%20Fiabilidad.pdf
157. Forni P, Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. Rev Mex Sociología[Internet].2020[citado 23 May 2025];82(1):159-189. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064>
158. De Armas-Ramírez N, Valle-Lima A. Resultados científicos en la investigación. La Habana: Pueblo y Educación; 2011.
159. Valle-Lima A. Metamodelos de la investigación pedagógica. La Habana: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. Ministerio de Educación; 2007
160. Peña-Fortes M, Ubals-JM, Peña-Fortes B. Una alternativa metodológica para la formación filosófica de los estudiantes de medicina. Rev Electrón Científico-Pedagógica[Internet].2021[citado 17 Mar 2024];14(3):175-190. Disponible en: <https://www.cienciaspedagogicas.rimed.cu/index.php/ICCP/article/download/338/314/547>
161. Lenin VI. Materialismo y Empiriocriticismo [Internet]. Moscú: Editorial Progreso; 1948[citado 17 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.marxists.org/espanol/lenin/obras/oe12/lenin-obrasescogidas04-12.pdf>
162. Blanco A. Introducción a la sociología de la educación. La Habana: Pueblo y Educación; 2001.
163. Vigotsky LS. Escuela histórico cultural. La Habana:Pueblo y Educación; 1986.
164. Gutiérrez-Segura M, Pérez-García LM, Ruiz-Piedra, AM, Ochoa-Rodríguez MO. Fundamentos teóricos de una metodología para integrar software educativo en rehabilitación estomatológica. Humanidades Médicas[Internet].2021[citado 14 Mar 2024];21(3):871-

887. Disponible en:
<https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/rt/printerFriendly/2092/139>
165. Vigotsky LS. Obras escogidas. Moscú: Pedagoguika; 1982.
166. Ginoris-Quesada O, Addine-Fernández F, Turcaz-Millán J. Didáctica General. La Habana: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño; 2006.
167. Addine-Fernández F, Recarey S, Fuxa M, Fernandez S. Didáctica teoría y práctica (compilación). La Habana: Pueblo y Educación; 2003.
168. Valcárcel-Izquierdo N, Suárez-Cabrera A, López-Espinosa GJ, Pérez-Bada E. La formación permanente y continuada: principio de la educación médica. EDUMECENTRO[Internet].2019[citado 20 Jul 2020];11(4):258-265. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n4/2077-2874-edu-11-04-258.pdf>
169. Cunill-López ME. Modelo pedagógico para el mejoramiento del sistema de evaluación del residente de Ginecología y Obstetricia. Rev Educ Méd Super[Internet].2020[citado 20 Mar 2024];34(4):e2424. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000400006&lng=es.
170. López-Espinosa GJ, Valcárcel-Izquierdo N, Lemus-Lago ER, Valdés-Mora M. Principios de las ciencias médicas o ciencias de la educación médica en educación de posgrado. EDUMECENTRO[Internet].2018[citado 20 Jul 2020];10(4):197-204. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20q77-28742018000400014&lng=es
171. Lemus-Lago ER, Borroto-Cruz R. Funciones del médico de familia en la atención primaria. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral.V.I. La Habana:Ciencias Médicas; 2014. 61-76 p.
172. Herrera-Fuentes JL. La didáctica del proceso docente para el desarrollo de la práctica laboral en las empresas. Rev Electrón Actualidades Investigativas Educación[Internet].2004[citado 20 May

- 2024];4(2):[aprox.30 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44740210.pdf>
173. Tamayo-Valdés MC, Gradaille-Ramas E, Gradaille-Marín LA. La clase taller y los enunciados-tareas de aprendizaje. Conrado[Internet].2017[citado 20 May 2024];13(60):8-15. Disponible en: <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>.
174. Vera-Velázquez R, Narváez-Campana W, Maldonado-Zúñiga K. Formas de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje utilizadas en el Nivel Superior. Serie Científica Universidad Ciencias Informáticas[Internet].2023[citado 20 May 2024];16(6):161-177. Disponible en: <http://publicaciones.uci.cu/>
175. Quintana-Santiago YM. Retos que le impone la educación en el trabajo a las universidades de ciencias médicas. Conrado[Internet].2021[citado 20 May 2024];17(S3):452-455. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2186>
176. Marín-González F, Pérez-González J, Senior-Naveda AI, et al. Validación del diseño de una red de cooperación científico-tecnológica utilizando el coeficiente K para la selección de expertos. Información tecnológica[Internet].2021[citado 20 Feb 2025];32(2):79-88. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642021000200079>
177. Herrera-Mazó JR, Calero-Ricardo JL, González-Rangel MÁ, Collazo-Ramos MI, Travieso-González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Rev Haban Cienc Méd[Internet].2022[citado 20 Feb 2025];21(1):e4711. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2022000100014&script=sci_arttext&tlng=en
178. Molina M. Ciencias o letras: Prueba de la U de Mann-Whitney. Rev Electrón Anestesia[Internet].2023[citado 23 Jun 2024];15(5):4. Disponible en: <https://doi.org/10.30445/rear.v15i5.1136>
179. Boza-Torres PE, Liriano-Leyval O, Pérez-Sánchez Y et al. Guía práctica para seleccionar una prueba estadística a aplicar en una investigación biomédica. Multimed[Internet].2022[citado 20 Feb

2025];26(6):e2196.

Disponible

en:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

180. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Docencia. Instrucciones VAD No 3/90: Orientaciones metodológicas sobre la educación en el trabajo [Internet]. La Habana:MINSAP;1990[citado: 11 Ago 2023]. Disponible

en:

<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/educación-en-el-trabajo5.pdf>

181. Peniche-Cetzal R, Palacios-Montoya JC, Mac CR. Reflexiones metodológicas sobre un estudio mixto bajo el enfoque de la eficacia escolar en la educación media superior en México. Rev Electrón Educación Pedagogía[Internet].2020[citado 4 Abr 2024];4(6):120-129. Disponible

en:<https://doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog20.05040609>

ANEXOS

ANEXO 1 Tabla 1.1 Sistematización de los principales autores consultados para la caracterización de la habilidad prevenir lepra.

Objetivo: resumir las regularidades identificadas en la obra de diferentes autores consultados según los ejes de sistematización.

Autores en orden cronológico	Ejes de sistematización		
	Prevención. Niveles de prevención. Prevención en la lepra.	Elementos de la prevención secundaria en la lepra.	Aplicación del método clínico y epidemiológico para la prevención de la lepra.
Serna 1985	Prevención secundaria implica acciones de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad. Prevención primaria, secundaria y terciaria.	Modelo de integración de la historia natural de la lepra con los niveles de prevención.	
Redondo Escalante 2004	Implica promover salud, diagnosticar precozmente, tratar, rehabilitar y evitar complicaciones. Prevención primaria, secundaria y terciaria.		
Otros autores como Vignolo, et al 2011	Medidas para prevenir la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias. Prevención primaria, secundaria y terciaria.		
Sanabria 2011	Acciones dirigidas a evitar el desarrollo, cronificación o paliación de las enfermedades. Prevención primaria, secundaria y terciaria.		

Guía de atención integral de la lepra. Colombia 2012		Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, manejo de reacciones leprosas y control de foco. Flujograma de atención.	
Colectivo de autores. PNCL. Cuba 2015		Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, manejo de reacciones leprosas y control de foco.	
Álvarez R, et al 2017	Prevención cuaternaria.		
Hurtado Gascón et al 2017		Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, manejo de reacciones leprosas y control de foco.	
Hurtado Gascón 2018			Estrategia de superación centrada en la aplicación del método clínico y el epidemiológico para la detección temprana de la Lepra.
Catalina Oddi 2019	Acciones de promoción y protección de la salud. Prevención primaria, secundaria y terciaria.		
Barcos-Pina, et al 2019	Prevención cuaternaria.		
Ministerio de Salud Pública. Paraguay 2021		Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, manejo de reacciones leprosas y control de foco.	

Organización Mundial de la Salud 2021		Detección activa de casos; manejo de la lepra y sus complicaciones; combatir el estigma.	
Basain Valdés JM et al 2021	Reconoce cinco niveles de prevención: primordial, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.		
Tellez Cespedes, et al 2021 y 2022			Enseñanza del método clínico y epidemiológico, para el diagnóstico precoz. El examen dermatoneurológico como una habilidad profesional.
González Espangler L, et al 2022	Diseña una guía de prevención de malformaciones congénitas bucomaxilofaciales, según corresponde a los tipos de prevención primaria, secundaria y terciaria.		
Montano Luna JA, Sarduy Faulin MM 2022	Reconoce cuatro niveles de prevención: primordial, primaria, secundaria y terciaria.		
Ministerio de Salud Pública. Ecuador 2023		Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, manejo de reacciones leprosas y control de foco.	
Figueroa 2023			Método clínico como eje articulador en la formación del médico. El examen dermatoneurológico como una particularidad del

			método clínico.
Olivero IV 2024	Medidas dirigidas a evitar la ocurrencia de enfermedades, prevenir su progresión o minimizar sus efectos negativos. Prevención primaria, secundaria y terciaria.		
González Espangler L, Silva Martínez M 2024	Reconoce cinco niveles de prevención: primordial, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.		

ANEXO 2 Tabla 2.1 Distribución de los indicadores presentes en las diferentes indagaciones

Objetivo: facilitar el procedimiento de triangulación una vez obtenidos los resultados.

Indicadores	Análisis documental	Encuesta	Observación no participante	Entrevista estructurada	Entrevista individual/focal	Observación participante
1.1- Nivel de conocimientos teóricos para la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.		X	X	X	X	
1.2 Nivel de conocimientos teóricos sobre el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.		X	X	X	X	
1.3- Nivel de conocimientos teóricos sobre las actividades de control de foco.		X	X	X	X	
2.1 Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la identificación de las	X		X	X	X	

manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.						
2.2 Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para el control del tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.	X		X	X	X	
2.3 Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la realización del control de foco.	X		X	X	X	
3.1 Nivel de interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra			X		X	X
3.2 Nivel de satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra		X	X		X	X
3.3 Nivel de disposición para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra		X			X	X

ANEXO 3 Escala para evaluar las dimensiones y los indicadores de la variable desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Objetivo: evaluar las dimensiones y los indicadores de la variable desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Dimensiones e indicadores

1. Dimensión Cognitiva: constituida por elementos teóricos que evidencian el conocimiento necesario para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, comprobarlo y contrastarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco

Indicadores

- 1.1- Nivel de conocimientos teóricos para la Identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos acerca de los síntomas y signos de lepra; las características morfológicas para describir las lesiones cutáneas y los principales nervios periféricos que se afectan en la lepra; las condiciones y los medios auxiliares para realizar un examen dermatoneurológico correcto; la importancia de los antecedentes epidemiológicos durante el interrogatorio; las enfermedades dermatológicas que pueden tener características similares; la conducta a seguir ante un caso sospechoso y los documentos que debe completar (registro de sospechoso, historia clínica individual, historia clínica familiar).

Alto (A), (4). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en dos de los aspectos considerados anteriormente.

1.2 - Nivel de conocimientos teóricos sobre el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos sobre los medicamentos empleados en el tratamiento, la duración del mismo y el control de su administración; los efectos adversos más frecuentes; las medidas de rehabilitación para el cuidado de los ojos, las manos y los pies, así como discriminar los pacientes que requieren interconsulta con otras especialidades como fisioterapia, oftalmología y psicología de forma oportuna; el concepto de las reacciones leprosas y la clasificación; las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y neurológicas periféricas; las orientaciones que deben ofrecer al paciente y las medidas generales para mejorar el nervio afectado.

Alto (A), (4). En los residentes se evidencian conocimientos teóricos en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en dos de los aspectos considerados anteriormente

1.3- Nivel de conocimientos teóricos sobre las actividades de control de foco.

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos sobre la denominación de contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios; la definición de población de riesgo; la quimioprofilaxis; la frecuencia de la pesquisa; el seguimiento de los casos; y las actividades de educación para la salud.

Alto (A), (4). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia conocimientos teóricos en dos de los aspectos considerados anteriormente.

Dimensión procedimental: incluye la expresión práctica de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, contrastarlo y comprobarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Indicadores

2.1- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la Identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia ejecución independiente para identificar los síntomas y signos de lepra y describir las lesiones cutáneas; explorar la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil y palpar los principales troncos nerviosos; realizar un interrogatorio exhaustivo al indagar sobre la presencia de síntomas relacionados con las lesiones cutáneas y buscar información sobre aspectos epidemiológicos; es capaz de establecer el diagnóstico diferencial para discriminar otras enfermedades dermatológicas; interpretar los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico, relacionar los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico y formular conclusiones; incorporar el caso sospechoso al registro y remitirlo al dermatólogo.

Alto (A), (4). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia ejecución independiente en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia ejecución independiente en dos de los aspectos considerados anteriormente.

2.2- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para el control del tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia ejecución independiente al controlar el tratamiento medicamentoso y explicar sus efectos adversos; orientar las medidas de rehabilitación para los ojos, las manos y los pies y remitir los pacientes que requieren interconsulta con otras especialidades como fisioterapia, oftalmología y psicología de forma oportuna; al identificar las reacciones leprosas; reconocer las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y neurológicas periféricas; clasificar el tipo de reacción; orientar correctamente al paciente para evitar la interrupción del tratamiento multidroga e indicar las medidas para mejorar el nervio afectado.

Alto (A), (4). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia ejecución independiente en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia ejecución independiente en dos de los aspectos considerados anteriormente

2.3 Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la realización del control de foco.

Escala

Muy alto (MA), (5). En los residentes se evidencia ejecución independiente al identificar los contactos intradomiciliarios, extradomiciliarios; definir la población de riesgo; confeccionar correctamente la historia clínica; administrar la quimioprofilaxis; pesquisar la población y seguir los contactos y la población de riesgo; educar a la población y trabajar en equipo.

Alto (A), (4). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cinco de los aspectos considerados anteriormente.

Medio (M), (3). En los residentes se evidencia ejecución independiente en cuatro de los aspectos considerados anteriormente.

Bajo (B), (2). En los residentes se evidencia ejecución independiente en tres de los aspectos considerados anteriormente.

Muy bajo (MB), (1). En los residentes se evidencia ejecución independiente en dos de los aspectos considerados anteriormente

3. Dimensión afectiva: constituida por las vivencias afectivas que estimulan, direccionan y sostienen el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, contrastarlo y comprobarlo) las manifestaciones clínicas de la lepra; controlar el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

3.1- Nivel de interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

Escala

Muy alto (MA), (5). Muestra interés y compromiso para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, comprobarlo y contrastarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Alto (A), (4). Muestra interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo cuatro de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Medio (M), (3). Muestra interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo tres de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Bajo (B), (2). Muestra interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo dos de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Muy bajo (MB), (1). Muestra interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo una de las etapas del método clínico y epidemiológico.

3.2- Nivel de satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Escala

Muy alto (MA), (5). Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico al identificar (formular el problema, buscar la información básica) e interpretar (definir el diagnóstico presuntivo, comprobarlo y contrastarlo) las manifestaciones cutáneas y neurológicas periféricas de la lepra, controlar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador (instituir terapéutica o reiniciar el proceso); identificar las reacciones leprosas y realizar las actividades de control de foco.

Alto (A), (4). Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo cuatro de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Medio (M), (3). Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo tres de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Bajo (B), (2). Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo dos de las etapas del método clínico y epidemiológico.

Muy bajo (MB), (1). Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en solo una de las etapas del método clínico y epidemiológico.

3.3- Nivel de disposición para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

Escala: según la valoración realizada por cada residente

Muy alto (MA), (5). Muy dispuesto

Alto (A), (4). Dispuesto

Medio (M), (3). Medianamente dispuesto

Bajo (B), (2). Poco dispuesto

Muy bajo (MB), (1). Sin disposición

Se hicieron corresponder los ítems de cada instrumento con las dimensiones y los indicadores establecidos. Los indicadores fueron medidos en una escala ordinal de cinco categorías valorativas: muy alto (5), alto (4), medio (3), bajo (2) y muy bajo (1), se considera que las dimensiones asumen en valor, el puntaje promedio de sus indicadores y la variable el puntaje promedio de sus dimensiones. Es criterio de la autora que, si después de aplicar la metodología el resultado asciende dos niveles o más en la escala ordinal, ocurre un cambio significativo.

ANEXO 4. Guía de análisis documental

Objetivo 1: valorar el sistema de contenidos y habilidades profesionales en el curso de enfermedades dermatológicas, en el plan de Estudio de la especialidad en MF y su correspondencia con las exigencias del PME y el PNCL. Analizar los cursos afines que desde el primer año de la especialidad permiten la introducción de la metodología que se propone.

Documentos: plan de estudio y Programa de la especialidad en MF. PME y PNCL.

Categorías de análisis:

- Contenido profesional en los cursos: promoción y acciones según el nivel de aplicación de la prevención en salud. Salud familiar. Salud comunitaria. Enfermedades infecciosas. Enfermedades dermatológicas. Posibilidades de introducción de la metodología que se propone.
- Intencionalidad manifiesta en los objetivos del módulo de enfermedades dermatológicas para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
- Correspondencia con las actividades que establece el PME y el PNCL para el control de la enfermedad.

Objetivo 2: identificar la actividad de prevención y control de la Lepra.

Documentos: Hoja de actividades de MF (modelo 18-145), historia de salud familiar (modelo 54-50), historia clínica individual de los casos diagnosticados, los contactos y la población de riesgo.

Categorías de análisis:

- Correcta confección de la historia de salud familiar (modelo 54-50).
- Correcta confección de la historia clínica individual de los casos diagnosticados, los contactos y la población de riesgo.
- Correcta planificación de las actividades de MF para la prevención de la lepra.

Codificador: investigador

ANEXO 5

Tabla 2.2. Distribución de la población por área de salud y año de residencia

Objetivo: describir las características de la población de estudio.

Año de residencia	Área de salud						Total	
	Julio Castillo		Máximo Gómez		Camilo Cienfuegos			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Primero	8	22,2	3	8,3	4	11,1	15	41,7
Segundo	8	22,2	4	11,1	4	11,1	16	44,4
Tercero	2	5,6	2	5,6	1	2,7	5	13,9
Total	18	50	9	25	9	25	36	100

ANEXO 6. Modelo de consentimiento informado

Yo: _____ estoy de acuerdo en participar de la investigación, “Desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en Medicina Familiar”, que se realiza en el Policlínico Julio Castillo del municipio Chambas, provincia Ciego de Ávila, la autora del estudio explicó en qué consiste el mismo y su importancia. Además, se me comunicó que todos los datos que apporto se utilizan únicamente con fines científicos, que la participación no afecta mi evaluación académica y que puedo abandonar la investigación cuando lo considere oportuno. Para que así conste firmo la presente el día _____ del mes _____ del año _____.

Firma: _____

ANEXO 7. Encuesta a los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas. Universidad de Ciencias Médicas Morón.

7 a. Cuestionario a los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas en la etapa de diagnóstico.

Objetivo: determinar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas, ante de la implementación de la metodología.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación sobre la habilidad prevenir lepra, con el objetivo de mejorar la apropiación de este contenido y contribuir a desarrollar la habilidad. Se precisa de su cooperación, la información que usted nos puede brindar es esencial para esta investigación.

Gracias.

Cuestionario variables socio-demográficos:

1. Área de Salud _____
2. Categoría R1 _____ R2 _____ R3 _____
3. Años de graduados de médico _____

Cuestionario

1. La lepra es una enfermedad que puede afectar la piel, nervios periféricos, órganos y sistemas. Sobre sus manifestaciones clínicas, marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda

- a) ____ Se consideran síntomas de la enfermedad la rinitis, obstrucción nasal, epistaxis y los calambres musculares.
- b) ____ Los síntomas y signos tempranos son nódulos, máculas con trastornos de la sensibilidad y alopecia de la cola de las cejas
- c) ____ Los trastornos sudorales, de la sensibilidad y las parestesias son manifestaciones muy poco frecuentes
- d) ____ Las máculas que se presentan en la lepra siempre son hipopigmentadas
- e) ____ El engrosamiento de los nervios periféricos, la pérdida de sensibilidad y de fuerza en los músculos de las manos, pies y cara son síntomas sugestivos de lepra aún en ausencia de manifestaciones cutáneas

2. El interrogatorio y el examen físico dermatoneurológico son fundamentales para realizar un diagnóstico precoz de la lepra. Marque con una cruz (X) los enunciados correctos

- a) ___ Indagar sobre los antecedentes epidemiológicos en la pesquisa activa de lepra es muy importante para localizar posible fuente de infección o casos secundarios
- b) ___ El examen físico dermatoneurológico se debe realizar con luz natural o luz blanca y condiciones de privacidad
- c) ___ Para describir las características morfológicas de las lesiones cutáneas se debe considerar la forma, el tamaño, el color y la localización de las lesiones
- d) ___ Entre los medios auxiliares para realizar el examen físico dermatoneurológico están los tubos de ensayo con agua fría y caliente, hebras de gasa o algodón y agujas.
- e) ___ Los grandes troncos nerviosos no se afectan en la lepra, solo se afectan las finas terminaciones

3. El médico de la familia es el principal responsable de identificar el caso sospechoso de lepra para que el diagnóstico se realice de forma temprana. Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda

- a) ___ El caso sospechoso de lepra es aquel que presente lesiones cutáneas o neurológicas periféricas.
- b) ___ Ante un caso sospechoso de la enfermedad le debe indicar complementarios y hacer notificación a enfermera encuestadora de su sospecha
- c) ___ Se considera diagnóstico precoz cuando se realiza en el primer año de la aparición de los síntomas de la enfermedad
- d) ___ El criterio fundamental para confirmar el diagnóstico es el bacteriológico
- e) ___ La historia clínica individual, la ficha familiar y el registro de casos sospechosos son documentos que debe actualizar ante un caso sospechoso de lepra en su consultorio

4. Mencione 5 enfermedades que tendría en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial en presencia de manifestaciones tempranas de la lepra

5. Con relación al tratamiento de la Lepra, complete los espacios en blanco

- a) Las drogas utilizadas en los pacientes con diagnóstico de lepra son _____, _____, _____

b) La duración del tratamiento en los pacientes paucibacilares es por _____ y en los casos multibacilares _____

c) La administración de los medicamentos a los pacientes se controla _____ por el médico y la enfermera de la familia

d) Entre los efectos adversos de las drogas antileprosas están _____, _____, _____

e) La frecuencia de seguimiento de los pacientes diagnosticados durante el tratamiento es _____

(etambutol, dapsona, diario, mensual, anemia, un año, rifampicina, eritromicina, caída del cabello, tres meses, teratogenicidad, coloración oscura de la piel, clofazimina, talidomida, hepatotóxicidad, seis meses, coloración rojiza de la orina, esputo y lágrimas)

6. Mencione 4 medidas de rehabilitación o prácticas sencillas que usted debe orientar al enfermero de lepra para evitar las discapacidades físicas

a) El Programa de control de la lepra establece que los pacientes con dicha enfermedad requieren interconsulta con otras especialidades. ¿Podría mencionarlas?

7. Sobre las reacciones o complicaciones que pueden presentarse en los pacientes enfermos de lepra, marque con una cruz (X) los enunciados correctos

a) ____ Las reacciones leprosas son episodios inmunológicos donde se produce un aumento súbito de la actividad clínica de la enfermedad y son la causa principal de lesiones nerviosas y discapacidades en la lepra.

b) ____ Con frecuencia se producen como efectos adversos de los medicamentos antileprosos.

c) ____ Al paciente con una reacción leprosa es necesario suspender la terapia multidroga y remitir al especialista en dermatología

d) ____ Los pacientes con reacciones leprosas siempre cursan con fiebre y malestar general

e) ___ El eritema nudoso leproso y la reacción de reversión son las reacciones leprosas más frecuentes

8. Sobre las actividades de control de foco en la lepra, marque verdadero V o falso F

a) ___ Se debe realizar examen dermatoneurológico a toda la población dos veces al año

b) ___ El seguimiento de los contactos de lepra y la población de riesgo se realiza una vez al año por cinco años

c) ___ En la lepra no es necesario realizar quimioprofilaxis

d) ___ Los contactos extradomiciliarios son los que se relacionan frecuentemente con el enfermo, contactos sociales, laborales o que vivieron con él por un año o más

e) ___ Las audiencias sanitarias, charlas educativas, carteles informativos son actividades de educación sanitaria que se realizan en la comunidad para la prevención de la enfermedad

9. Se sentiría dispuesto para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

___ muy dispuesto ___ dispuesto ___ medianamente dispuesto
___ poco dispuesto ___ sin disposición

10. Se siente satisfecho con la preparación recibida sobre lepra

___ muy satisfecho ___ satisfecho ___ medianamente satisfecho
___ poco satisfecho ___ insatisfecho

7 b. Clave de calificación del cuestionario a los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas.

Objetivo: definir los criterios de calificación por preguntas del cuestionario.

Las preguntas de la 1 a la 8 miden los indicadores de la dimensión cognitiva de la variable dependiente (desarrollo de la habilidad prevenir lepra), el indicador 1.1 se evalúa con las preguntas de la 1-4, para el indicador 1.2 corresponden las preguntas de la 5-7 y para el indicador 1.3 la pregunta 8. Para la evaluación final del indicador se calcula el promedio entre las preguntas que le corresponden. Las preguntas 9 y 10 miden dos indicadores de la dimensión afectiva de la variable.

Todas las preguntas tienen un valor de 5 puntos, cada inciso un valor de 1 punto y se considera a escala cualitativa de la siguiente forma:

Muy alto (MA), 5 puntos

Alto (A), 4 puntos

Medio (M), 3 puntos

Bajo (B), 2 puntos

Muy bajo (MB), 1 puntos

Pregunta # 1 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero a, e

Falso b, c, d

Pregunta # 2 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Correctos a, b, d

Incorrectos c, e

Pregunta # 3 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero a, c, e

Falso b, d

Pregunta # 4 Por cada enfermedad correcta que mencione tiene 1 punto, para un total de 5 puntos

Puede mencionar vitíligo, pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, tinea corporis, eritema multiforme, estreptococia cutánea, nevus anémico, granuloma anular

Pregunta # 5 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

a)- dapsona, rifampicina, clofazimina, b)- seis meses, un año, c)- Diario, d)- anemia, coloración oscura de la piel, hepatotóxicidad, coloración rojiza de la orina, esputo y lágrimas, e)- mensual

Pregunta # 6 Por cada medida de rehabilitación correcta que mencione tiene 1 punto, para un total de 5 puntos

Puede mencionar para las manos y los pies

1. Revisar sus manos y pies con frecuencia para detectar tempranamente lesiones y si aparece, reposar y consulte a su médico de familia.
2. Introducir las manos y los pies en agua 5 o 10 minutos. Abrir y cerrar las manos durante 10 minutos varias veces al día.
3. Aplicar aceite o crema, en las manos y pies, realice fricciones.
4. Si fuma utilizar boquilla de 8 cm. de largo.
5. Pulir la superficie de las herramientas de trabajo, para evitar traumatismos.
6. Usar guantes largos en la cocina, para evitar quemaduras.
7. Evitar salpicaduras de líquidos calientes.

8. Poner mangos de madera a los utensilios de cocina.
9. Revisar sus medias y si hay manchas, consulte a su médico de la familia
10. Revisar bien sus zapatos diariamente en busca de rugosidades
11. Caminar con calzado cómodo, a pasos cortos y no permanecer mucho tiempo de pie.

Para los ojos

1. Observar los ojos diariamente, buscar alteraciones, como enrojecimiento, o siente dolor o lesión consulte de inmediato a su médico de familia.
2. Cerrar los ojos fuertemente y contar hasta 5. Repetirlo 10 veces y hacerlo 3 veces por día.
3. Pestañear, varias veces al día.
4. Cubrir los ojos de noche para evitar el polvo y la sequedad, con paños o mosquiteros, siempre que los techos suelten polvo.
5. Usar espejuelos oscuros, sombrillas y sombreros, para protegerse del sol.
6. Si tiene picazón ocular, no se rasque, utilice gotas de suero fisiológico, para humedecer las conjuntivas

Pregunta # 7 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Correctos a, e

Incorrectos b, c, d

Pregunta # 8 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero b, e

Falso a, c, d

Pregunta # 9. Si responde:

muy dispuesto 5 puntos, dispuesto 4 puntos, medianamente dispuesto 3 puntos, poco dispuesto 2 puntos, sin disposición 1 punto

Pregunta # 10. Si responde:

muy satisfecho 5 puntos, satisfecho 4 puntos, medianamente satisfecho 3 puntos, poco satisfecho 2 puntos, insatisfecho 1 punto

7. c Tabla 2.3. Resultados del cuestionario a los residentes en MF del municipio Chambas

Preguntas	MA		A		M		B		MB	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	-	-	-	-	-	-	15	41,7	21	58,3
2	-	-	-	-	2	5,6	22	61,1	12	33,3
3	-	-	-	-	-	-	25	69,4	11	30,6

4	-	-	-	-	-	-	14	38,9	22	61,1
5	-	-	-	-	-	-	18	50	18	50
6	-	-	-	-	-	-	18	50	18	50
7	-	-	-	-	-	-	14	38,9	22	61,1
8	-	-	-	-	2	5,6	20	55,5	14	38,9
9	4	11,1	27	75	5	13,9	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	13	36,1	23	63,9

7 d. Cuestionario a los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas durante la posprueba.

Objetivo: determinar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas después de la implementación de la metodología.

Estimados residentes, una vez implementada la metodología propuesta con el objetivo de contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se precisa comprobar la apropiación de este contenido, la evaluación que obtengan no influirá en su evaluación académica, solamente se usará para la investigación. Se necesita de su cooperación. Muchas gracias.

Cuestionario variables socio-demográficos:

1. Área de Salud _____
2. Categoría R1 _____ R2 _____ R3 _____
3. Años de graduados de médico _____

Cuestionario

1. La lepra es una enfermedad que puede afectar la piel, nervios periféricos, órganos y sistemas. Sobre sus manifestaciones clínicas, marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda

- a) ____ Las máculas pueden ser hipocrómicas, eritematosas o hiperocrómicas y se consideran síntomas tempranos de la enfermedad.
- b) ____ Las acroparestesias son síntomas infrecuentes.
- c) ____ A nivel de las lesiones puede haber trastornos de la sensibilidad y alopecia.
- d) ____ Las úlceras cutáneas son manifestaciones tempranas de la enfermedad.
- e) ____ El engrosamiento de los nervios periféricos, la pérdida de la sensibilidad y de la fuerza en los músculos de las manos, los pies y la cara son síntomas sugestivos de lepra aún en ausencia de manifestaciones cutáneas.

2. El interrogatorio y el examen físico dermatoneurológico son fundamentales para realizar el diagnóstico precoz de la lepra. Marque con una cruz (X) los enunciados correctos

- a) ___ De los contactos y la población de riesgo surgen la mayoría de los casos nuevos, de ahí la importancia de buscar antecedentes epidemiológicos.
- b) ___ Para la realización correcta del examen físico dermatoneurológico solo hay que examinar la piel y las mucosas.
- c) ___ Para describir el cuadro cutáneo se deben considerar las características morfológicas y la topografía de las lesiones.
- d) ___ Los medios auxiliares más utilizados para realizar el examen físico dermatoneurológico son: la lupa, el vidrio reloj y la anilina.
- e) ___ Entre los nervios periféricos que se afectan en la lepra están el cubital, radial, mediano, tibial posterior y ciático poplíteo externo.

3. El médico de la familia es el principal responsable de identificar el caso sospechoso de lepra para que el diagnóstico se realice de forma temprana. Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda

- a) ___ Para identificar el caso sospechoso de lepra se debe buscar la presencia de lesiones cutáneas o neurológicas periféricas.
- b) ___ Ante un caso sospechoso de la enfermedad se debe remitir al dermatólogo.
- c) ___ Se considera diagnóstico precoz cuando se realiza en los primeros tres meses de la aparición de los síntomas de la enfermedad
- d) ___ El criterio fundamental para confirmar el diagnóstico es el clínico
- e) ___ El registro de casos sospechosos es un documento que debe actualizar el dermatólogo

4. Mencione 5 enfermedades que tendría en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial en presencia de manifestaciones tempranas de la lepra

5. Con relación al tratamiento de la Lepra, marque con una X los enunciados correctos.

- a) ___ El tratamiento multidroga en la lepra consiste en la combinación de fármacos como la rifampicina, clofazimina y dapsone.
- b) ___ La duración del tratamiento en los pacientes siempre es por un año.

c) _____ El equipo básico de salud es el encargado de controlar la administración de los medicamentos a los pacientes.

d) _____ Los efectos adversos de las drogas antileprosas incluyen daño hemático, hepático y renal, de ahí la importancia de realizar complementarios trimestralmente durante el tratamiento.

e) _____ La frecuencia de seguimiento de los pacientes diagnosticados durante el tratamiento es quincenal.

6. Mencione 4 medidas de rehabilitación o prácticas sencillas que usted debe orientar al enfermero de lepra para evitar las discapacidades físicas

a) El Programa de control de la lepra establece que los pacientes con dicha enfermedad requieren interconsulta con otras especialidades. ¿Podría mencionarlas?

7. Sobre las reacciones o complicaciones que pueden presentarse en los pacientes enfermos de lepra, complete los espacios en blanco.

a) Las reacciones leprosas son consideradas _____ con un aumento súbito de la actividad clínica de la enfermedad.

b) Su reconocimiento y manejo correcto contribuye a evitar la _____ causada por lepra.

c) La conducta ante un paciente con una reacción leprosa es _____ y remitir al dermatólogo.

d) Las principales manifestaciones clínicas en las reacciones leprosas son _____, _____, _____, _____.

e) Las reacciones leprosas más frecuentes son _____, _____.

(discapacidad, fiebre, rinorrea, neuritis, episodios inmunológicos, notificar el caso, suspender la terapia multidroga, iniciar tratamiento, reversión, continuar la terapia multidroga, malestar general, cansancio, exacerbación de lesiones cutáneas, eritema nudoso leproso, fenómeno de Lucio)

8. Sobre las actividades de control de foco en la lepra, marque verdadero V o falso F según corresponda.

a) ___ La pesquisa consiste en realizar examen dermatoneurológico a toda la población una vez al año

b) ___ El seguimiento de los contactos de lepra y la población de riesgo se realiza cada seis meses durante tres años

c) ___ La rifampicina y el dapsona se utilizan en la quimioprofilaxis

d) ___ Los contactos extradomiciliarios son los que se relacionan frecuentemente con el enfermo, contactos sociales, laborales.

e) ___ Las audiencias sanitarias, charlas educativas, carteles informativos son actividades de educación sanitaria que se realizan en la comunidad para la prevención de la enfermedad

9. Se sentiría dispuesto para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

___ muy dispuesto ___ dispuesto ___ medianamente dispuesto

___ poco dispuesto ___ sin disposición

10. Se siente satisfecho con la preparación recibida sobre lepra

___ muy satisfecho ___ satisfecho ___ medianamente satisfecho

___ poco satisfecho ___ insatisfecho

7 e. Clave de calificación del cuestionario a los residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas.

Objetivo: definir los criterios de calificación por preguntas del cuestionario.

Las preguntas de la 1 a la 8 miden los indicadores de la dimensión cognitiva de la variable dependiente (desarrollo de la habilidad prevenir lepra), el indicador 1.1 se evalúa con las preguntas de la 1-4, para el indicador 1.2 corresponden las preguntas de la 5-7 y para el indicador 1.3 la pregunta 8. Para la evaluación final del indicador se calcula el promedio entre las preguntas que le corresponden. Las preguntas 9 y 10 miden dos indicadores de la dimensión afectiva de la variable.

Todas las preguntas tienen un valor de 5 puntos, cada inciso un valor de 1 punto y se considera a escala cualitativa de la siguiente forma:

Muy alto (MA), 5 puntos

Alto (A), 4 puntos

Medio (M), 3 puntos

Bajo (B), 2 puntos

Muy bajo (MB), 1 puntos

Pregunta # 1 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero a, c, e

Falso b, d

Pregunta # 2 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Correctos a, c, e

Incorrectos b, d

Pregunta # 3 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero a, b, d

Falso c, e

Pregunta # 4 Por cada enfermedad correcta que mencione tiene 1 punto, para un total de 5 puntos

Puede mencionar vitíligo, pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, tinea corporis, eritema multiforme, estreptococia cutánea, nevus anémico, granuloma anular

Pregunta # 5 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Correctos a, c, d

Incorrectos b, e

Pregunta # 6 Por cada medida de rehabilitación correcta que mencione tiene 1 punto, para un total de 5 puntos

Puede mencionar para las manos y los pies

1. Revisar sus manos y pies con frecuencia para detectar tempranamente lesiones y si aparece, reposar y consulte a su médico de familia.
2. Introducir las manos y los pies en agua 5 o 10 minutos. Abrir y cerrar las manos durante 10 minutos varias veces al día.
3. Aplicar aceite o crema, en las manos y pies, realice fricciones.
4. Si fuma utilizar boquilla de 8 cm. de largo.
5. Pulir la superficie de las herramientas de trabajo, para evitar traumatismos.
6. Usar guantes largos en la cocina, para evitar quemaduras.
7. Evitar salpicaduras de líquidos calientes.
8. Poner mangos de madera a los utensilios de cocina.
9. Revisar sus medias y si hay manchas, consulte a su médico de la familia
10. Revisar bien sus zapatos diariamente en busca de rugosidades

11. Caminar con calzado cómodo, a pasos cortos y no permanecer mucho tiempo de pie.

Para los ojos

1. Observar los ojos diariamente, buscar alteraciones, como enrojecimiento, o siente dolor o lesión consulte de inmediato a su médico de familia.
2. Cerrar los ojos fuertemente y contar hasta 5. Repetirlo 10 veces y hacerlo 3 veces por día.
3. Pestañear, varias veces al día.
4. Cubrir los ojos de noche para evitar el polvo y la sequedad, con paños o mosquiteros, siempre que los techos suelten polvo.
5. Usar espejuelos oscuros, sombrillas y sombreros, para protegerse del sol.
6. Si tiene picazón ocular, no se rasque, utilice gotas de suero fisiológico, para humedecer las conjuntivas

Pregunta # 7 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

a)- episodios inmunológicos, b)- discapacidad c)- continuar la terapia multidroga d)- fiebre, malestar general, exacerbación de lesiones cutáneas y neuritis, e)- reversión, eritema nudoso leproso.

Pregunta # 8 cada inciso tiene un valor de 1 punto, para un total de 5 puntos

Verdadero a, d, e

Falso b, c

Pregunta # 9. Si responde:

muy dispuesto 5 puntos, dispuesto 4 puntos, medianamente dispuesto 3 puntos, poco dispuesto 2 puntos, sin disposición 1 punto

Pregunta # 10. Si responde:

muy satisfecho 5 puntos, satisfecho 4 puntos, medianamente satisfecho 3 puntos, poco satisfecho 2 puntos, insatisfecho 1 punto

ANEXO 8. Observación no participante a residentes en MF para evaluar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra.

Actividad: educación en el trabajo

8. a Guía de observación a residentes en MF para evaluar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra.

Objetivo: corroborar el problema de investigación y caracterizar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF, antes y después de la implementación de la metodología propuesta.

Categorías de análisis: I. Desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Aspectos a observar

Aspectos a observar	MB	B	M	A	MA
<p>1. Realización del examen físico dermatoneurológico se considerarán los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene en cuenta las condiciones de iluminación y privacidad • Domina la semiotecnia Inspección Palpación • Identifica los síntomas y signos de lepra • Describe correctamente las lesiones cutáneas • Explora la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil con el empleo de los medios auxiliares • Palpa los principales troncos nerviosos 					
<p>2. Realización del interrogatorio, se considerarán los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica el motivo de consulta • Comunicación clara • Logra empatía con el paciente • Dirige el interrogatorio en función de lo encontrado al examen físico • Indaga sobre la presencia de síntomas prodrómicos y otros síntomas relacionados con las lesiones encontradas al examen físico • Busca información sobre aspectos epidemiológicos. 					

3. Realización del diagnóstico presuntivo e identificación del caso sospechoso de lepra, se considerarán los siguientes aspectos <ul style="list-style-type: none"> • Comprende e interpreta los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico • Relaciona los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico y formula conclusiones • Incorpora el caso sospechoso al registro • Confecciona correctamente la historia clínica individual • Remite el caso sospechoso al dermatólogo • Establece el diagnóstico diferencial para discriminar otras enfermedades dermatológicas con características similares 					
4. Identifica los contactos y la población de riesgo					
5. Confección correcta de la historia clínica de los contactos y población de riesgo					
6. Pesquisa a la población una vez al año y lo describe en la historia clínica individual					
7. Domina técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra					
8. Demuestra un dominio del trabajo en equipo para la adecuada conducción del proceso					
9. Muestra interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.					
10. Muestra satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.					

8. b Análisis cualitativo de la guía de observación del estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF

Objetivo: establecer los criterios para emitir la evaluación de la observación del estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF.

Muy alto (MA): Se considera aquel aspecto que es óptimo, en el cual se expresan todas y cada una de las propiedades consideradas como componentes esenciales para determinar el nivel del indicador que se evalúa. Significa que el residente ha alcanzado el grado máximo en la apropiación de este indicador.

Alto (A): Se considera aquel aspecto que expresa en casi toda su generalidad las cualidades esenciales del indicador que se evalúa, por lo que representa con un grado bastante elevado los rasgos fundamentales que tipifican su nivel y se corresponde con un elevado nivel de apropiación de este indicador.

Medio (M): Se considera aquel aspecto que tiene en cuenta una parte importante de las cualidades del objeto a evaluar, las cuales expresan elementos de valor con determinado nivel de suficiencia, aunque puede ser susceptible de desarrollo en cuestiones poco significativas. Significa que el residente se ha apropiado en un nivel aceptable del indicador en cuestión.

Bajo (B): Se considera aquel aspecto que considera existe un bajo nivel de adecuación con relación al estado deseado del indicador que se evalúa, al encontrarse carencias en determinados componentes esenciales para determinar su nivel. Esta categoría implica un bajo nivel en la apropiación del indicador evaluado.

Muy bajo (MB): Se considera aquel aspecto en el que se expresan marcadas limitaciones y contradicciones que no le permiten adecuarse a las cualidades esenciales que determinan el nivel del indicador que se evalúa, por lo que no resulta procedente. Implica que el residente no ha logrado apropiarse del indicador en cuestión.

8. c Tabla 2.4. Resultados de la observación no participante a los residentes en MF del municipio Chambas.

Aspectos	MA		A		M		B		MB	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	-	-	-	-	-	-	20	55,6	16	44,4
2	-	-	-	-	10	27,8	26	72,2	-	-
3	-	-	-	-	-	-	21	58,3	15	41,7
4	-	-	-	-	-	-	23	63,9	13	36,1
5	-	-	-	-	2	5,5	20	55,6	14	38,9
6	-	-	-	-	3	8,3	17	47,2	16	44,4
7	10	27,8	14	38,9	12	33,3	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	24	66,7	12	33,3
9	-	-	-	-	2	5,5	11	30,6	23	63,9
10	-	-	-	-	-	-	15	41,7	21	58,3

ANEXO 9. Entrevista a residentes de la especialidad en MF del municipio Chambas, provincia Ciego de Ávila.

9. a Guía de entrevista estructurada a residentes en MF para la autoevaluación del estado de la habilidad prevenir lepra.

Objetivo: autoevaluar el estado en que se encuentra la habilidad prevenir lepra, antes y después de la implementación de la metodología.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación relacionada con la habilidad prevenir lepra, para la cual sus criterios constituyen una valiosa ayuda. Se precisa de su cooperación, para conocer desde su percepción como se autoevalúan en cuanto a los aspectos que se relacionan a continuación. Solicitamos que lea atentamente y responda con la mayor honestidad. Marque con una cruz (X) su consideración al respecto en una escala de 1 a 5, donde 5 es excelente, 4 muy bien, 3 bien, 2 regular y 1 mal.

No	Aspectos a evaluar	M (1)	R (2)	B (3)	MB (4)	E (5)
1	Identifico los síntomas y signos de la lepra					
2	Describo correctamente las lesiones cutáneas según la morfología y topografía					
3	Realizo correctamente el examen físico dermatoneurológico					
4	Identifico el caso sospechoso de lepra					
5	Realizo el diagnóstico diferencial para discriminar otras enfermedades dermatológicas con características similares					
6	Confecciono correctamente la historia clínica individual de los casos sospechosos o confirmados					
7	Controlo la administración del tratamiento medicamentoso.					
8	Conozco y explico a mis pacientes los efectos adversos de los medicamentos antileproso					
9	Indico las medidas de rehabilitación para el cuidado de los ojos, las manos y los pies en función de prevenir las discapacidades					
10	Remito a los pacientes que requieren interconsulta con otras especialidades de forma oportuna.					
11	Realizo el seguimiento de los casos					

	según establece el programa					
12	Identifico las manifestaciones clínicas de las reacciones leprosas					
13	Clasifico el tipo de reacción					
14	Indico medidas para prevenir el daño neural.					
15	Oriento correctamente a los pacientes con reacciones leprosas					
16	Identifico a los contactos intradomiciliarios, extradomiciliarios y la población de riesgo					
17	Administro la quimioprofilaxis a los contactos					
18	Domino las técnicas de educación sanitaria para la prevención de la lepra					

9. b Tabla 2.5. Resultados de la entrevista estructurada para la autoevaluación de los residentes en MF del municipio Chambas

Aspectos	E (5)		MB (4)		B (3)		R (2)		M (1)	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	-	-	-	-	-	-	23	63,9	13	36,1
2	-	-	-	-	2	5,6	22	61,1	12	33,3
3	-	-	-	-	-	-	21	58,3	15	41,7
4	-	-	-	-	-	-	25	69,4	11	30,6
5	-	-	-	-	-	-	18	50	18	50
6	-	-	-	-	-	-	23	63,9	13	36,1
7	-	-	-	-	-	-	25	69,4	11	30,6
8	-	-	-	-	-	-	18	50	18	50
9	-	-	-	-	-	-	18	50	18	50
10	-	-	-	-	-	-	28	77,8	8	22,2
11	-	-	-	-	-	-	22	61,1	14	38,9
12	-	-	-	-	-	-	16	44,4	20	55,6
13	-	-	-	-	-	-	8	22,2	28	77,8
14	-	-	-	-	-	-	17	47,2	19	52,8
15	-	-	-	-	-	-	7	19,4	29	80,6
16	-	-	-	-	2	5,6	26	72,2	8	22,2
17	-	-	-	-	10	27,8	23	63,9	3	8,3
18	8	22,2	13	36,1	15	41,7	-	-	-	-

ANEXO 10 Análisis de fiabilidad de instrumentos mediante el coeficiente Alfa de Cronbach

10 a. Análisis de fiabilidad del cuestionario

Objetivo: determinar el coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	No de elementos
,872	,870	10

Estadísticas por cada pregunta del cuestionario

	Media	Desviación	N
Pregunta No 1	1,42	,500	36
Pregunta No 2	1,72	,566	36
Pregunta No 3	1,69	,467	36
Pregunta No 4	1,39	,494	36
Pregunta No 5	1,50	,507	36
Pregunta No 6	1,50	,507	36
Pregunta No 7	1,39	,494	36
Pregunta No 8	1,67	,586	36
Pregunta No 9	3,97	,506	36
Pregunta No 10	1,28	,454	36

Estadísticas de total de elementos para el cuestionario

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	16,11	9,644	,705	,851
Pregunta 2	15,81	9,418	,675	,853
Pregunta 3	15,83	10,086	,600	,860
Pregunta 4	16,14	9,323	,834	,841
Pregunta 5	16,03	9,799	,639	,856
Pregunta 6	16,03	9,056	,908	,834
Pregunta 7	16,14	9,837	,646	,856

Pregunta 8	15,86	9,437	,641	,856
Pregunta 9	13,56	11,283	,161	,892
Pregunta 10	16,25	11,393	,158	,889

10 b. Análisis de fiabilidad de la guía de observación

Objetivo: determinar el coeficiente alfa de Cronbach para la guía de observación.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	No de elementos
,872	,877	10

Estadísticas por cada ítem de la guía de observación

	Media	Desviación	N
Ítem 1	1,56	,504	36
Ítem 2	2,28	,454	36
Ítem 3	1,58	,500	36
Ítem 4	1,36	,487	36
Ítem 5	1,67	,586	36
Ítem 6	1,64	,639	36
Ítem 7	3,94	,791	36
Ítem 8	1,67	,478	36
Ítem 9	1,42	,604	36
Ítem 10	1,25	,439	36

Estadísticas de total de elementos para la guía de observación

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	16,81	11,133	,916	,836
Ítem 2	16,08	12,764	,461	,869

Ítem 3	16,78	12,006	,638	,857
Ítem 4	17,00	12,343	,551	,863
Ítem 5	16,69	11,590	,635	,856
Ítem 6	16,72	10,321	,910	,831
Ítem 7	14,42	11,393	,458	,880
Ítem 8	16,69	12,104	,641	,857
Ítem 9	16,94	11,883	,533	,865
Ítem 10	17,11	13,302	,303	,878

10 c. Análisis de fiabilidad de la entrevista estructurada

Objetivo: determinar el coeficiente alfa de Cronbach para la guía de entrevista estructurada

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	No de elementos
,863	,871	18

Estadísticas por cada ítem de la guía de entrevista estructurada

	Media	Desviación	N
Ítem 1	1,64	,487	36
Ítem 2	1,72	,566	36
Ítem 3	1,58	,500	36
Ítem 4	1,69	,467	36
Ítem 5	1,50	,507	36
Ítem 6	1,64	,487	36
Ítem 7	1,69	,467	36
Ítem 8	1,50	,507	36
Ítem 9	1,50	,507	36
Ítem 10	1,78	,422	36
Ítem 11	1,61	,494	36
Ítem 12	1,44	,504	36
Ítem 13	1,22	,422	36
Ítem 14	1,47	,506	36
Ítem 15	1,19	,401	36

Ítem 16	1,83	,507	36
Ítem 17	2,19	,577	36
Ítem 18	3,81	,786	36

Estadísticas de total de elementos para la guía de entrevista estructurada

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	29,39	24,587	,166	,868
Ítem 2	29,31	21,933	,636	,849
Ítem 3	29,44	22,368	,636	,850
Ítem 4	29,33	22,857	,571	,853
Ítem 5	29,53	22,942	,500	,855
Ítem 6	29,39	22,816	,553	,853
Ítem 7	29,33	23,657	,386	,860
Ítem 8	29,53	22,199	,664	,848
Ítem 9	29,53	21,342	,860	,840
Ítem 10	29,25	24,079	,331	,862
Ítem 11	29,42	22,879	,530	,854
Ítem 12	29,58	22,993	,493	,856
Ítem 13	29,81	23,533	,469	,857
Ítem 14	29,56	24,997	,074	,872
Ítem 15	29,83	23,114	,610	,852
Ítem 16	29,19	23,018	,483	,856
Ítem 17	28,83	21,914	,626	,849
Ítem 18	27,22	23,549	,191	,877

ANEXO 11 Entrevista a grupos focales

11 a. Sesión a grupos focales de residentes en MF en la etapa de diagnóstico.

Objetivo: valorar aspectos relacionados con el estado actual de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación para la cual sus valoraciones constituyen una valiosa ayuda. El tema está relacionado con la habilidad prevenir lepra y cómo contribuir a su desarrollo, se precisa de su cooperación para conocer desde su percepción la situación de los aspectos que se relacionan a continuación.

Aspectos a tratar:

- a) Visión sobre el aprendizaje de la lepra.
- b) Apropiación de conocimientos, actitudes, prácticas, valores y la motivación para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
- c) Autovaloración realizada por los residentes en relación con sus conocimientos teóricos y procedimentales sobre el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
- d) Importancia del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en el posgrado a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.
- e) Interés y disposición de los residentes para el desarrollo de la habilidad.

11 b. Sesión al grupo focal de residentes de primer año en MF después de la implementación de la metodología.

Objetivo: valorar la contribución de la metodología propuesta al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación para la cual sus valoraciones constituyen una valiosa ayuda. El tema está relacionado con la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se precisa de su cooperación para conocer desde su percepción la situación de los aspectos que se relacionan a continuación.

Aspectos a tratar:

- a) Introducción de la metodología desde primer año.

- b) Aspectos que influyen en la valoración de la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad
- c) Vivencias afectivas de los residentes durante el proceso para el desarrollo de la habilidad.

11 c. Sesión al grupo focal de residentes de segundo y tercer año en MF después de la implementación de la metodología.

Objetivo: valorar la contribución de la metodología propuesta al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación para la cual sus valoraciones constituyen una valiosa ayuda. El tema está relacionado con la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se precisa de su cooperación para conocer desde su percepción la situación de los aspectos que se relacionan a continuación.

Aspectos a tratar:

- a) Importancia de la aplicación del método clínico y epidemiológico para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
- b) Aspectos que influyen en la valoración de la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad
- c) Papel del tutor
- d) Vivencias afectivas de los residentes durante el proceso para el desarrollo de la habilidad.

ANEXO 12 Observación participante

12 a. Observación participante a grupos focales en la etapa del diagnóstico.

Objetivo: valorar aspectos relacionados con el estado actual de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF.

Aspectos a constatar:

- a) Valorar actitudes, motivación y disposición de los residentes para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.
- b) Documentar la interacción grupal y la participación en torno al estado actual de la habilidad prevenir lepra.
- c) Detectar líderes, actantes rezagados, motivación, reacciones espontáneas
- d) Registrar el lenguaje extraverbal, gestos, posturas, señales de acuerdo o desacuerdo.

12 b. Observación participante a grupos focales después de la implementación de la metodología.

Objetivo: valorar la contribución de la metodología propuesta al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Aspectos a constatar:

- a) Valorar actitudes y disposición de los residentes hacia la prevención en la lepra
- b) Documentar la interacción grupal y la participación en torno a la metodología aplicada
- c) Detectar líderes, actantes rezagados, motivación, reacciones espontáneas
- d) Registrar el lenguaje extraverbal, gestos, posturas, señales de acuerdo o desacuerdo.

ANEXO 13. La triangulación metodológica en la etapa de diagnóstico

Objetivo: para contrastar los resultados obtenidos en la encuesta, las entrevistas, así como la observación participante y no participante, establecer regularidades en la evaluación del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en la etapa de diagnóstico. Además, enriquecer la obra, ya que en este caso todas las vías de triangulación utilizadas van a la práctica, para ofrecerle rigurosidad y calidad al resultado obtenido.

Para proceder a la triangulación metodológica se realiza el análisis de la información cuantitativa y cualitativa, se integran e interpretan los resultados para determinar las convergencias y divergencias entre ellos.

Indicadores	Métodos empíricos				
	Análisis Documental	Encuesta	Observación no participante	Entrevista estructurada	Entrevista a grupos focales/ Observación participante
1.1		Dificultades teóricas para: Identificar las manifestaciones clínicas de la lepra Realizar el diagnóstico diferencial Definir el caso sospechoso		Dificultades teóricas para: Identificar las manifestaciones clínicas de la lepra Realizar el diagnóstico diferencial Definir el caso sospechoso	“...Me cuesta mucho trabajo describir las lesiones cutáneas y diferenciarlas de otras enfermedades dermatológicas...” Se observa señales de acuerdo con las ideas colectivas
1.2		Escaso conocimiento sobre: Drogas antileprosas Duración del tratamiento y efectos adversos Las medidas de		Escaso conocimiento sobre: Drogas antileprosas Duración del tratamiento y efectos adversos Las medidas de rehabilitación para evitar las discapacidades	“...Me resulta difícil identificar las reacciones leprosas, considero que es un contenido que debemos trabajar más, sobre todo porque no es frecuente tener casos así...”

		<p>rehabilitación para evitar las discapacidades</p> <p>Manifestaciones de las reacciones leprosas</p>		<p>Manifestaciones de las reacciones leprosas</p>	<p>Se observa señales de acuerdo con las ideas colectivas</p>
		<p>Consideran que las reacciones se producen como efectos adversos de los medicamentos antileprosos</p>		<p>Consideran que las reacciones se producen como efectos adversos de los medicamentos antileprosos</p>	
1.3		<p>Escasos conocimientos teóricos sobre: La quimioprofilaxis y la definición de los contactos</p>		<p>Escasos conocimientos teóricos sobre: La quimioprofilaxis y la definición de los contactos</p>	<p>“...Me resulta difícil el contenido porque no lo practico con frecuencia, nunca he atendido un caso enfermo de lepra, ni he participado en un control de foco...”</p>
2.1	<p>Escaso dominio para describir las lesiones y el examen físico dermatoneurológico</p> <p>Historias clínicas</p>		<p>Limitadas habilidades para realizar el examen dermatoneurológico</p> <p>Insuficiencias al definir y tomar conducta ante</p>	<p>Limitadas habilidades para realizar el examen dermatoneurológico</p> <p>Insuficiencias al definir y tomar conducta ante un caso sospechoso, establecer el diagnóstico diferencial y confeccionar la historia clínica</p>	<p>“...Al realizar la pesquisa de lepra a la población o a los contactos, siento que me falta organización al realizar el examen físico dermatoneurológico...”</p> <p>“...Siento que no domino el contenido y me resulta difícil explorar los nervios</p>

	incompletas		un caso sospechoso, establecer el diagnóstico diferencial y confeccionar la historia clínica		periféricos...” Se observa señales de acuerdo con las ideas colectivas
	Ausencia del registro de casos sospechosos				
2.2	Imprecisiones al controlar los medicamentos e indicar las medidas de rehabilitación en la historia clínica			Imprecisiones al controlar los medicamentos e indicar las medidas de rehabilitación	
				Limitaciones para identificar las manifestaciones clínicas de las reacciones leprosas, clasificarlas y orientar a los pacientes	“...Me resulta difícil identificar las reacciones leprosas, considero que es un contenido que debemos trabajar más, sobre todo porque no es frecuente tener casos así...” Se observa señales de acuerdo con las ideas colectivas
2.3	Insuficiencias en el seguimiento de los contactos, la pesquisa y la confección de		Insuficiencias para identificar y seguir los contactos, realizar la pesquisa, confeccionar la	Insuficiencias para identificar y seguir los contactos, realizar la pesquisa, confeccionar la historia clínica	“...Al realizar la pesquisa de lepra a la población o a los contactos, siento que me falta organización al realizar el examen físico dermatoneurológico...” Se observa señales de

	la historia clínica		historia clínica		acuerdo con las ideas colectivas
		Dominan las técnicas de educación sanitaria	Dominan las técnicas de educación sanitaria	Dominan las técnicas de educación sanitaria	
3.1			Interés bajo y muy bajo		“...Me siento comprometido con la tarea y me gustaría desarrollar habilidades que me permitan superarme en el tema...”
3.2		Muy baja satisfacción	Muy baja satisfacción		“...Durante la carrera de medicina y la residencia he recibido clases sobre lepra, pero todos los encuentros han sido muy teóricos, considero que las vías utilizadas hasta el momento no han fructificado...”
3.3		Disposición alta			Disposición alta

ANEXO 14. Orientaciones metodológicas

Objetivo: organizar la educación en el trabajo en las modalidades: atención médica en el nivel primario, así como la presentación del caso y su discusión diagnóstica, en función del desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

Atención médica

Previo al desarrollo de la atención médica se debe orientar al residente como parte del trabajo independiente una revisión bibliográfica sobre los temas: prevención con énfasis en el concepto, los niveles de prevención y la prevención en la lepra y el método clínico y epidemiológico, para que indaguen sobre los procedimientos, la importancia de su aplicación en la práctica médica y su vinculación con el tema que se estudia; elementos que se debaten en un seminario integrador, participativo, tipo panel.

El profesor/tutor debe demostrarle al residente que necesita actualizar sus conocimientos y desarrollar la habilidad para garantizar un mejor desempeño profesional; en otras palabras, debe convencerlo de la necesidad del aprendizaje para lograr su motivación. En esta etapa el profesor le ofrece al residente los aspectos esenciales que caracterizan al problema de salud, el modo de vincularse con este, además se orientan las acciones y el orden de las operaciones para el desarrollo de la habilidad, así como los instrumentos o medios auxiliares para su realización, por lo que esta etapa se corresponde con la base orientadora de la acción.

Posteriormente, se desarrolla una clase teórico-práctica para demostrar por parte del profesor las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, bajo los preceptos de la ética médica.

Planificación de la atención médica:

- La actividad de atención médica puede desarrollarse en el consultorio o las visitas al hogar.
- Se debe garantizar los turnos de pacientes enfermos de lepra, contactos o población de riesgo, aunque puede ser con individuos sanos como parte de la pesquisa anual.
- Contar con los medios auxiliares para realizar el examen físico dermatoneurológico.

- Es importante insistir en la confección correcta de las historias clínicas individual y familiar, el registro de casos sospechosos, así como en las actividades de educación para la salud.

Desarrollo:

- El tutor vela porque se cumplan los principios de la ética médica, las normas para lograr una adecuada relación residente-paciente, residente-familiares del paciente y promueve una comunicación empática.
- Explicar el contenido fundamental de la actividad, según las etapas del método clínico y epidemiológico. De esta manera, aunque se realicen otras actividades según la situación de cada paciente, se potencian los conocimientos, habilidades y valores en relación con la lepra.
- Si el residente no participó en la clase teórico-práctica realizada, el tutor realiza la demostración de la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, en un paciente
- Se debe garantizar la aplicación de los conocimientos, fomentar el razonamiento clínico, así como la interacción con el paciente, la familia y la comunidad.
- Se confecciona o actualiza la historia clínica individual, con énfasis en la descripción de las lesiones encontradas al examen físico y las etapas del método clínico y epidemiológico, se actualiza el registro de casos sospechosos y la historia de salud familiar.
- Después de un tiempo prudencial en el que el residente interactúa con el paciente y sus familiares se inicia la presentación del diagnóstico presuntivo, diferencial y la conducta a seguir en el caso.
- El tutor realiza las correcciones necesarias y estimula los aciertos del residente.
- Los tutores deben mantener una atención diferenciada a los residentes que no logren satisfacer las condiciones necesarias relativas al dominio de la acción; en específico, en aquellas tareas cuya complejidad en ascenso así lo requieran.

- Generalizar la ejecución a otras situaciones del contexto profesional, lo cual está presente en la tarea donde ellos deban inferir los modos de actuación que propiciarán una mayor científicidad a su labor.

Conclusiones:

- Al culminar la sesión el tutor solicita la autoevaluación del residente según la guía de entrevista estructurada para la autoevaluación, si trabaja con varios residentes en la consulta médica o la actividad de terreno estimula la participación del resto de los residentes en la evaluación individual y con estas consideraciones realiza una evaluación integral y emite la calificación final.
- El tutor realiza un resumen de las actividades que se realizan e indica acciones para la corrección de las dificultades identificadas, aspectos que debe tener en cuenta en la planificación de la próxima consulta o terreno.

Presentación de caso y su discusión diagnóstica

Planificación de la presentación:

- El tutor asigna el caso al residente (puede ser un paciente real de su comunidad o un caso simulado), la asignación se realiza según el resultado del diagnóstico pedagógico. El resto de los residentes del subgrupo realiza su auto preparación para participar activamente en la discusión diagnóstica.
- La actividad se planifica en las sesiones de correlación clínico-epidemiológicas y las reuniones del grupo básico de trabajo, previa divulgación para asegurar la participación de todos los implicados.
- Si se asigna un paciente real, el residente seleccionado debe realizar con antelación a la fecha de presentación, la historia clínica individual, realizar el examen físico dermatoneurológico y el interrogatorio en función de los hallazgos, para formular su hipótesis diagnóstica, arribar al diagnóstico presuntivo y decidir la conducta a seguir.
- Si es un caso simulado el tutor, crea la situación problémica, con los elementos positivos y negativos del interrogatorio y el examen físico, facilita los resultados de medios auxiliares al diagnóstico según se necesite en el caso particular, de manera que el residente pueda realizar su interpretación.

Presentación del caso:

- El residente que se selecciona realiza la presentación ante el colectivo, debe incluir motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, datos positivos que se obtienen en el interrogatorio y el examen físico, referidos en la historia

clínica. Si es un caso real esta etapa se realiza en presencia del paciente, lo que permite que el tutor pueda corroborar elementos del interrogatorio o el examen físico para rectificar algún error y reforzar las habilidades. El tutor puede auxiliarse de un residente de año terminal o de otro especialista para esta acción.

- Puede emplear recursos visuales, como presentaciones con imágenes de las lesiones cutáneas.
- Se debe tener cuidado de no divulgar en presencia de otros pacientes aspectos que puedan afectar su estado psicológico o menoscabar su privacidad.

Discusión del caso:

- Es moderada por el tutor
- El residente inicia la discusión con la argumentación clínica que se deriva de la interpretación de los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico que lo conducen a identificar si el caso es sospechoso de lepra para ello es importante relacionar los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico y el establecimiento del diagnóstico diferencial para discriminar otras dermatosis con características similares. Expone la clasificación sindrómica a la que pertenece el paciente, plantea el diagnóstico presuntivo y explica la conducta a seguir. Si es un caso real se pide al paciente que se retire para comenzar la discusión.
- Una vez expuesto todos los elementos el tutor dirige el debate sobre cada uno de los aspectos presentados y establece un orden de participación: comienza por los residentes de primer año hasta los de año terminal y luego los especialistas en MF y otras especialidades como dermatología, medicina interna e higiene y epidemiología.

Conclusiones:

- El tutor designado para dirigir la presentación de caso y discusión diagnóstica es quien se encarga de realizar el resumen de los aciertos y desaciertos con énfasis en la aplicación del método clínico y epidemiológico.
- Se solicita la autoevaluación al residente que hizo la presentación y la evaluación que le propone el resto de los participantes.

- El tutor designado con estos criterios y los propios, propone a discusión la evaluación final. El resultado se plasma en la tarjeta de evaluación individual del residente.

Recomendaciones:

- El tutor actúa como facilitador del aprendizaje
- Fomentar un ambiente respetuoso y colaborativo
- Integrar el contenido con los objetivos del programa de residencia
- La introducción desde el primer año es gradual y secuencial a partir de los cursos: promoción y acciones según el nivel de aplicación de la prevención en salud, salud familiar y salud comunitaria.
- Evaluar el desempeño clínico, ético y comunicativo

ANEXO 15. Encuesta para la selección de los expertos

Objetivo: seleccionar los expertos que participan en la evaluación de la pertinencia de las dimensiones e indicadores para medir la variable dependiente y la pertinencia científico- metodológica de la metodología; así como la valoración del aporte teórico.

Distinguido colega: por ser usted un prestigioso profesional de las Ciencias Médicas, el equipo de investigación del presente estudio, somete a su consideración la pertinencia científico- metodológica de la metodología propuesta para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra dirigida a los residentes en MF. El propósito es mejorar la enseñanza y la prevención de la lepra desde el nivel primario de atención al integrar los elementos inherentes a la prevención secundaria y así evitar las discapacidades que el diagnóstico tardío produce y la repercusión psicosocial de la enfermedad. Por favor llene estos datos:

Categoría docente: _____

Categoría científica: _____

Categoría investigativa: _____

Grado científico: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia en la docencia: _____

Para precisar la relación de su formación y experiencia con la temática del estudio se necesita que complete las tablas siguientes.

La tabla 1 es consecutiva de una escala que se mide desde el 0 hasta el 10. El valor 0 implica que no posee información ni experiencia sobre el tema de la investigación, mientras que el valor 10 implica una formación especializada y vasta experiencia.

Por favor marque con una X cómo usted valora sus conocimientos sobre el tema.

Tabla 1 Autovaloración de los expertos

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

En la tabla 2 se le solicita que marque con una X en cada fila, cuáles son sus fuentes de argumentación para ofrecer criterios acerca del tema de la investigación.

Tabla 2 Grado de influencia de cada una de las fuentes de su criterio

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes de su criterio		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Experiencia obtenida en su práctica médica			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en Cuba y el extranjero			
Su intuición			

ANEXO 16. Cuestionario de consultas a los expertos

Todas las consultas que siguen, tiene como objetivo evaluar la pertinencia de las dimensiones e indicadores para medir la variable dependiente y la pertinencia científico- metodológica de la metodología que se propone para contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF; así como valorar el aporte teórico.

Por favor exprese su criterio sobre lo que se expondrá seguidamente, marcando con una X lo que seleccione para su criterio.

Leyenda para seleccionar el criterio:

Muy adecuado: Está de acuerdo con el 100% de lo planteado.

Bastante adecuado: Está de acuerdo con el 75% de lo planteado

Adecuado: Está de acuerdo con el 50% de lo planteado

Poco adecuado: Está de acuerdo con el 25% de lo planteado

Inadecuado: No está de acuerdo de forma absoluta con lo planteado.

Argumente su criterio y propuestas para mejorar la metodología cuando no esté de acuerdo con lo planteado de forma parcial o totalmente.

1. La investigación que se realiza persigue como objetivo: proponer una metodología que contribuya al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes de la especialidad en MF a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico; el estudio tiene un enfoque mixto, secuencial explicativo; se inicia con el enfoque cuantitativo mediante una estrategia experimental, en su variante cuasiexperimento y se continua con la fase cualitativa para una mejor comprensión del fenómeno.

Para evaluar la variable dependiente: desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se proponen las siguientes dimensiones e indicadores.

Dimensión Cognitiva:

Indicadores

1.1- Nivel de conocimientos teóricos para la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.

1.2- Nivel de conocimientos teóricos sobre el tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

1.3- Nivel de conocimientos teóricos sobre las actividades de control de foco.

2. Dimensión procedimental:

Indicadores

2.1- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la identificación de las manifestaciones clínicas de la lepra, la realización del examen físico dermatoneurológico y la identificación del caso sospechoso.

2.2- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para el control del tratamiento medicamentoso y de rehabilitación, así como la identificación de las reacciones leprosas y las orientaciones al paciente.

2.3- Nivel de ejecución de las acciones y operaciones para la realización del control de foco.

Dimensión afectiva:

Indicadores

2.1- Nivel de interés para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

2.2- Nivel de satisfacción para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

3.3- Nivel de disposición para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra

Marque, por favor, su criterio

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

2. Existe la necesidad de mejorar la preparación de los residentes en MF sobre la lepra, para lograr realizar un diagnóstico precoz del paciente y un adecuado control de la enfermedad en la comunidad; a pesar que el Anuario Estadístico de Salud, informa una disminución de los casos con diagnóstico de lepra, se estima un infradiagnóstico de la enfermedad, al considerar que predominan las formas multibacilares lo que debe condicionar la aparición de nuevos casos, por ser estas formas las de mayor contagio, situación que evidencia falta de sospecha clínica del médico de familia y de intencionalidad en la búsqueda de nuevos casos, lo que implica la necesidad de mejorar la enseñanza del tema.

Marque, por favor, su criterio

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

3- En la literatura nacional e internacional se reportan investigaciones sobre el tema, existe un Programa nacional para el control de la enfermedad que establece claramente las funciones de todos los involucrados en la atención a

estos pacientes, pero desde la educación médica no existe una metodología que oriente a los profesores para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, que defina las acciones y operaciones de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico, al tener en cuenta los componentes del PEA contextualizados en el posgrado.

Marque, por favor, su criterio

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

4- Se ha encontrado que el nivel de conocimiento sobre lepra que presenta el residente en MF, es limitado.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

5. Durante la residencia en MF el curso de enfermedades dermatológicas es extenso y se imparte en solo tres semanas de duración, situación que se presenta desde el pregrado, el contenido que se imparte no tiene diferenciación en el nivel de profundidad entre ambos niveles y no se cuenta con una metodología que oriente a los profesores para impartir el tema, muchas veces son especialistas en medicina general Integral o en medicina interna de la atención primaria. Para esto es necesario una metodología, que contribuya al desarrollo de la habilidad prevenir lepra con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

La metodología antes mencionada debe tener sus bases teóricas relacionadas con los siguientes hechos y consideraciones.

6. En el control de la lepra la estrategia de prevención es secundaria, destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente. Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible y comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad y para

evitar o retardar la aparición de las secuelas. Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad. Por tanto, sobre la base de este nivel de prevención las acciones para el control de la lepra están dirigidas a:

- 1- Realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad.
2. Indicar el tratamiento oportuno y orientar las medidas de rehabilitación.
3. Identificar y tratar las reacciones leprosas.
4. Realizar el control de foco y la vigilancia epidemiológica.

Al sistematizar los conceptos anteriores la autora asume que la estrategia de prevención en la lepra es secundaria por lo que se dirige hacia los elementos inherentes a este nivel de prevención y propone la integración de estos contenidos como un recurso racional para desarrollar la habilidad prevenir lepra y encontrar la interrelación entre ellos, en aras de construir sistemas de conocimientos integrados en el PEA, que precisa orientar su desarrollo a través de la aplicación de instrumentos teórico metodológico, que permitan establecer una secuencia lógica para garantizar la efectividad de este proceso en su aplicación práctica.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

7. A partir de la sistematización la autora caracteriza la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF, como una habilidad profesional, que permite identificar e interpretar las manifestaciones clínicas de la lepra de forma precoz y las reacciones leprosas, indicar el tratamiento oportuno medicamentoso y rehabilitador, así como realizar las acciones de control de foco con la pesquisa activa de los contactos y población de riesgo, a partir de la combinación del método clínico y el epidemiológico como métodos científicos de la profesión.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

8. La prevención de la lepra involucra la atención al individuo y a la colectividad; por tanto, la autora propone las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico; en la estructura y funcionamiento de estas etapas

radica el carácter sistémico de ambos métodos, porque del cumplimiento de cada una de ellas interrelacionadas, depende la realización correcta del mismo.

A continuación, se operacionaliza la habilidad de la siguiente forma:

1. Identificar las lesiones cutáneas y neurológicas periféricas:

Requiere realizar las siguientes operaciones: observación de la piel y sus anejos; descripción de las lesiones primarias y secundarias según su morfología y topografía; exploración de la sensibilidad superficial y palpación de los nervios periféricos.

2. Interrogar al paciente y sus familiares:

Mediante las siguientes operaciones: indagación sobre la presencia de síntomas prodrómicos y otros síntomas relacionados con las lesiones encontradas al examen físico; búsqueda de información sobre aspectos epidemiológicos y comunitarios.

3. Interpretar los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico e identificar el caso sospechoso de lepra:

Es preciso realizar las operaciones siguientes: relación entre los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico; establecimiento del diagnóstico diferencial; identificación del caso sospechoso de lepra y remisión al especialista en dermatología para confirmar diagnóstico.

4. Controlar el tratamiento multidroga y de rehabilitación física, psicológica y social:

Requiere realizar las siguientes operaciones: control de la administración de los medicamentos; explicación de sus efectos adversos; orientación de las medidas de rehabilitación; evolución del paciente durante y después del tratamiento; remisión oportuna a otras especialidades como fisioterapia, oftalmología y psicología para prevenir las discapacidades físicas y psicosociales.

5. Identificar las reacciones leprosas:

Para ello requiere realizar las siguientes operaciones: reconocimiento de las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y neurológicas periféricas; orientación adecuada al paciente para evitar la interrupción del tratamiento multidroga y prevenir el daño neural.

6. Realizar las acciones de control de foco:

Requiere realizar las siguientes operaciones: identificación de los contactos intradomiciliarios, extradomiciliarios y la población de riesgo; seguimiento a los contactos y la población de riesgo derivados del caso índice; indicación de quimioprofilaxis a todos los contactos; educación sanitaria a la población.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

9. Entre los fundamentos teóricos en que se sustenta la metodología, se asume como fundamentos filosóficos la concepción del materialismo dialéctico e histórico, el principio de la concatenación universal y la teoría leninista del conocimiento científico.

La presente metodología le permite al profesor, mediante su implicación consciente en los procedimientos, nuevas vías para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, a partir de la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y la ejecución de acciones y operaciones sustentadas en la combinación del método clínico y epidemiológico; a la vez que le permite al residente apropiarse de los conocimientos teóricos e instrumentales para un mejor desempeño profesional en la prevención de la lepra.

El sustento sociológico de la metodología propuesta se manifiesta en la estrecha relación entre el contexto social, histórico y político en el que se inserta el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF. Este proceso tiene lugar en los escenarios de la APS, en la atención al individuo, la familia y la comunidad, por lo que el residente al apropiarse de los conocimientos, habilidades y valores, recibe un conjunto de influencias de esa interacción, a la que se suman los profesores, el grupo y otros compañeros de trabajo, quienes contribuyen al desarrollo de la personalidad del profesional.

Además, los procedimientos que se proponen parten del conocimiento precedente de los residentes, de sus necesidades, de la práctica social concreta en que se desarrollan, lo que permite su participación activa y reflexiva, donde se promueva la creatividad.

Desde lo psicológico se asume el enfoque histórico-cultural de la psiquis humana desarrollado por Vigotsky, se asume de este enfoque que la enseñanza precede, direcciona y conduce al desarrollo. En concordancia, el desarrollo de la habilidad prevenir lepra se organiza en correspondencia con la

categoría zona de desarrollo próximo. De esta forma, la zona de desarrollo próximo es el espacio que existe entre el desarrollo de la habilidad que el residente puede lograr por sí solo para prevenir la lepra y el nivel de desarrollo que puede alcanzar con la ayuda de otros; en esta dinámica se crean las condiciones para nuevos aprendizajes.

Otro de los sustentos psicológicos de la metodología que se presenta es la teoría de la Actividad de Leontiev y la de formación por etapas de las acciones mentales de Galperin. Para Leontiev la actividad humana no existe de otro modo que en forma de acción o cadena de acciones y precisa de las operaciones correspondientes para la ejecución de la actividad, así como de la comunicación. Por su parte Galperin, a partir de la teoría de la actividad de Leontiev, retoma la acción y explica el recorrido de las acciones externas a las acciones internas a través de la interiorización y con la garantía de las condiciones para dicho recorrido.

Como fundamentos pedagógicos se asumen las concepciones sobre la Pedagogía y la Didáctica, como ciencias que estudian la formación del profesional en un contexto social, y el PEA en un contexto educativo concreto. Un referente esencial son las concepciones de Ginoris Quesada O, Addine Fernández F, Turcaz Millán J, sobre las leyes del PEA.

En las etapas de la metodología se jerarquiza el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, pero se tienen en cuenta el resto de las categorías didácticas. El objetivo se tiene en cuenta como expresión pedagógica del encargo social, para que los residentes en MF atiendan de forma integral a estos pacientes, la familia y la comunidad. Para cumplirlo se trabaja con los sistemas de conocimientos, habilidades y valores, que se integran como contenidos a actualizar y se organizan para su explicación según los procedimientos del método clínico y epidemiológico.

En esta propuesta, se privilegian los productivos, como los de la enseñanza problémica, el trabajo independiente, el método clínico en su condición de metódica para la actuación del residente durante la atención individual a personas sanas y enfermas y el método epidemiológico dirigido a la colectividad. En cuanto a los medios de enseñanza, tienen en su centro la

utilización del organismo vivo y otros medios complementarios, como imágenes y el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

En la metodología se privilegia la educación en el trabajo, así como las discusiones de casos y las sesiones de correlación clínica epidemiológica, para consolidar los conocimientos, desarrollar la habilidad prevenir lepra y formar valores morales en relación con los miembros del equipo de trabajo y los pacientes. Con el diagnóstico inicial y continuo, comienza la evaluación lo que posibilita monitorear la calidad con que se cumplen las tareas, realizar las correcciones pertinentes y redireccionar el proceso.

Con respecto a los componentes personales se conciben en la interacción del residente con el grupo, el profesor, el paciente, la familia y la comunidad, lo que sin dudas promueve la responsabilidad social, la relación médico-paciente y la transformación de su personalidad.

Los principios de la Educación Médica que rigen la educación de posgrado, es otro sustento teórico de la metodología que se presenta, entre ellos la formación permanente y continuada, la educación en el trabajo, el vínculo del estudio con el trabajo y la teoría con la práctica y el cumplimiento estricto de la ética médica.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado___ Poco adecuado___
Inadecuado___

10. En el cuerpo legal de la metodología se tienen en cuenta un grupo de exigencias para su diseño que se resumen a continuación:

1. Realización del diagnóstico pedagógico inicial y continuo, para determinar el nivel de desarrollo próximo de los residentes, con el objetivo de poner en práctica acciones diferenciadas, según las particularidades de cada uno de ellos.
2. Relación meta-contenido-métodos, el contenido y los métodos responden a los objetivos propuestos.
3. Aplicabilidad y flexibilidad: el contenido debe estar en correspondencia con los motivos, necesidades e intereses de los residentes; la flexibilidad durante su implementación admite realizar el reordenamiento y la reflexión crítica para que sea aplicable en una diversidad de contextos.

4. Dinamismo y contextualización: por la relación que se establece entre los residentes, el grupo, el paciente y el profesor, en los que se reflexiona, se intercambian ideas y se gana en empoderamiento de valores, conocimientos y habilidades para el mejoramiento profesional. Su contextualización se evidencia al responder a una situación problemática identificada en la atención primaria.
5. Aplicación de procedimientos para la enseñanza de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra en la educación en el trabajo e instrumentos para su evaluación
6. Consideración de los escenarios docente-atencionales, instalaciones, servicios, equipamiento e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades docentes y asistenciales.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

11. La metodología que se propone se estructura en tres etapas (Planificación, Ejecución y Control), con objetivos específicos para cada una y procedimientos.

Descripción de las etapas y procedimientos de la metodología:

Etapa de planificación

Esta etapa tiene como objetivo planificar y organizar el proceso para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra. En ella se determinan el sistema de conocimientos, las acciones y operaciones a ejecutar por el residente y se elaboran las tareas para contribuir al desarrollo de la habilidad; finalmente, para comprobar el logro de los objetivos se realiza la evaluación.

Procedimientos

1. Preparación de los residentes.
2. Preparación del directivo.
3. Selección del contenido y los métodos a utilizar.
4. Utilización de la tecnología informática en función del desarrollo de la habilidad prevenir lepra y el sistema de evaluación a utilizar.
5. Planificación de las formas de organización del trabajo docente.

Etapa de ejecución.

En esta etapa interactúan el profesor y el residente, comprende la ejecución de las actividades planificadas en la anterior; se desarrolla en los servicios de la atención primaria.

Procedimientos.

1. Valoración del diagnóstico pedagógico integral.
2. Motivación y orientación de la ejecución.
3. Demostración de la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra, con integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria y a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico, en un paciente.
4. Ejercitación por los residentes de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad prevenir lepra, bajo la guía del profesor, quien promueve la reiteración y la independencia para alcanzar el dominio de la habilidad.
5. Generalización de la ejecución a nuevas situaciones; el residente debe ser capaz de relacionar el nuevo contenido con otros que él ya posee.
- 6- Realización en forma independiente por los residentes de las acciones y operaciones para el desarrollo de la habilidad a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Etapas de control.

Es importante controlar el cumplimiento del proceso proyectado, calificar los resultados y comprobar cómo se comporta el desarrollo de la habilidad prevenir lepra a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.

Procedimientos.

1. Valoración por el jefe del departamento docente, mediante la observación, acerca del desarrollo de la habilidad prevenir lepra; evaluación de la ejecución para el desarrollo de la habilidad, los medios, los métodos de la enseñanza problémica y el método clínico y epidemiológico, el sistema de evaluación utilizado, las formas del trabajo docente y la relación de todos con los objetivos de la actividad. Evaluación del logro de la integración de los conocimientos, habilidades y valores durante el proceso, así como sus normas de comportamiento y cumplimiento de los principios éticos.
2. Comprobación, por el directivo, de las evaluaciones realizadas.

-Verificación de la integralidad de las evaluaciones realizadas, calidad de las historias clínicas confeccionadas al efecto, constatación de las discusiones de casos y las sesiones de correlación clínico y epidemiológicas realizadas, así como la calidad de su desarrollo.

3. Debate con los residentes de los principales resultados de las observaciones practicadas.

4. Documentación de los resultados obtenidos en las acciones de seguimiento realizadas.

5. Diseño del plan de medidas para mejorar los aspectos evaluados de insatisfactorio.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

12. La metodología es relevante porque existe la necesidad de mejorar la preparación de los residentes en MF sobre la lepra, para lograr realizar un diagnóstico precoz del paciente y evitar el desarrollo de discapacidades; además, constituye un instrumento teórico-metodológico que contribuye a atenuar las insuficiencias de la enseñanza del tema.

Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado ___ Poco adecuado___
Inadecuado___

13. La metodología es pertinente porque responde a las necesidades que generaron su elaboración y es aplicable en el contexto formativo de los residentes en MF.

Marque, por favor, su criterio

Muy adecuado___ Bastante adecuado___ Adecuado___ Poco adecuado___
Inadecuado___

Muchas gracias por su tiempo y por la valiosa cooperación que ofrece.

Dra. Tania Alemán Martínez. Especialista de primer grado en Dermatología. Máster en Enfermedades infecciosas. Profesora auxiliar. Investigadora agregado Aspirante a Dr. C de la Educación Médica

ANEXO 17

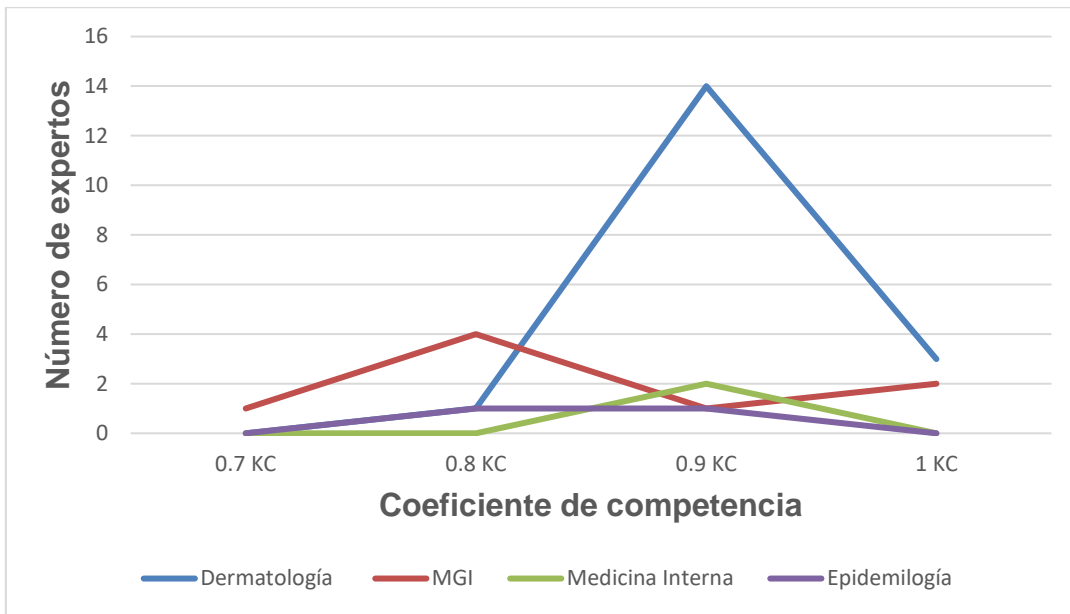
Tabla 3.1. Distribución de los expertos según la especialidad, grados científicos y académicos

Objetivo: describir las características de los expertos seleccionados.

	Especialidad									
	Dermatología		MGI		Medicina Interna		Epidemiología		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Especialista de primer grado	4	13.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	7	23.3
Especialista de segundo grado	14	46.7	7	23.3	1	3.3	1	3.3	23	76.6
Profesor Titular	3	10	2	6.7	1	3.3	-	-	6	20
Profesor Auxiliar	13	43.3	5	16.7	1	3.3	1	3.3	20	66.6
Profesor Asistente	2	6.7	1	3.3	-	-	1	3.3	4	13.3
Experiencia en la docencia de 12 años o más	18	60	8	26.6	2	6.7	2	6.7	30	100
Máster en Ciencias	15	50	7	23.3	2	6.7	2	6.7	26	86.7
Doctor en Ciencias	3	10	2	6.7	1	3.3	-	-	6	20
Total	18	60	8	26.6	2	6.7	2	6.7	30	100

MGI: Medicina General Integral

Grafico 3.1. Expertos según especialidad y coeficiente de competencia



ANEXO 18. Procesamiento estadístico del criterio expresado por los expertos.

Objetivo: mostrar los resultados del procesamiento estadístico del criterio expresado por los expertos y el coeficiente de concordancia de Kendall.

18 a. Tablas resumen del procesamiento estadístico del criterio expresado por los expertos

Tabla 3.2. Valoración cualitativa por los expertos de los indicadores a evaluar

Expertos	Categorías (Aspectos a evaluar)						
	1	2	3	4	5	6	7
E1	5	5	5	5	5	5	5
E2	5	5	5	5	5	5	5
E3	5	5	5	5	5	5	5
E4	4	5	5	5	5	5	4
E5	4	5	5	4	5	5	5
E6	5	5	5	5	5	5	5
E7	5	5	5	5	5	5	4
E8	3	5	5	5	5	5	4
E9	5	5	5	5	5	5	5
E10	5	5	5	5	5	5	5
E11	5	5	5	5	5	5	5
E12	5	5	5	5	5	5	5
E13	5	5	5	5	5	5	5
E14	5	5	5	5	5	5	4
E15	3	5	5	5	5	5	3
E16	4	5	5	3	5	5	5
E17	5	5	5	5	5	5	5
E18	5	5	5	5	5	5	5
E19	5	5	5	5	5	5	4
E20	4	5	5	4	5	5	5
E21	5	5	5	5	5	5	5
E22	3	5	5	5	5	5	5

E23	5	5	5	5	5	5	3
E24	4	5	5	3	5	5	5
E25	5	5	5	5	5	5	5
E26	5	5	5	5	5	5	5
E27	5	5	5	5	5	5	3
E28	4	5	5	5	5	5	5
E29	5	5	5	5	5	5	5
E30	5	5	5	3	5	5	5

Tabla 3.3. Distribución de la frecuencia de las consultas a expertos. Media, desviación estándar (SD) y W de Kendall.

Categorías	MA (5)		BA (4)		A (3)		PA (2)		I (1)	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	21	70	6	20	3	10	0	-	0	-
2	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-
3	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-
4	26	86,6	2	6,7	2	6,7	-	-	-	-
5	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-
6	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-
7	22	73,3	5	16,7	3	10	-	-	-	-
Media	27		1,86		1,14		-		-	
SD	3.7416575		2.4159336		1.3552618		-		-	

W = 0,90

Tabla 3.4. Frecuencias absolutas de las evaluaciones por indicador

Aspectos	5	4	3	2	1
1	21	6	3	0	0
2	30	0	0	0	0
3	30	0	0	0	0
4	26	2	2	0	0
5	30	0	0	0	0
6	30	0	0	0	0
7	22	5	3	0	0

Tabla 3.5. Frecuencias acumuladas de las evaluaciones por indicador

Aspectos	5	4	3	2	1
1	21	27	30	30	30
2	30	30	30	30	30
3	30	30	30	30	30
4	26	28	30	30	30
5	30	30	30	30	30
6	30	30	30	30	30
7	22	27	30	30	30

Tabla 3.6. Frecuencia relativa acumulada de las evaluaciones por indicador.

Aspectos	5	4	3	2	1
1	0,7	0,9	1	1	1
2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1
4	0,867	0,933	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	0,733	0,9	1	1	1

Tabla 3.7. Puntos de corte y valores de escala de los indicadores mediante la determinación de los percentiles correspondientes a la curva normal estándar o distribución normal inversa acumulada.

Aspectos	5	4	3	2	Suma	Promedio	N-P	Evaluación
1	0,53	1,28	3,09	3,09	7,99	0,2854	-2,365	MA
2	3,09	3,09	3,09	3,09	12,36	3,09	0,4396	MA
3	3,09	3,09	3,09	3,09	12,36	3,09	0,4396	MA
4	1,11	1,50	3,09	3,09	8,79	0,3139	0,2615	MA
5	3,09	3,09	3,09	3,09	12,36	3,09	0,4396	MA
6	3,09	3,09	3,09	3,09	12,36	3,09	0,4396	MA
7	0,53	1,28	3,09	3,09	7,99	0,2854	-2,3365	MA
Suma	14,53	16,42	24,72	24,72	74,21			
Prom	2,076	2,346	3,09	3,09		N= 2,6504		

Puntos de corte

(Infinito; 2,076) Muy Adecuado

(2,077; 2,346) Bastante Adecuado

(2,347; 3,09) Adecuado

18 b. Prueba W de Kendall para criterio de expertos**Rangos**

	Rango promedio
Pertinencia de las dimensiones e indicadores que se proponen para la evaluación de la variable dependiente	1,13
Relevancia de la metodología	4,52
Viabilidad y pertinencia de su aplicación en el contexto formativo de los residentes en MF	4,52
Caracterización de la habilidad y su operacionalización a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico	4,28
Exigencias consideradas en el cuerpo legal de la metodología	4,52
Viabilidad de las etapas y procedimientos de la metodología propuesta en correspondencia con el objetivo que se persigue en ella	4,52
Recomendaciones para la implementación de la metodología	4,52

Estadísticos de prueba

N	30
W de Kendall ^a	,907
Chi-cuadrado	163,319
GI	6
Sig. asintótica	,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

ANEXO 19. Resultados del cuasiexperimento.

Objetivo: mostrar la matriz de valores para los indicadores y dimensiones por cada uno de los residentes, así como los resultados obtenidos en cada grupo según las etapas de la investigación.

Tabla 3.8. Matriz de valores para los indicadores y dimensiones. Grupo control.

Residentes por año de especialidad	Etapa	Dimensión 1				Dimensión 2				Dimensión 3			
		I1.1	1.2	1.3	D	I2.1	2.2	2.3	D	I3.1	3.2	3.3	D
1 (primero)	Inicial	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	3	2
	Final	2	2	3	2	2	2	4	3	2	3	4	3
2 (primero)	Inicial	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	5	2
	Final	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	5	3
3 (primero)	Inicial	2	2	3	2	2	2	4	3	2	1	4	2
	Final	2	3	3	3	2	3	4	3	2	1	4	2
4 (primero)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	4	3
	Final	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	4	3
5 (primero)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	4	2
	Final	2	2	2	2	3	2	3	3	1	1	4	2
6 (primero)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	4	2
	Final	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	4	2
7 (primero)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	4	2
8 (segundo)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	5	2
	Final	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	5	3
9 (segundo)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	4	2
	Final	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	4	2
10 (segundo)	Inicial	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	3	2
	Final	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	3	2
11 (segundo)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	4	2
	Final	2	3	2	2	2	2	3	2	1	1	4	2
12 (segundo)	Inicial	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3
	Final	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3
13 (segundo)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3
	Final	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3
14 (segundo)	Inicial	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	4	2
	Final	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	4	2
15 (segundo)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
16 (tercero)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	4	2
17 (tercero)	Inicial	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	4	3
	Final	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	4	3
18 (tercero)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4	2
	Final	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4	2

(I: Indicador, 5: muy alto, 4: alto, 3, medio, 2: bajo, 1: muy bajo)

Tabla 3.9. Matriz de valores para los indicadores y dimensiones. Grupo experimental.

Residentes por año de especialidad	Etapa	Dimensión 1				Dimensión 2				Dimensión 3			
		I1.1	1.2	1.3	D	I2.1	2.2	2.3	D	I3.1	3.2	3.3	D
1 (primero)	Inicial	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2
	Final	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	5	4
2 (primero)	Inicial	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	4	2
	Final	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5
3 (primero)	Inicial	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1	4	2
	Final	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5
4 (primero)	Inicial	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	4	2
	Final	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5
5 (primero)	Inicial	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1	5	3
	Final	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
6 (primero)	Inicial	1	2	3	2	2	2	3	2	1	1	5	2
	Final	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
7 (primero)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	5	3	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5
8 (primero)	Inicial	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	4	2
	Final	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5
9 (segundo)	Inicial	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3
	Final	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
10 (segundo)	Inicial	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2
	Final	3	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4
11 (segundo)	Inicial	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3
	Final	4	5	4	4	3	5	4	4	5	4	5	5
12 (segundo)	Inicial	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	4	2
	Final	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
13 (segundo)	Inicial	2	1	2	2	2	1	3	2	1	2	3	2
	Final	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
14 (segundo)	Inicial	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4
15 (segundo)	Inicial	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2
	Final	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5
16 (segundo)	Inicial	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	2
	Final	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5
17 (tercero)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3
	Final	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
18 (tercero)	Inicial	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	4	3
	Final	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

(I: Indicador, 5: muy alto, 4: alto, 3, medio, 2: bajo, 1: muy bajo)

Tabla 3.10. Distribución de frecuencias en la dimensión 1, cognitiva.

Grupo	Nivel	Indicadores												Dimensión 1			
		I1.1				I1.2				I1.3							
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
GC	MA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	M	-	-	-	-	-	-	2	11.1	1	5.6	2	11.1	-	-	1	5.6
	B	10	55.6	12	66.7	8	44.4	9	50	10	55.6	10	55.6	9	50	10	55.6
	MB	8	44.4	6	33.3	10	55.6	7	38.8	7	38.8	6	33.3	9	50	7	38.8
GE	MA	-	-	9	50	-	-	9	50	-	-	11	61.1	-	-	10	55.5
	A	-	-	7	38.8	-	-	7	38.9	-	-	7	38.8	-	-	7	38.9
	M	-	-	2	11.1	.	.	2	11.1	1	5.6	-	-	-	-	1	5.6
	B	9	50	-	-	9	50	-	-	10	55.6	-	-	10	55.6	-	-
	MB	9	50	-	-	9	50	-	-	7	38.8	-	-	8	44.4	-	-
p(valor)		0,742		0,000		0,742		0,000		1,000		0,000		0,742		0,000	

GC: grupo control, GE: grupo experimental, I: indicador, MA: muy alto, A: alto, M: medio, B: bajo, MB: muy bajo, FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa.

Tabla 3.11. Distribución de frecuencias en la dimensión 2, procedimental.

Grupo	Nivel	Indicadores												Dimensión 2			
		I2.1				I2.2				I2.3				Inicial		Final	
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
GC	MA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.6	2	11.1	-	-	-	-
	M	-	-	1	5.6	-	-	1	5.6	8	44.4	7	38.9	1	5.6	3	16.7
	B	10	55.5	10	55.5	9	50	10	55.5	9	50	9	50	11	61.1	10	55.5
	MB	8	44.4	7	38.9	9	50	7	38.9	-	-	-	-	6	33.3	5	27.8
GE	MA	-	-	9	50	-	-	9	50	-	-	10	55.5	-	-	10	55.5
	A	-	-	7	38.9	-	-	8	44.4	-	-	8	44.4	-	-	7	38.9
	M	-	-	2	11.1	-	-	1	5.6	9	50	-	-	-	-	1	5.6
	B	11	61.1	-	-	9	50	-	-	9	50	-	-	12	66.7	-	-
	MB	7	38.9	-	-	9	50	-	-	-	-	-	-	6	33.3	-	-
p(valor)		0,739		0,000		1,000		0,000		0,871		0,000		0,821		0,000	

GC: grupo control, GE: grupo experimental, I: indicador, MA: muy alto, A: alto, M: medio, B: bajo, MB: muy bajo, FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa

Tabla 3.12. Distribución de frecuencias en la dimensión 3, afectiva.

Grupo	Nivel	Indicadores												Dimensión 3			
		I3.1				I3.2				I3.3							
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
GC	MA	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11.1	2	11.1	-	-	-	-
	A	-	-	-	-	-	-	-	-	14	77.8	15	83.3	-	-	-	-
	M	1	5.6	1	5.6	-	-	1	5.6	2	11.1	1	5.6	4	22.2	7	38.9
	B	5	27.8	7	38.9	6	33.3	8	44.4	-	-	-	-	14	77.8	11	61.1
	MB	12	66.7	10	55.6	12	66.7	9	50	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	MA	-	-	11	61.1	-	-	11	61.1	2	11.1	17	94.4	-	-	15	83.3
	A	-	-	7	38.9	-	-	7	38.9	13	72.2	1	5.6	-	-	3	16.7
	M	1	5.6	-	-	-	-	-	-	3	16.7	-	-	5	27.8	-	-
	B	6	33.3	-	-	7	38.9	-	-	-	-	-	-	13	72.2	-	-
	MB	11	61.1	-	-	11	61.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
p(valor)		0,750		0,000		0,732		0,000		0,738		0,000		1,000		0,000	

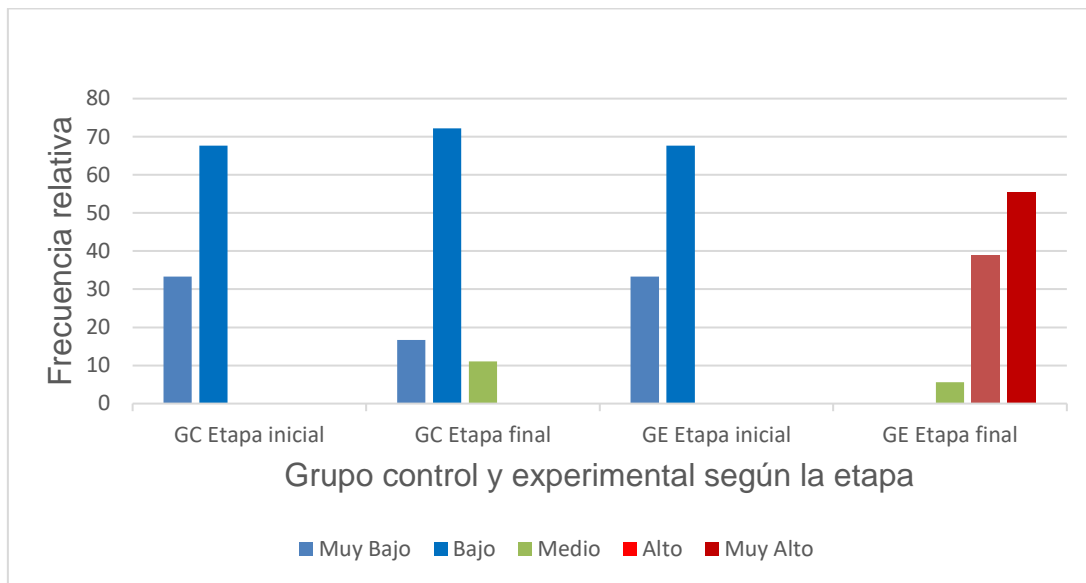
GC: grupo control, GE: grupo experimental, I: indicador, MA: muy alto, A: alto, M: medio, B: bajo, MB: muy bajo, FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa

Tabla 3.13. Tabla resumen de las frecuencias de los resultados de las dimensiones y la variable dependiente.

Grupo	Nivel	Frecuencias absolutas y relativas de los resultados															
		Dimensión 1				Dimensión 2				Dimensión 3				Variable			
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
GC	MA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	M	-	-	1	5.6	1	5.6	3	16.7	4	22.2	7	38.9	-	-	2	11.1
	B	9	50	10	55.6	11	61.1	10	55.5	14	77.8	11	61.1	12	66.7	13	72.2
	MB	9	50	7	38.8	6	33.3	5	27.8	-	-	-	-	6	33.3	3	16.7
GE	MA	-	-	10	55.5	-	-	10	55.5	-	-	15	83.3	-	-	10	55.5
	A	-	-	7	38.9	-	-	7	38.9	-	-	3	16.7	-	-	7	38.9
	M	-	-	1	5.6	-	-	1	5.6	5	27.8	-	-	-	-	1	5.6
	B	10	55.6		-	12	66.7	-	-	13	72.2	-	-	12	66.7	-	-
	MB	8	44.4		-	6	33.3	-	-	-	-	-	-	6	33.3	-	-
p(valor)		0,742		0,000		0,821		0,000		1,000		0,000		1,000		0,000	

(GC: Grupo control, GE: Grupo experimental, MA: muy alto, A: alto, M: medio, B: bajo, MB: muy bajo, EI: Etapa inicial, EF: Etapa final)

Grafico 3.2. Resultados de la variable dependiente en ambos grupos y etapas de la investigación



ANEXO 20

Objetivo: Describir el desarrollo de la clase teórico-práctica para la demostración de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra.

Se presenta un paciente con diagnóstico de lepra lepromatosa bajo tratamiento médico, que ofrece su consentimiento para participar en la actividad docente. Se trata de un paciente de 71 años, del hogar de ancianos del municipio Chambas que comienza con lesiones eritemato-nodulares, dolorosas, tumefactas, diseminadas en regiones superciliares, puente de la nariz, pabellones auriculares, miembros superiores e inferiores, asociadas a fiebre, artralgias y leucocitosis. Realice la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico y diga:

- a) Impresión diagnóstica
- b) Conducta a seguir por el médico familiar en este caso

La autora demuestra cuáles son las acciones y operaciones que se deben realizar en este caso; en primer lugar, les recuerda a los residentes las condiciones necesarias para realizar el examen físico, la importancia de tomar registro en la historia clínica del paciente y que en dermatología primero se examina y después se interroga según los hallazgos encontrados. La primera acción es identificar las lesiones cutáneas y neurológicas periféricas, mediante la observación de la piel y sus anejos, la descripción detallada de las lesiones existentes, la exploración de la sensibilidad superficial y la palpación de los nervios periféricos.

Posterior a ello se procede a interrogar al paciente y sus familiares y se indaga sobre la presencia de otros síntomas relacionados con las lesiones encontradas al examen físico y los aspectos epidemiológicos y comunitarios. La comunicación debe ser clara y organizada, de manera que logre un acercamiento afectivo para obtener toda la revelación biopsico-social necesaria y plantear, de forma correcta, la posible hipótesis diagnóstica.

Otra de las acciones es interpretar los resultados obtenidos del interrogatorio y del examen físico e identificar el caso sospechoso de lepra; para ello es importante relacionar los síntomas y los signos encontrados en función del pensamiento lógico, el establecimiento del diagnóstico diferencial para discriminar otras dermatosis con características similares y arribar a la

identificación del caso sospechoso de lepra para su remisión al especialista en dermatología quien debe confirmar o no el diagnóstico.

Una vez confirmado el diagnóstico de lepra, se procede a controlar el tratamiento multidroga y de rehabilitación física, psicológica y social; para ello el médico de la familia es responsable de la administración de los medicamentos, debe ofrecer una explicación al paciente sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos y la orientación de las medidas de rehabilitación, otros de los aspectos son la evolución del paciente durante y después del tratamiento y la remisión oportuna a especialidades como fisioterapia, oftalmología y psicología para prevenir las discapacidades físicas y psicosociales.

La autora les explica que otra de las acciones a tener en cuenta es Identificar las reacciones leprosas, que pueden presentarse antes, durante o después de finalizado el tratamiento y que son la causa más frecuente de discapacidad por lepra, para ello requiere realizar las siguientes operaciones: reconocimiento de las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y neurológicas periféricas, la orientación adecuada al paciente para evitar la interrupción del tratamiento multidroga y prevenir el daño neural. En el caso que se analiza estamos en presencia de una reacción leprosa tipo II o eritema nudoso leproso.

Para finalizar se debe realizar las acciones de control de foco a través de la identificación de los contactos intradomiciliarios, extradomiciliarios y la población de riesgo, su seguimiento, la indicación de la quimioprofilaxis a todos los contactos y la educación sanitaria a la población.

Durante la demostración se propicia el debate y la reflexión con los participantes mediante preguntas que conducen la conversación heurística, de forma individual y colectiva, de manera que todos aportan y se produce un debate residente-residente, residente-tutor, residente-profesor, profesor-profesor (constituidos por los profesores de MF, medicina interna y dermatología), para unificación de criterios que conduzcan al diagnóstico y a la conducta a seguir en el caso. Se agradece al paciente su colaboración.

ANEXO 21. Entrevista individual no estructurada

21 a. Guía de entrevista individual no estructurada

Sesiones de entrevistas individuales no estructuradas a residentes en MF después de la implementación de la metodología.

Objetivo: valorar la contribución de la metodología propuesta al desarrollo de la habilidad prevenir lepra.

Estimados residentes, se desarrolla una investigación para la cual sus valoraciones constituyen una valiosa ayuda. El tema está relacionado con la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad prevenir lepra, se precisa de su cooperación para conocer desde su percepción la situación de los aspectos que se relacionan a continuación.

Aspectos a tratar:

- a) Posibilidades que ofrece la implementación de la metodología.
- b) Autovaloración realizada por los residentes en relación con sus conocimientos teóricos y procedimentales para prevenir la lepra después de la implementación de la metodología.
- c) Aspectos que influyen en la valoración de la contribución de la metodología al desarrollo de la habilidad
- d) Importancia del desarrollo de la habilidad prevenir lepra en el posgrado a partir de la combinación del método clínico y epidemiológico.
- e) Grado de satisfacción de los residentes durante el proceso para el desarrollo de la habilidad.

21 b. A continuación, se ofrecen testimonios, desde la reflexión crítica de los residentes en MF que constituyen las unidades de estudios seleccionadas intencionalmente para esta fase de la investigación:

“... Hemos compartido un proceso muy especial, hemos aprendido de todos y entre todos, (...) me sentí muy motivado y el aprendizaje fue superior, ganamos en conocimientos teóricos y en habilidades que nos permiten un mejor desempeño profesional...”

En el transcurso de la entrevista, se hizo alusión al permanente fomento del pensamiento crítico y reflexivo, el trabajo cooperado, el diálogo y la participación que aproximan al estado deseado de los conocimientos, actitudes

y prácticas para fortalecer la enseñanza-aprendizaje en el escenario que constituye el posgrado.

“... Durante la carrera al igual que en la residencia el contenido de lepra es muy teórico, con la implementación de la metodología se logra mayor ejercitación y mayor destreza para el desarrollo de la habilidad...”

“... Siento que la experiencia ha sido muy provechosa para mí y para el grupo, porque se tuvo muy en cuenta las necesidades de aprendizaje de cada uno y las diferencias individuales, es algo fundamental para alcanzar el objetivo...”

“... Ahora siento que domino el contenido, me resulta mucho más fácil, ya no lo veo como algo tan grande y difícil, considero que en ello ha influido, la cooperación entre todos, la planificación de las actividades, la integración del contenido, la demostración de las acciones y operaciones de la habilidad y su ejercitación, además de la auto-preparación...”

“... En mi opinión los factores que más seguridad nos han dado y que han influido positivamente para el desarrollo de la habilidad son la integración del contenido y la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad con la guía del tutor...”

“... Percibir el grupo como un espacio de intercambio, de reflexión, donde se promueven las relaciones interpersonales sobre la base del respeto a la individualidad, la reciprocidad, la cooperación para lograr una mejor práctica educativa, es muy beneficioso para el desarrollo de la habilidad...”

“... Yo considero que los aspectos positivos son varios, y ellos están centrados en la cooperación, la motivación del grupo hacia el contenido, la atención a diferencias individuales, la ejercitación con la guía del tutor, todo ha sido muy estimulante, y pienso que lo más importante es que ya nos sentimos más seguros para la práctica...”

“... Soy de la opinión que la integración del contenido y la ejercitación de las acciones y operaciones han sido elementos decisivos para el desarrollo de la habilidad...”

Los actantes hacen referencia a las posibilidades que brinda la metodología, manifiesta en la apropiación de conocimientos teóricos y prácticos, el incentivo de la motivación, la cooperación y la interacción grupal, aspectos reiterados en sus intervenciones. Todos manifiestan interés y satisfacción con el desarrollo de la habilidad.

“... Desde el pregrado hemos visto las reacciones leprosas y el control de foco como un contenido extenso y difícil, sin embargo, al integrarlo entre las acciones y operaciones de la habilidad a partir de los procedimientos del método clínico y epidemiológico nos ha resultado más asequible y práctico...”

“... Pienso que todos hemos ganado mucho en organización a la hora realizar el examen físico dermatoneurológico y en la identificación del caso sospechoso al utilizar los procedimientos del método clínico y epidemiológico...”

“... Me siento satisfecho con la preparación recibida para el desarrollo de la habilidad, valoro mucho el esfuerzo de los profesores durante todo el proceso...”

ANEXO 22 Triangulación metodológica entre métodos en la etapa de final, después de la implementación de la metodología.

Objetivo: para contrastar los resultados obtenidos después de la implementación de la metodología, entre ambos enfoques.

Para proceder a la triangulación metodológica se realiza el análisis de la información cuantitativa (cuasiexperimento) y cualitativa (las entrevistas en profundidad a los grupos focales y la observación participante), se integran e interpretan los resultados para determinar las convergencias y divergencias entre ellos.

Aspectos/ Métodos	Cuantitativo (cuasiexperimento)	Cualitativo (entrevistas individuales no estructurada, grupos focales y observación participante)
Variables o Categorías	<p>Predominan en el GE los niveles alto y muy alto en los conocimientos teóricos y en la ejecución independiente de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra, así como en la dimensión afectiva de la variable, después de la implementación de la metodología.</p> <p>Se produce un salto en todos los residentes del GE a niveles muy alto, alto y medio en 55,6%, 38,9% y 5,6% respectivamente en la dimensión cognitiva y en la procedimental.</p> <p>Sin embargo, en el GC los residentes mantienen niveles medio, bajo y muy bajo</p>	<p>Las unidades de estudio expresan dominio de los conocimientos teóricos, independencia para la ejecución de las acciones y operaciones de la habilidad prevenir lepra y muestran satisfacción, interés y disposición. Sus valoraciones sobre la implementación de la metodología propuesta son muy positivas.</p> <p>Testimonios que evidencian correlación con los hallazgos cuantitativos “Ahora siento que domino el contenido, me resulta mucho más fácil”.</p> <p>“...y pienso que lo más importante es que ya nos sentimos más seguros para la práctica...”</p>
Instrumentos de recolección	Cuestionario, guía de observación no participante, guía de entrevista estructurada	Guía de entrevista individual no estructurada, entrevista a grupos focales, guía de observación participante
Tipo de datos	Números y escalas	Textos narrativos y datos observables
Resultados principales	Frecuencias absolutas, relativas y estadística inferencial (U de Mann-Whitney)	Testimonios, descripciones detalladas

Hallazgos convergentes	Incremento significativo en los niveles de todos los indicadores que evidencian que la metodología contribuye favorablemente al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF	Reflejan la tendencia que muestran los datos numéricos al expresar sus testimonios sobre la experiencia con valoraciones muy positivas que evidencian que la metodología contribuye favorablemente al desarrollo de la habilidad prevenir lepra en los residentes en MF. Permite identificar: la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, la demostración de las acciones y operaciones de la habilidad y su ejercitación como los aspectos determinantes para lograr la transformación deseada
Hallazgos divergentes	No existe divergencias entre los datos	No existe divergencias entre los datos
Conclusiones del análisis	La implementación de la metodología propuesta es muy positiva para los residentes y logra su principal objetivo: contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra	La implementación de la metodología propuesta es muy positiva para los residentes y logra su principal objetivo: contribuir al desarrollo de la habilidad prevenir lepra. Se identifican la motivación, la integración de los elementos inherentes a la prevención secundaria, la ejercitación de las acciones y operaciones de la habilidad como los aspectos determinantes para lograr la transformación deseada