



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**MODELO INSTRUCCIONAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA ANTE RIESGO DE
CÁNCER EN LA REGIÓN ESTOMATOGNÁTICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE
2º AÑO DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, PERÍODO
2017- 2018**

Autora:
Od. Mari Permoser
C.I: V-18.692.416

San Diego, Noviembre 2018



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**MODELO INSTRUCCIONAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA ANTE RIESGO DE
CÁNCER EN LA REGIÓN ESTOMATOGNÁTICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE
2º AÑO DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, PERÍODO
2017- 2018**

Trabajo Especial de Grado presentado para optar al grado académico de
Especialista en Docencia en Educación Superior.

Autora: Od. Permoser Mari.
Tutor: Dr. Jiménez Rogelio.

San Diego, noviembre 2018

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Dr. Rogelio Jiménez, titular de la Cédula de Identidad N° 7.063.408, en mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado titulado, **MODELO INSTRUCCIONAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA ANTE RIESGO DE CÁNCER EN LA REGIÓN ESTOMATOGNÁTICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE 2º AÑO DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2017-2018**, adscrito a la Línea de Investigación **Currículo y Didáctica**, presentado por la ciudadana Mari D. Permoser M, titular de la Cédula de Identidad N° V-18.692.416, hago constar que he dirigido el proceso de investigación correspondiente, leído el contenido del informe escrito y considero que el mismo reúne los requisitos exigidos para ser evaluado por el jurado que se designe, por lo cual autorizo la entrega de un (01) ejemplar en físico ante la Coordinación del Programa de Especialización en Docencia en Educación Superior.

En San Diego, a los 30 días del mes de Noviembre de 2018

Firma del tutor

Prof. Rogelio Jiménez

C.I.: 7.063.408



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del Trabajo Especial de Grado presentado por la ciudadana Mari D. Permoser M, titular de la Cédula de Identidad N° 18.692.416, titulado: **“MODELO INSTRUCCIONAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA ANTE RIESGO DE CÁNCER EN LA REGIÓN ESTOMATOGNÁTICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE 2º AÑO DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2017-2018”**, elaborado bajo la supervisión del tutor Rogelio Jiménez, titular de la Cédula de Identidad N° 7.063.408, adscrito a la línea de investigación Currículo y Didáctica, para optar al grado académico de Especialista en Docencia en Educación Superior, estimamos que el mismo reúne los requisitos académicos para ser considerado como: _____.

NOMBRE, APELLIDO

C.I.

FIRMA DEL JURADO

(Presidente)

(Miembro)

(Miembro)

En San Diego, a los _____ () días del mes de _____ dos mil dieciocho (2018).

DEDICATORIAS.

A DIOS.

A mis padres, quienes han dado todo, guiado y formado en este camino de la vida, sin ustedes no podría celebrar este logro.

A mi esposo quien con mucho amor siempre me apoya en cada una de las decisiones que tomo.

A mi hijo a quien amo mucho.

Y a mi colega, mejor amiga y compañera de estudio de post grado Yorika Fernández.

ÍNDICE GENERAL

pp.

RESUMEN	.....	iii
INTRODUCCIÓN	.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	.....	2
Planteamiento del Problema	.....	2
Objetivos de Investigación	.....	6
Objetivo General	.....	6
Objetivos Específicos	.....	6
Justificación de la Investigación	.....	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		9
Antecedentes de Investigación		9
Fundamentación Teórica		10
Teorías sobre la Construcción del Aprendizaje	.....	10
Bases Teóricas	.....	13
Leucoplasia	.....	15
Eritoplasia		
Queilitis actínica		
Prevención en cáncer oral	.....	19
Sistema de Variables	.....	22
Cuadro técnico Metodológico	.....	22
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	.....	23
Sustentación Epistémica y Paradigma de la Investigación	.....	23
Diseño Metodológico	.....	24
Fase I. Diagnóstico	.....	24
Población y muestra	.....	24
Técnicas e instrumentos de recolección	.....	25
Técnicas de análisis de la información	.....	27
Fase II. Factibilidad	.....	27
Fase III. Diseño	.....	27
Aspectos Administrativos	.....	27
Recursos Institucionales	.....	28
Recursos Humanos	.....	28
Recursos Materiales	.....	28
Tiempo	.....	28
Cronograma de Actividades	.....	28
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	.....	29
Fase I. Diagnóstico	.....	29
Fase II. Factibilidad	.....	30
Fase III. Diseño	.....	30

Discusión General de los Resultados	.....	44
Conclusiones	.....	45
Recomendaciones	.....	46
CAPÍTULO V. LA PROPUESTA	.....	47
Introducción	.....	47
Justificación	.....	47
Objetivos	.....	48
Objetivo General	.....	48
Objetivos Específicos	.....	49
Factibilidad	.....	49
Ámbito de aplicabilidad	.....	50
Formulación	.....	50
Descripción del Modelo Operativo	.....	54
REFERENCIAS	.....	56
ANEXOS	.....	59
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos	.....	59
Anexo B. Validación del Instrumento	.....	61
Anexo C. Confiabilidad del Instrumento	.....	63



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**MODELO INSTRUCCIONAL PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA ANTE RIESGO DE
CÁNCER EN LA REGIÓN ESTOMATOGNÁTICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE
2º AÑO DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, PERÍODO
2017- 2018**

Autora: Mari Permoser
Fecha: Septiembre 2017

RESUMEN

El presente estudio, tiene como objetivo proponer modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2º año de odontología en la universidad de Carabobo, fundamentado en las teorías del aprendizaje de Piaget y Vigotsky Para ello, se efectuará un estudio inscrito en el paradigma positivista en modalidad proyecto especial, de índole cuantitativa, nivel descriptivo y diseño no experimental transversal desarrollado en tres fases (Diagnóstico, Factibilidad y Diseño de la Propuesta), para el cual se seleccionará una muestra probabilística integrada por 85 cursantes del 2º Año de la carrera Odontología en la Universidad de Carabobo, a quienes se aplicará un cuestionario diseñado en base a ítems dicotómicos cerrados, previamente sometidos a pruebas de validez y confiabilidad, cuyos resultados permitirán sustentar la propuesta.

Palabras Clave: Modelo instruccional, Cáncer oral.

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es el más frecuente de los cánceres de cabeza y cuello. Cuando se encuentran en fases tempranas de desarrollo, los cánceres orales tienen una tasa de supervivencia del 80 al 90%. Desafortunadamente en este momento, la mayoría se encuentran como cánceres de etapa tardía, y la tasa de mortalidad es muy alta; de aproximadamente 43% a los cinco años del diagnóstico (para todas las etapas combinadas en el momento del diagnóstico).

La mayoría de estos cánceres son difíciles de descubrir y es debido a la falta de conciencia pública junto con la falta de un programa nacional de detección precoz de cáncer oral, llevado a cabo por profesionales médicos y odontólogos. Así mismo una deficiencia en el conocimiento de esta enfermedad en los médicos y odontólogos también contribuiría en el retraso del tratamiento de los pacientes que la padecen. De esta manera, se resalta la necesidad del conocimiento de su diagnóstico dentro de los conocimientos básicos del odontólogo general. Esta investigación nace de esta necesidad, para conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre cáncer oral y desordenes potencialmente malignos con que el estudiante realiza su práctica clínica. Además de crear nuevas herramientas pedagógicas y didácticas que aprovechan la capacidad multisensorial, para así brindar la información y capacitación necesaria a los profesionales de la salud en formación, de modo que estos puedan identificar, conocer y diagnosticar precozmente el cáncer oral, así como detectar diferentes condiciones que pueden llevarnos al padecimiento del mismo evitando que los pacientes se presenten a la consulta en un estadio avanzado de la enfermedad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Entre los principales objetivos de la educación universitaria, se encuentran la formación integral de profesionales con alta cualificación en beneficio de la humanidad y del progreso científico, aseveración esta que adquiere especial trascendencia cuando se trata de la salud; en efecto, la formación de los recursos humanos requeridos para velar por el bienestar biopsicosocial de la población constituye uno de los más importantes retos del sistema educativo superior, para lo cual las instituciones de este nivel educativo proporcionan formación en diversas disciplinas sanitarias como lo es la Odontología, cuyo propósito, bajo la visión de Alvear (2012), consiste en:

...formar profesionales capacitados para desempeñarse en un modelo de asistencia que se oriente hacia el paciente y la comunidad, centrados en resultados científicos y tecnológicos actualizados, a través del desarrollo de actividades, destrezas y conocimientos básicos y aplicados necesarios para el diagnóstico, prevención y tratamiento integrado de las patologías prevalentes de la cavidad bucal; la rehabilitación, prevención, tratamiento y/o derivación de las patologías no prevalentes y la resolución de algunas urgencias médicas en la práctica profesional.

Desde la cita, se advierte el crucial rol que cumple la educación universitaria y por reflejo, el personal docente encargado de formar odontólogos cualificados y poseedores de altos niveles de competencias, entendiendo estas como el dominio de saberes teórico-prácticos y el desarrollo de las habilidades y destrezas requeridas para prevenir y tratar las diversas patologías del sistema estomatognático.

En este particular, siguiendo la línea de pensamiento de Hermida y cols. (2010), se tiene que, por su situación anatómica especial, múltiples funciones y exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, la cavidad bucal merece una

cuidadosa atención tanto en la prevención como en la detección precoz de cualquier afección, escenario donde el cáncer representa un grave problema de salud pública.

Ciertamente, según el último reporte emanado por el Instituto Nacional del Cáncer de Norteamérica (NIH, 2015), el sistema estomatognático, entendido como el conjunto de órganos y tejidos ubicados en la región cráneo-facial-cervical, es una de las primeras diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo, expresado como lesiones malignas de labio, cavidad bucal y bucofaringe, mientras la Organización Mundial de la Salud (2016), reporta que las mismas se presentan en 1 a 10 casos por cada 100.000 habitantes, representando la sexta causa de muerte en el mundo.

Asimismo, aunque en Venezuela no se registran estadísticas ni reportes epidemiológicos que indiquen con certeza cuál es el estado del cáncer bucal, estudios realizados en la Universidad del Zulia (citados en Gutiérrez, 2014), indican que el 90% corresponde al carcinoma oral de células escamosas y el restante porcentaje a carcinomas de glándulas salivales, fibrosarcomas y tumores malignos, con predominio en lengua, encía, hueso, labios, mejillas, glándulas mayores y menores. Complementariamente, de acuerdo a los hallazgos reportados por Guzmán y Suárez (2009), el cáncer oral y/o faríngeo representa el 3% de las defunciones en el país, con predilección en el género masculino y un riesgo de 1,21:100.000 personas.

De manera pues, al ser el cáncer de la región estomatognática una enfermedad que produce incapacidad y eventualmente la muerte, su diagnóstico y tratamiento precoz constituyen la clave para lograr la remisión y reducir sus índices de morbimortalidad; de allí, la importancia de que el profesional odontólogo se encuentre cabalmente preparado para elaborar un diagnóstico clínico preciso y participar activamente junto a especialistas de las áreas Oncología y Psicología en el abordaje terapéutico que requiere la patología.

Efectivamente, atendiendo a las especificaciones aportadas por la Sociedad Americana del Cáncer (2016), las lesiones premalignas y malignas del sistema

estomatognático cursan con una serie de signos y síntomas clave, tales como presencia de úlceras, dolor localizado y/o áreas que cambian de color durante más de dos semanas o que no responden al tratamiento, en encías, lengua y mucosas bucales, bultos o engrosamiento de tejidos y sensación de atascamiento en la faringe, entre las más usuales, así como mal aliento y pérdida de peso, hallazgos estos que pueden ser comunes a otras patologías; en consecuencia, la capacidad del dentista para efectuar un diagnóstico clínico y diferencial es indispensable a los fines de sospechar la presencia de una lesión pre-cancerosa, indicar pruebas confirmatorias e iniciar de inmediato su tratamiento pues, de lo contrario, esta progresará y su curación será más compleja y con peor pronóstico.

Por ende, la preparación que reciben quienes se forman para el ejercicio odontológico ha de incluir contenidos teórico-prácticos que les permitan comprender los principios biológicos, características anatómicas y fisiológicas de los procesos patológicos en general y del cáncer en particular, diferenciar e identificar lesiones premalignas o malignas y tomar decisiones oportunas y acertadas; en fin, se trata de desarrollar en los aprendices las capacidades requeridas para contribuir con la salud de los pacientes bajo su responsabilidad en su futura praxis profesional, lo cual forma parte inseparable de los compromisos bioéticos del ejercicio odontológico.

Desde las ideas anteriores, es indudable que tanto los centros de formación universitaria como su personal docente deben facilitar .estrategias que promuevan aprendizajes significativos y adquisición de competencias cognitivas de alto nivel, así como la interiorización de valores, actitudes y aprendizajes complejos que resulten de la enseñanza en acción; en otras palabras, el estudiante de Odontología requiere aprender, aprehender e internalizar sólidos conocimientos teórico-prácticos sobre el cáncer de la región estomatognática, es decir, competencias sólidas obtenidas gracias a la implementación de recursos didácticos que aseguren tanto la construcción progresiva de significados como el aprender a hacer.

En este orden de ideas, se representa la situación percibida por la autora del presente proyecto investigativo, quien en su experiencia como docente instructor en la

Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo ha podido observar que algunos estudiantes avanzados y a punto de culminar la carrera presentan dificultad para reconocer-describir lesiones de la cavidad oral y diferenciar mucosas orales sanas y enfermas, todo lo cual representa un importante componente cognitivo-procedimental en las prácticas clínicas y por ende, incide negativamente en el rendimiento estudiantil esperado.

En paralelo, la investigadora ha sido testigo de oídas de comentarios emitidos por los facilitadores de la asignatura Patología Bucal, correspondiente al pensum del segundo año de la carrera, lo que sugiere que una cantidad importante de los cursantes presentan regular inasistencia al aula de clase y bajo rendimiento académico, dando lugar a que dicha unidad curricular presente en la actualidad un índice de repitencia en el 38,6% de la matrícula.

A dicha situación, se suma el hecho de que la materia en cuestión es dictada por los profesores a cargo mediante la metodología de enseñanza conocida como clase magistral, denotándose igualmente la ausencia de recursos de apoyo y consulta respecto a la signo-sintomatología de las lesiones cancerosas, características clínicas e histológicas, pruebas diagnósticas y evaluación clínica, todo ello indispensable a fin de descartar o confirmar la sospecha de dichas lesiones y determinar la conducta terapéutica a seguir, competencias todas estas que han de formar parte del dominio teórico-práctico de quienes optan al título de odontólogo.

Ante las evidencias expuestas, las estrategias de enseñanza y aprendizaje de los facilitadores a cargo de la asignatura Patología Bucal deben revisarse bajo la óptica del perfeccionamiento curricular y considerar, asimismo, la incorporación de herramientas o modelos didácticos a disposición del estudiante, premisas que dieron lugar al interés primigenio y objetivos del presente proyecto de investigación, fundamentado en la formulación de las siguientes interrogantes:

¿Cuáles serán las deficiencias cognitivas de los cursantes de la asignatura Patología Bucal respecto a la evaluación clínica ante sospecha de cáncer en la región

estomatognática? ¿Cuál será la factibilidad social, técnica, operativa y económica de un modelo instruccional destinado a la evaluación clínica requerida ante sospecha de cáncer oral y/o faríngeo? ¿Cuál será la necesidad de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Proponer un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo.

Objetivos Específicos

Diagnosticar las deficiencias cognitivas de los cursantes de la asignatura Patología Bucal respecto a la evaluación clínica ante sospecha de cáncer en la región estomatognática.

Determinar la factibilidad social, técnica, operativa y económica de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer oral y/o faríngeo.

Diseñar un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer estomatognático dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo.

Justificación de la Investigación

El modelo instruccional por competencias se centra en el estudiante, quien se convierte en sujeto o actor principal de todo su proceso de formación profesional y es evaluado en términos cognitivos, procedimentales y actitudinales, demostrando cuánto captó y si es capaz de aplicar correctamente los saberes teóricos y prácticos contenidos en cada unidad curricular, lo que avala en el caso de la carrera odontológica el logro de un profesional integral, capacitado para tomar las decisiones que amerita un correcto diagnóstico, abordaje y tratamiento de las diferentes enfermedades que afectan la región anatómica conocida como sistema estomatognático, escenario donde las lesiones premalignas y malignas constituyen un reto de especial significado epidemiológico.

Desde el argumento previo, se sustenta la presente investigación y se justifica su realización habida cuenta de los beneficios que la misma representa, en primer lugar, desde la perspectiva social, toda vez que el egreso de nuevos profesionales de la Odontología cabalmente capacitados constituye una contribución relevante a los fines de detectar y combatir una de las primeras causas de morbilidad humana: el cáncer.

Igualmente, desde la visión institucional se beneficiará la Universidad de Carabobo y por extensión todas las casas de estudios superiores nacionales que contemplan la formación odontológica, pues el modelo instruccional que se desea proponer puede ser adoptado por cualquier centro de estudios superiores a fin de optimizar la formación académica y las capacidades de los futuros odontólogos venezolanos, a fin de contribuir mediante su diario desempeño en la lucha contra el flagelo que representa el cáncer en el país, argumentación que también pone en evidencia el aporte disciplinario del estudio.

Igualmente, se trata de un aporte académico notable al demostrar que el sistema educativo universitario en Venezuela puede y debe someterse a constante evaluación

a los fines de perfeccionar cada día más la formación de los profesionales que demanda el bienestar y desarrollo de la población.

Finalmente, pero no por ello menos importante, la contribución teórico metodológica, pues el estudio y la consecuente propuesta servirán como antecedentes y fuentes de consulta para quienes en el futuro mediato se interesen por desarrollar trabajos similares, abriendo igualmente puertas a la formulación de nuevas iniciativas dirigidas a mejorar las competencias de quienes se forman en la carrera odontológica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

El cáncer es una enfermedad compleja siendo una de las mayores causas de morbilidad. El odontólogo tiene una única oportunidad de reconocer neoplasias malignas cuando ellas todavía son asintomáticas e insospechadas. Por lo cual, la detección temprana de una lesión, combinada con un tratamiento adecuado, parecería ser el modo más efectivo para mejorar el control del cáncer. El odontólogo y el estudiante en formación académica, son quienes adquieren una real responsabilidad en el manejo del cáncer oral, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación. En la mayoría de los casos, éste es el primer clínico consultado ante un dolor bucal y tiene la responsabilidad de diferenciar entre una lesión precancerosa y una malignidad y la derivación oportuna.

Un estudio realizado por Alvaro y Florez (2017) en la Universidad de Cartagena llevaron a cabo un estudio experimental; la aplicación móvil para guía diagnóstica de desórdenes potencialmente malignos y prevención de cáncer oral: una herramienta educativa didáctica. Se realizó un pre-test donde se valoraron conocimientos previos de los estudiantes sobre cáncer oral, haciendo énfasis en Desordenes potencialmente malignos posteriormente se dividieron en dos grupos A y B; GRUPO A: estrategia con aplicación móvil, GRUPO B: estrategia de aprendizaje tradicional., luego de 15 días se realizó post-test para comparar la eficiencia de ambas estrategias y valorar el nivel de percepción de la aplicación móvil en los usuarios. Como resultados se obtuvo que con la intervención con la aplicación móvil obtuvo mejores resultados; siendo las TIC una estrategia válida para el aprendizaje de temáticas, debido a que mejoran, potencializan y aumentan el mismo respecto a los niveles de aprendizaje.

El nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades fue evaluado por Izaguirre (2012) en la Universidad nacional mayor de san marcos en Lima, Perú, el estudio fue de tipo descriptivo, transversal, donde para determinar el nivel de conocimiento se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario de 24 preguntas cerradas que fue validado mediante juicio de expertos y Alfa de Crombach de 7,62. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bueno, regular y bajo, según la escala establecida El 44,7% de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral. En el nivel de conocimientos, bajo, se distribuyó el 39,3% de la población y en el nivel de conocimientos, bueno, se encontró el 16% de la población. Las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron: etiología y diagnóstico, estas secciones comprendían preguntas factores de riesgo, signos y síntomas y localización del cáncer oral. En cambio, las secciones sobre tratamiento y prevención del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología del último año de la carrera y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.

Castillo y Howard (2010), realizaron una encuesta al estudiantado de Licenciatura en Medicina de cinco universidades, en Costa Rica para determinar en el nivel de conocimiento que tenían sobre el cáncer oral. La población la constituyó en su totalidad estudiantes del último año de la carrera de medicina. La evaluación fue aplicada a 114 personas donde el 51 % eran hombres y la edad promedio fue de 24 años. Descubrieron que los participantes tenían poco conocimiento sobre el cáncer oral. El valor promedio fue de 39,8%, con un valor mínimo del 5% y el máximo del 77,5%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas universidades que evaluaron.

En la *conferencia mundial sobre la educación superior, Paris* (2009), se reconoció que la educación superior es de responsabilidad pública y que su

contribución al desarrollo sostenible de las naciones, se percibirá en la medida en que las instituciones de enseñanza superior, conservando su autonomía y libertad académica, formen profesionales con pensamiento crítico e independiente en el campo de la investigación y la innovación, promoviendo el desarrollo del capital humano, las tecnologías de información y comunicación, y la transferencia de conocimientos y resolución de problemas de acuerdo a los requerimientos de la sociedad, dentro de las perspectivas de la internacionalización, regionalización y globalización.

Confirmando las investigaciones antes mencionadas encontramos una íntima vinculación con lo que aquí se plantea, demostrando pertinencia en cuanto a la necesidad de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática, debido a la falta de conocimiento para descartar lesiones premalignas y malignas en la cavidad oral y de gran importancia para la formación académica de los estudiantes de odontología y rendimiento en sus prácticas clínicas.

Fundamentación Teórica

La fundamentación teórica, determina la perspectiva de análisis, la visión del problema que se asume en la investigación y de igual manera muestra la voluntad del investigador, de analizar la realidad objeto de estudio de acuerdo a una explicación pautada por los conceptos, categorías y el sistema preposicional, atendiendo a un determinado paradigma teórico (Balestrini, 2007, p. 91)

Teorías del Aprendizaje

Casi todas las teorías tienen un sustento filosófico-psicológico, han podido ser adaptadas, para lograr imitar sus tendencias en el campo pedagógico, pudiendo así trasladarlas al aula, y poniéndolas en práctica. (Baggini, 2008).

Según Lakatos (1978), una teoría es mejor que otra cuando reúne estas condiciones:

- Logra una disminución de contenido empírico con respecto a la teoría anterior, es decir, predice hechos que aquella no predecía.
- Explica con el mismo o mayor éxito todo aquello que la teoría anterior explicaba.
- Logra corroborar empíricamente, al menos, una parte de su exceso de contenido.

Según De la Mora (1979) las funciones de las teorías del aprendizaje son:

- Realizar un análisis más profundo sobre algunos de los aspectos de aprendizaje dignos de ser investigados.
- Resumir una gran cantidad de conocimientos acerca de las leyes del aprendizaje en un espacio relativamente corto.
- Explicar en forma creativa “qué” es el aprendizaje y “por qué” actúa como lo hace. Busca proporcionar una comprensión básica sobre el aprendizaje.

Por lo que el Constructivismo reúne estas condiciones mencionadas anteriormente y en realidad cubre un espectro amplio de teorías acerca de la cognición que se fundamentan en que el conocimiento existe en la mente como representación interna de una realidad externa. Teoría que fundamenta y da sentido a la presente investigación. Jean Piaget considera que las estructuras del pensamiento se construyen, ya que nada está dado al comienzo partiendo desde la interacción con el medio. Por el contrario, Vygotsky se centra en cómo el medio social permite una reconstrucción interna.

Una de las ideas fundamentales para la Teoría del Aprendizaje de Piaget es el concepto de inteligencia humana como un proceso de naturaleza biológica. El suizo sostiene que el hombre es un organismo vivo que se presenta a un entorno físico ya dotado de una herencia biológica y genética que influye en el procesamiento de la información proveniente del exterior. Las estructuras biológicas determinan aquello que somos capaces de percibir o comprender, pero a la vez son las que hacen posible nuestro aprendizaje. Así, describe la mente de los organismos humanos como el resultado de dos “funciones estables”: la organización, cuyos principios ya hemos visto, y la adaptación, que es el proceso de ajuste por el cual el conocimiento del individuo y la información que le llega del entorno se adaptan el uno al otro.

La teoría de Vygotsky subraya las relaciones entre el individuo y la sociedad. Vygotsky consideraba que el estudio de la psicología era el estudio de los procesos cambiantes, ya que cuando las personas responden a las situaciones, las alteran. Una de sus mayores críticas de la teoría de Piaget es que el psicólogo suizo no daba bastante importancia a la influencia del entorno en el desarrollo del niño. Se consideraba a Vygotsky uno de los primeros críticos de la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. Las investigaciones y escritos de Vygotsky se centran en el pensamiento, el lenguaje, la memoria y el juego. La teoría de Vygotsky se demuestra en aquellas aulas donde se favorece la interacción social, donde los profesores hablan con los estudiantes y utilizan el lenguaje para expresar aquello que aprenden, donde se anima a los alumnos para que se expresen oralmente y por escrito y en aquellas clases donde se favorece y se valora el diálogo entre los miembros del grupo y es por eso que con esta investigación se espera el protagonismo de los educadores en la elaboración de la planificación de la enseñanza y se sugiere que sea el propio docente de aula quien incluya actividades de aprendizaje como es la de este modelo instruccional sin dejar atrás sus propósitos pedagógicos y la capacidad para encontrarse con los intereses de los estudiantes

En la teoría sociocultural de Vygotsky se conceptualiza la zona de desarrollo próximo, la cual hace referencia a la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potenciales, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz, por lo que el docente se verá en la posición de involucrarse en el proceso de aprendizaje del odontólogo en formación a través del uso del modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer para que luego el estudiante con el conocimiento de este modelo instruccional pueda descartar independientemente lesiones pre cancerígenas, cancerígenas o no cancerígenas.

Por lo que las zonas de desarrollo próximo permiten enfatizar en la interacción entre el docente y estudiante y el espacio simbólico para interactuar y comunicarse, donde el aprendizaje guía al desarrollo de las funciones superiores como son la reflexión, atención, memoria lógica y formación de conceptos.

Las diversas teorías ayudan a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano, elaborando a su vez estrategias de aprendizaje y tratando de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades en el razonamiento y en la adquisición de conceptos de este modo podemos adaptar las teorías del constructivismo al presente trabajo sirviendo para plantear y diseñar un modelo instruccional dirigido a los estudiantes y adquirir nuevos conocimientos o reforzar los ya existentes.

Bases Teóricas

Según Bavaresco (2006) la base teórica tiene que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, es este trabajo nos enfocaremos en el cáncer y su prevención por parte del odontólogo y el estudiante en formación académica.

La Organización Mundial de la Salud (2001) define el cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis. Para el caso concreto del cáncer que inicia y termina en la cavidad oral se denominará cáncer oral.

En algunas oportunidades, le toca al odontólogo tener la primera sospecha y luego la confirmación, del diagnóstico de un carcinoma de la cavidad bucal, ya sea en la mucosa, en el órgano lingual o en los anexos.

No todos los odontólogos tendrán la oportunidad o la elección de formar parte de un equipo de atención al paciente oncológico.

Sin embargo, éste debe llegar a ser una lectura informativa y formativa dentro de la comunidad odontológica, en una sociedad, en donde las cifras estadísticas sobre cáncer bucal van en aumento.

El diagnóstico clínico debe realizarse ante la presencia de aquellas lesiones que la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 considera como precursoras de cáncer, “las manchas blancas (leucoplasia), manchas rojas (eritroplasias) y manchas blancas y rojas (leucoplasias moteadas y eritroleucoplasia) y carcinoma in situ “. Anteriormente se había agregado, la úlcera traumática.

En un matutino acreditado de Buenos Aires, se ha publicado en el mes de agosto del 2006 con grandes caracteres, que el cáncer bucal presenta estadísticas cada vez mayores en la juventud debido especialmente al uso indiscriminado del cigarrillo y del alcohol.

Para recordar, los estados clínicos asociados con un incremento significativo de riesgo para desarrollar una lesión precursora de cáncer según la OMS, son: “deficiencia de hierro, liquen plano oral, fibrosis oral submucosa, sífilis, xeroderma pigmentoso, epidermólisis ampollar y lupus eritematoso sistémico”.

Los carcinomas a células escamosas corresponden al 90% de los tumores malignos de la cavidad oral y del orofaringe.

Básicamente, ante una tumoración en los tejidos bucales o anexos o en la región cervical, el profesional debe establecer un diagnóstico diferencial, en lo posible semiológico, de tres etiologías posibles: congénita, infecciosa y neoplásica. Pero este diagnóstico clínico presuntivo debe iniciarse con una anamnesis completa del enfermo, interrogando sobre sus antecedentes familiares de enfermedad y/o deceso, incidiendo en sus antecedentes clínicos, en sus hábitos tóxicos (especialmente tabaco y alcohol), traumatismos o irradiación previa, antecedentes de otros tumores, la ingesta de comida no controlada y no balanceada, su hábitat anterior y actual, su trabajo o profesión.

Las alteraciones potencialmente malignas son entidades que están asociadas a alteraciones en la homeostasis en el epitelio bucal que desencadenan su transformación maligna. La más común de ellas es la leucoplasia bucal.

Leucoplasia

El término leucoplasia es una descripción clínica y debería usarse para identificar a lesiones blancas con riesgo dudoso de malignidad, después de haber excluido otras enfermedades o alteraciones conocidas (lesiones blancas) que no implican aumento de riesgo de cáncer. La prevalencia reportada para esta entidad varía de 2.6% a 14.6%.^{11,12} El riesgo de transformación a CB es individual y depende de diferentes factores de riesgo especialmente tabaquismo, alcoholismo, estilo de vida, inmunosupresión y probablemente algunos virus.

Al identificar clínicamente una lesión blanca, se debe realizar un diagnóstico provisional que consiste en la exclusión de otras entidades blancas no patológicas y patológicas como: leucoedema, mordisqueo del carrillo, queratosis fraccional, candidosis pseudomembranosa, leucoplasia vellosa. El diagnóstico definitivo se realizará ejecutando el ejercicio de ruta diagnóstica para lesiones blancas. es decir, una vez que se hallan descartando los posibles factores traumáticos o infecciosos de

todas las entidades que se presentan como manchas o placas blancas, y si la lesión persiste después de tres semanas, es obligatorio remitir el caso a la consulta especializada, para el establecimiento del diagnóstico definitivo.

La leucoplasia se clasifica en homogénea y no homogénea. La forma homogénea se describe como una placa uniformemente plana blanca, a menudo con superficie lisa o rugosa. En numerosos casos las lesiones blancas en la MB bucal resultan en el diagnóstico histológico en queratosis friccionales, lesiones traumáticas que clínicamente son muy similares al leucoplasia homogénea, por esto, la importancia de realizar el ejercicio de las rutas de diagnóstico para lesiones blancas. Las lesiones no homogéneas son placas blancas combinadas con eritema, erosiones, nódulos o proyecciones exofíticas y se denominan leucoplasia moteada, nodular. Epidemiológicamente el rango de transformación maligna para la leucoplasia homogénea es muy bajo, sin embargo, se ha reportado que de todas las verdaderas APM blancas en 85% son lesiones potencialmente malignas. En 1985, Hansen y colaboradores describieron una lesión blanca, corrugada con proyecciones exofíticas a la que denominó leucoplasia verrugosa proliferativa, una enfermedad de origen desconocido que muestra una fuerte tendencia a desarrollar áreas de carcinoma. Los sitios de presentación más frecuentes son surco alveolar mandibular, piso de la boca, vientre, los bordes laterales de la lengua y el paladar. La variante no homogénea es mixta (blanca y roja), y tienen un mayor potencial de transformación maligna que la forma homogénea, también es llamada eritroleucoplasia, en esta variante se identifican áreas eritematosas entre las líneas queratósicas.

Eritroplasia

Es otra alteración de la mucosa con gran potencial de transformación maligna. La eritroplasia es una mácula roja, que puede tener una superficie granular que no puede ser caracterizada clínicamente o patológicamente como otra lesión roja específica, o ser atribuida a causas traumáticas, vasculares o inflamatorias. La eritroplasia en etapas tempranas suele ser una lesión asintomática, que puede ocurrir

en cualquier área de la mucosa bucal, principalmente en el paladar blando, el piso de la boca, lengua, mucosa alveolar mandibular. En etapas tardías las maculas tienden a formar úlceras endofíticas con bordes indurados o elevados y fondo firme. Ocasionalmente, las lesiones llegan a formar neoformaciones rojas de aspecto tumoral con superficie ulcerada o granular con áreas blancas.

Sus variantes clínicas son la forma homogénea y la no homogénea. La homogénea es una mancha o placa roja bien delimitada con superficie lisa, y la no homogénea puede presentar granulaciones blancas, o nódulos queratósicos en su superficie, cambios similares a los que presenta la leucoplasia. En estudios epidemiológicos, han reportado que máculas rojas de aspecto inocuo de varias semanas de evolución el 51% de las eritroplasias homogéneas correspondieron a carcinoma invasivos, 40% a carcinomas in situ, y 9% se presentaron con moderados cambios premalignos. Por eso la importancia de estudiar cualquier lesión roja en la MB.

Queilitis actínica

Es considerada una APM localizada en el borde bermellón, particularmente en el inferior. Los labios aparecen secos opalescentes, con lesiones blanquecinas queratósicas combinadas con áreas erosivas o atróficas. Se presenta en personas expuestas a los rayos del sol por muchos años produciendo un daño irreversible

El labio inferior es un sitio frecuente de cáncer bucal, apareciendo comúnmente como úlceras asintomáticas de varios meses de evolución. El cáncer del labio inferior, ocupa el 11% de todos los carcinomas de la cavidad bucal.

Diagnóstico clínico

El diagnóstico precoz de un tumor maligno en la cavidad bucal puede, no solamente, ser el resultado de la investigación de una población de pacientes asintomáticos, sino también como resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente. La detección temprana depende de varios factores como son:

el nivel sociocultural y el grado de información de la población que la motive a consultar a tiempo, la capacidad de los servicios de salud públicos y privados de orientar y atender a los pacientes, los recursos tecnológicos y la experticia del clínico en lograr un diagnóstico sin demora.

El síntoma que motiva a una consulta temprana puede hacer sospechar determinado diagnóstico. Entre los síntomas que pueden aparecer en una enfermedad precoz están el sangrado, el dolor bucal, la visualización por parte del paciente de una lesión en la cavidad bucal. Sin embargo, muchos síntomas cuando se manifiestan, la enfermedad se encuentra avanzada.

Síntomas y signos **Síntomas fundamentales que orientan hacia la enfermedad de la boca y/o de la faringe:**

Ulceración o erosión: hay destrucción del epitelio, pérdida de unión intracelular y ruptura de la lámina basal

Desprendimiento del epitelio y falta de queratinización permite visualizar el enrojecimiento por la inflamación de la dermis.

profundas como músculo o hueso.

Las que no cicatrizan espontáneamente o no son reversibles
ulceras que permanecen más de 14 días y no desaparecen sin tratamiento específico.

Adenopatías. El compromiso ganglionar puede estar presente de acuerdo al estado evolutivo de la neoplasia.

La presencia de ganglios linfáticos de mayor tamaño, duros y fijos es un signo clínico de mal pronóstico. Las lesiones que se extienden más allá de los ganglios linfáticos regionales de cabeza y cuello suelen metastatizar a los pulmones y el hígado.

Prevención en cáncer oral

El cáncer oral constituye un grave problema sanitario en muchos países. No sólo genera una mortalidad significativa, sino que también provoca desfiguración extensa, pérdida de funcionalidad, cambios conductuales y problemas económicos y sociológicos. La estrategia más efectiva para prevenir el cáncer oral es controlar los hábitos de riesgo, pero para aquéllos ya afectados la detección precoz mediante despistaje mejorará las probabilidades de supervivencia y evitará sufrimientos y muertes prematuras. Por lo tanto, es importante que los estudiantes de odontología tengan las herramientas adecuadas para formarse ante la prevención del cáncer estomatognático y detectar precozmente los cambios malignos en los pacientes.

Con la convicción de esta investigación y la participación protagónica de los estudiantes y alumnos y un currículo integrado, actualizado, pertinente y en permanente revisión, sentarán las bases para que la educación continúe logrando los

finés de la prevención ante enfermedades insospechadas por el paciente, pero advertidas por el estudiante y el profesional de la salud bucal para su adecuado manejo médico odontológico.

Prevención primaria: Está orientada a reducir la incidencia de la enfermedad, La etiología del cáncer oral es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el tabaco y el consumo elevado de alcohol; ambos factores actúan sinérgicamente, aunque cada uno de ellos posee potenciales carcinogénicos independiente. En algunos casos, determinados productos químicos, la radiación ultravioleta de la luz solar, radiaciones ionizantes, infecciones, la dieta o situaciones de inmunodepresión pueden resultar especialmente relevantes. Son muchos los factores relacionados con el estilo de vida, pero el medio ambiente y la genética también juegan un papel importante, por lo tanto, muchos de los cánceres orales podrían prevenirse mediante un cambio en el estilo de vida.

Prevención secundaria (Screening) Se refiere a la detección de la enfermedad en una etapa precoz de su historia natural. Una actuación temprana conducirá a la curación o a una minimización del daño, reduciendo finalmente la mortalidad. La detección precoz en estadios asintomáticos garantiza no sólo un aumento en las tasas de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, como consecuencia de tratamientos menos agresivos y mutilantes. Se pretende entonces que con esta investigación sirva de propuesta y como un documento orientador, formador, de planificación, de organización y de revisión permanente cuyo componente fundamental para que cobre sentido en los procesos de enseñanza y de aprendizaje, sea el profesor mismo y con la participación activa, efectiva y crítica de estudiantes

A menudo, la prevención, la detección temprana y los cuidados paliativos se descuidan en favor de enfoques orientados al tratamiento, menospreciando su costo-beneficio y eficacia real, en una falta de conocimientos y voluntad política para la formulación y ejecución de programas preventivos y de diagnóstico oportuno. Los

distintos aspectos de la lucha contra el cáncer deben entenderse en el marco de un enfoque sistemático e integral.

Las tasas de curación del cáncer oral dependen de su estadio. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 80% en estadios iniciales, 40% en neoplasias con afectación regional y menos del 20% para pacientes con metástasis a distancia.⁵⁰ Lamentablemente, aproximadamente el 50% de los casos de cáncer oral son diagnosticados en estadios avanzados (estadios III y IV). Estos resultados deben considerarse no alentadores si se tiene en cuenta que los carcinomas de células escamosas se forman en el epitelio superficial de la cavidad oral, por lo que producen cambios visibles precoces. Los Cáncer de cavidad oral en sus estadios iniciales suelen asentar sobre desórdenes potencialmente malignas, muchas veces asintomáticos, por lo cual se hace necesario por parte del profesional de la salud realizar un examen minucioso, para la detección precoz de los desórdenes potencialmente malignos y así lograr frenar el curso natural del Cáncer oral.

Es así como del cáncer oral se puede decir que es curable siempre que se haga el diagnóstico precoz y de allí parte la importancia de tener un aprendizaje ampliamente de los factores de riesgo asociados y el conocimiento para la detección preventiva. De modo que el papel fundamental del docente sea transmitir adecuadamente los conocimientos, actitudes y prácticas para identificar estos desórdenes es de gran relevancia; por consiguiente, debe estar debidamente entrenado para la detección del estado inicial de la enfermedad por su carácter asintomático y por tornarse confuso con el diagnóstico diferencial dada la variedad de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas semejantes.

CUADRO TÉCNICO METODOLÓGICO

Objetivo General: Proponer un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo.						
Objetivo Específico	Variable	Dimensiones	Indicadores	Criterios	Ítem	Instrumento
Diagnosticar las deficiencias cognitivas de los cursantes de la asignatura Patología Bucal respecto a la evaluación clínica ante sospecha de cáncer en la región estomatognática.	Evaluación Clínica	Dominio teórico y práctico	Cáncer Oral	-Factores de Riesgo -Incidencia -Características Generales.	1,2 3,5.6 4,7,8,9	Cuestionario
Determinar la factibilidad social, técnica, operativa y económica de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer oral y/o faríngeo.	Factibilidad	Académica	Recursos	Aprendizaje significativo	10	
		Operativa		Modelo Instruccional	11	
		Económica		Inversión	12	
Diseñar un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer estomatognático dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo.	Modelo Instruccional	Recurso didáctico	Utilidad	- Necesidad - Ventajas - Pertinencia	13 14 15	

Elaborado por: Permoser (2017)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tamayo y Tamayo (2003) define al marco metodológico como “un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados.

Sustentación Epistémica y Paradigma de la Investigación

La matriz epistémica, es la fuente de origen de una cosmovisión, ideología, paradigma, método, técnica o estrategia adecuada para investigar la naturaleza de una realidad natural o social. Leal (2009), realidad social que se pretende determinar para mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje acorde e indispensable para el alumnado en la práctica odontológica y posteriormente deducir una estrategia congruente y oportuna.

Como consecuencia de lo anterior, podemos indicar, el positivismo en la investigación, cuyos inicios se suele atribuir a los planteamientos de Auguste Comte, y que no admite como válidos otros conocimientos sino los que proceden de las ciencias empíricas. Otra de las características relevantes del positivismo tiene que ver con su posición epistemológica central. En efecto, el positivismo supone que la realidad está dada y que puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente, y que, por tanto, de lo único que había que preocuparse, era de encontrar el método adecuado y válido para “descubrir” esa realidad. En particular, asume la existencia de un método específico para conocer esa realidad y propone el uso de dicho método como garantía de verdad y legitimidad para el conocimiento. Por tanto, la ciencia positivista sustenta la orientación ideológica del presente trabajo y se

cimiento sobre el supuesto de que el sujeto tiene una posibilidad absoluta de conocer la realidad mediante un método específico. Agregamos, siguiendo a Soto y Bernardini (1980), que al positivismo se le debe la ruptura entre la filosofía y la educación, y una concepción de la pedagogía basada en las técnicas educativas.

Diseño Metodológico

Hernández (2006). Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurando el proceso. En una investigación cuantitativa se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. (p. 18)

La actual investigación, se enfocó dentro del estudio cuantitativo y modalidad de proyecto factible, el cual el Manual de trabajo de Grado de especialización, Maestría y tesis doctorales de la Universidad Experimental Libertador (UPEL, 2005), dispone que: la modalidad de proyecto Factible, consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viables para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de la organización o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. (p.16). esto es así, pues se propone un modelo instruccional para la evaluación clínica y optimizar el aprendizaje en la prevención del cáncer en la formación académica.

Población y muestra

En una investigación según Hurtado y Toro (2001), "la población se compone de todos los elementos que van a ser estudiados y a quienes podrán ser generalizados los resultados de la investigación, una vez concluida ésta, para lo que es necesario que la muestra con la cual se trabaje sea representativa de la población". Por lo que la población será los alumnos cursantes de 2do año de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo lectivo 2017-2018, para un total de 300 estudiantes.

La muestra explicada por Balestrini (2006), señala que: “es una parte representativa de una población, cuyas características deben producirse en ella, lo más exactamente posible”, será de tipo probabilístico, lo que según el autor significa que todos sus integrantes tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. En cuanto al tamaño, se asumirá el criterio establecido por Hernández, Fernández y Baptista (2009), la cantidad de estudiantes equivalente al 30%, por considerarse suficientemente representativa del universo o población; en consecuencia, la muestra estará integrada por 90 cursantes del 2do Año de la carrera Odontología en la Universidad de Carabobo.

Técnicas e instrumentos de recolección

La técnica de la encuesta se utiliza en este trabajo de investigación aplicando el enfoque cuantitativo a los resultados de la investigación, y al respecto, Díaz de Rada (2001), describen a la encuesta como la búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados. Con el objetivo de comprobar el dominio de los estudiantes con respecto a la detección del cáncer en la región estomatognática.

El instrumento a elección será el cuestionario, Hurtado (2001) un cuestionario “es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información” el cuestionario será de respuestas cerradas dicotómicas.

Validez y confiabilidad

Tamayo y Tamayo (1998) considera que validar es “determinar cualitativa y/o cuantitativamente un dato. Esta investigación requirió de un tratamiento científico con el fin de obtener un resultado que pudiera ser apreciado por la comunidad científica como tal.

La fiabilidad, confiabilidad, consistencia y credibilidad de la investigación se logró a través del análisis de la información, lo cual permitió internalizar las bases teóricas, el cuerpo de ideas y la realidad (sujetos de estudios-escenarios y contextos) Rusque, M. (2003:134)

Para la validación del cuestionario será sometido al juicio de tres expertos: uno en el área de la metodología, y dos en el área de la odontología. De igual manera para la confiabilidad del instrumento será determinada por técnica de Kuder Richardson por ítem que sean dicotómicas o binarias, el coeficiente KR20 que determina el rango de confiabilidad del instrumento de acuerdo al índice obtenido en una escala del 0 al 1, mientras más cercano a la unidad sea el coeficiente, tanto más confiable será el instrumento, el cual requiere una sola administración del instrumento y cuya fórmula es:

Donde:

r = coeficiente de confiabilidad

k = número de ítems de la prueba

m = media

s = desviación estándar.

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2 X} \right]$$

Técnicas de Análisis de la Información

El análisis de los datos de la encuesta, como cualquier otro tipo de datos de interés científico, ha de guardar relación con el problema de conocimiento que se trata de esclarecer y con la métrica de la información empírica que se tiene entre manos, es decir lo primero que se debe realizar en una encuesta no es ver que dicen los datos sino que dicen en relación con el problema que se plantea y las hipótesis que uno se había planteado previamente se ayudará a observar el comportamiento de la muestra en estudio, a través de tablas, gráficos. Se empleará la técnica estadística de igual nombre en su forma simple, la cual requerirá organizar, codificar, tabular y representar gráficamente la información recopilada mediante el cuestionario determinando número (*n*) y tasa (%) de respuestas,

Factibilidad

Para el cumplimiento de esta fase, se estudiará la viabilidad social, técnica, operativa y económica de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer oral y/o faríngeo.

Diseño

El desarrollo de esta fase, involucra el diseño de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer estomatognático dirigido a estudiantes de 2º año de Odontología en la Universidad de Carabobo, teniendo en cuenta las debilidades determinadas en el diagnóstico realizado anteriormente.

Aspectos Administrativos

Recursos Institucionales

- Dirección General de Estudios de Postgrado de la Universidad José Antonio Páez.

- Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Recursos Humanos

- Estudiantes de 3º Año de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- Tutor de Contenido.
- Investigadora.

Recursos Materiales

- Materiales de oficina (libretas, bolígrafos, carpetas,).
- Equipos informáticos (computador personal, impresora, escáner, memoria USB portátil.)

Tiempo

Para el logro de los objetivos propuestos, las distribuciones temporales de las actividades a cumplir se definen a continuación:

Cronograma de Actividades

Actividades	2017			2018			Total meses
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Nov	
Diseño de instrumento							1
Validación y confiabilidad del instrumento							
Aplicación del instrumento							1
Análisis de datos							1
Diseño de la propuesta							2
Presentación de Informe Final							1

Elaborado por Permoser (2017)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis y presentación de los resultados

Después de haber recopilado y analizado toda la información de la investigación obtenida por la aplicación del instrumento para la recolección de datos, se presentan los resultados del estudio. Al respecto Balestrini (2008), señala que el propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcione respuestas a las interrogantes de investigación. (p.169)

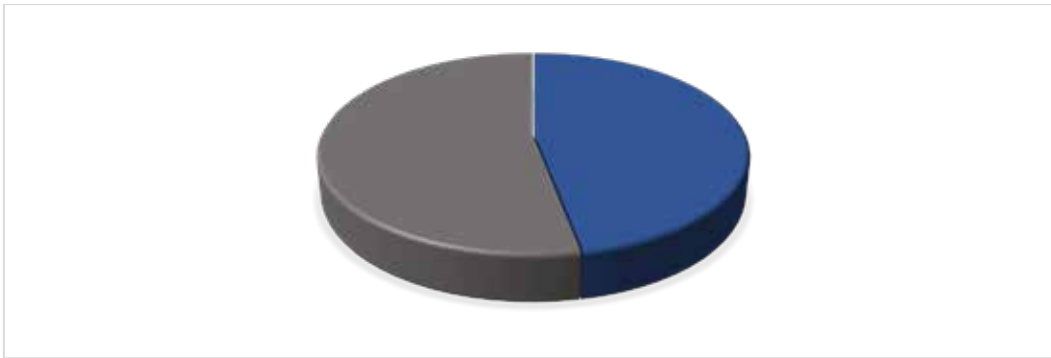
Ítem 1 ¿El virus del papiloma humano (VPH) es el virus que más se asocia al Cáncer Oral?

Soporte teórico: Chaturvedi, Engels, Pfeiffe (2011). Refleja que cerca de 70% de los cánceres de orofaríngeo son causados por VPH. En los Estados Unidos, más de la mitad de los cánceres diagnosticados en la orofaríngeo están relacionados con el tipo 16 de VPH.

Tabla 1

Aspectos	Frecuencia	%
Si	14	47%
No	16	53%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: una vez procesado los datos para este ítem, se pudo determinar que el 47% de la población reconoció que el VPH Virus del Papiloma humano está asociado a el cáncer oral por tal motivo por debajo de la media lo asocia a un factor de riesgo mientras que 53% restante de la población desconoce el VPH como un factor de riesgo ante el cáncer oral.

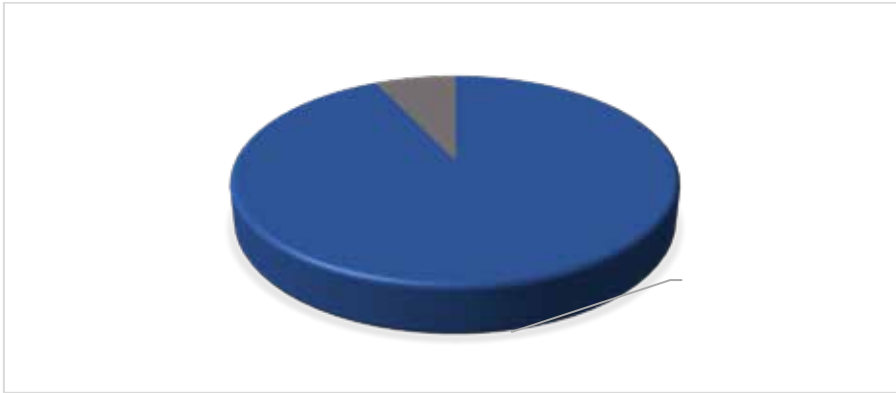
Ítem 2 ¿El consumo paralelo de tabaco y alcohol se consideran como el mayor factor de riesgo de Cáncer Oral?

Soporte teórico: Varela, P. Romero, A. Varela, A. Rodríguez, V. (2007). Realizaron un estudio de casos y controles, donde los casos fueron los tratados en el Centro Oncológico de Galicia durante los años 1996-2000 y los controles fueron obtenidos entre los pacientes asignados al Centro de Salud de Burela (Lugo) mediante un muestreo consecutivo no probabilístico, realizado en marzo de 2000. Se comprobó que el riesgo de cáncer oral fue 5,90 veces mayor en fumadores. De cada 100 cánceres orales en fumadores, 83 se explicarían por el hábito tabáquico. El riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol, fue de 0,23 con un riesgo relativo de 2,04 y una fracción etiológica de riesgo del 0,51.

Tabla 2

Aspectos	Frecuencia	%
Si	28	93%
No	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: el 93% de población considera que el consumo de alcohol y tabaco son causas del cáncer oral por lo que casi la totalidad de la población reconoce que es un factor de riesgo a diferencia del 7% restante de la población

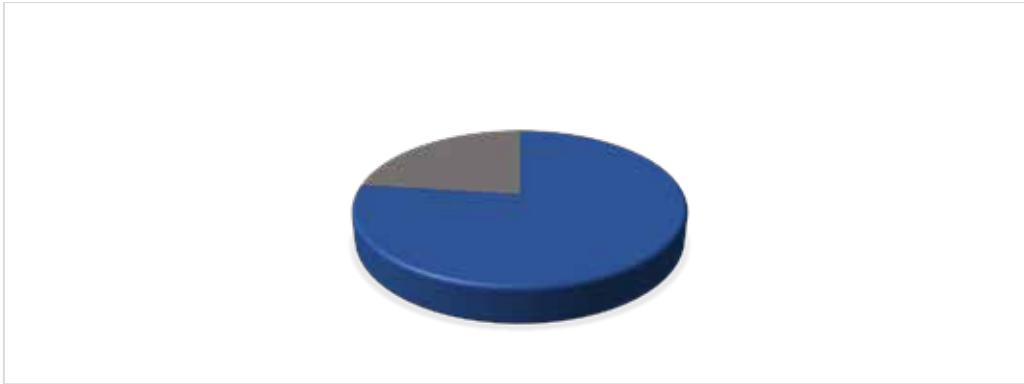
Ítem 3 ¿La mucosa de cubierta o revestimiento, es no queratinizada, flexible, de color rosado y reviste la parte interna de los carrillos, los labios, el paladar blando, el vientre y el piso de la boca?

Soporte teórico: Según Nanci A. (2008) la mucosa de revestimiento posee dichas características mencionadas en el ítem 3

Tabla 3

Aspectos	Frecuencia	%
Si	23	77%
No	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: El resultado obtenido del ítem 3 muestra que el 77% de la población conoce las características clínicas de la mucosa de revestimiento mientras que el 23% restante de la población no conoce con claridad los parámetros de una mucosa de revestimiento sana.

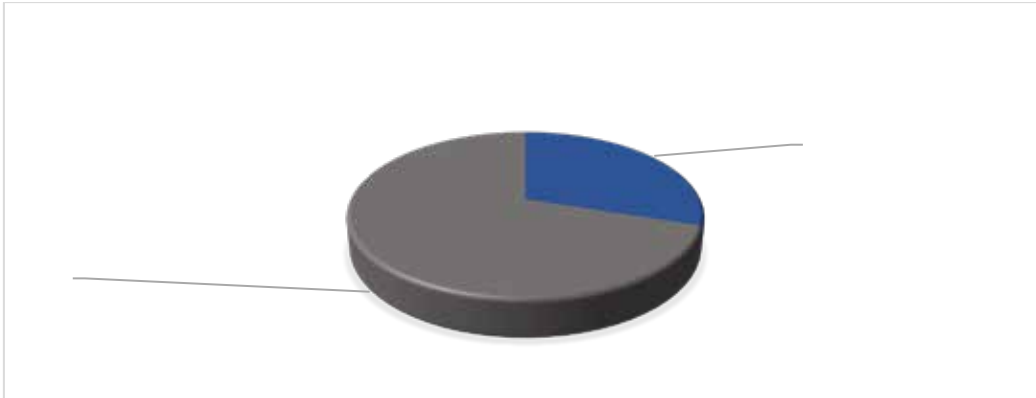
Ítem 4 ¿Las eritoplasias son alteraciones de la mucosa con gran potencialidad de transformarse en malignas?

Soporte teórico: Morse. Col. (2008). En estudios epidemiológicos, han reportado que máculas rojas de aspecto inocuo de varias semanas de evolución el 51% de las eritoplasias homogéneas correspondieron a carcinoma invasivos, 40% a carcinomas in situ, y 9% se presentaron con moderados cambios premalignos.

Tabla 4

Aspectos	Frecuencia	%
Si	9	30%
No	21	70%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: Se pudo evidenciar de manera alarmante que la mayoría de la población representada por un 70% desconoce que las eritoplasias tienen gran potencialidad en transformarse en malignas siendo una alteración en la mucosa que en etapas tardías llegan a formar neoformaciones rojas de aspecto tumoral a diferencia de un 30% que conoce que estas lesiones pueden llegar a convertirse en tumorales.

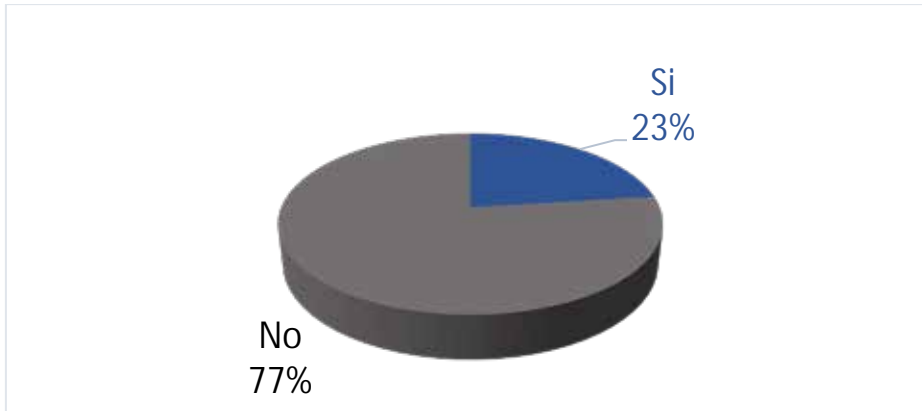
Ítem 5 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¿la deficiencia de hierro está asociado con un incremento significativo de riesgo para desarrollar una lesión precursora de cáncer?

Soporte teórico: según la OMS. (2009) Los estados clínicos asociados con un incremento significativo de riesgo para desarrollar una lesión precursora de cáncer son: "deficiencia de hierro, liquen plano oral, fibrosis oral submucosa, sífilis, xeroderma pigmentoso, epidermólisis ampollar y lupus eritematoso sistémico"

Cuadro 5

Aspectos	Frecuencia	%
Si	7	23%
No	23	77%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: De manera significativa el ítem 5 revela que un 77% de la población desconoce que la deficiencia del consumo de hierro se considera como un factor de riesgo del cáncer en relación a el 23% de la población que asocia la deficiencia de hierro como un factor precursor de cáncer.

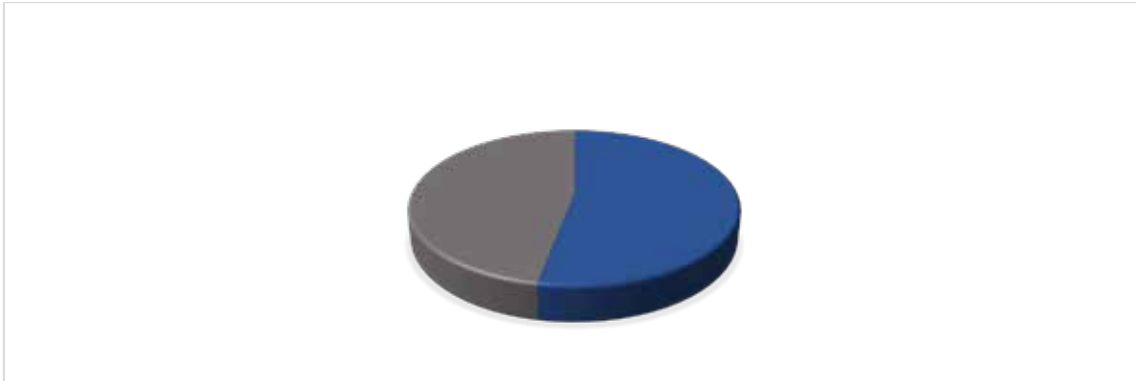
Ítem 6 ¿Los carcinomas de células escamosas corresponden al 90% de los tumores malignos de cáncer oral y orofaríngeo?

Soporte teórico: William C, Bernardo V. (2015) Efectuaron un estudio para evaluar la morbilidad y mortalidad por cáncer oral y orofaríngeo mostró que éste representa el 1% respecto de todos los cánceres y el 90% de las neoplasias malignas en cavidad oral y orofaríngeo son carcinomas de células escamosas.

Cuadro 6

Aspectos	Frecuencia	%
Si	16	53%
No	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: el 53% de la población encuestada sabe que los carcinomas de células escamosas representan los tumores malignos de cáncer oral y orofaríngeo en relación a el 47% restante de la población que no lo atribuye como la prevalencia de cáncer oral más frecuente.

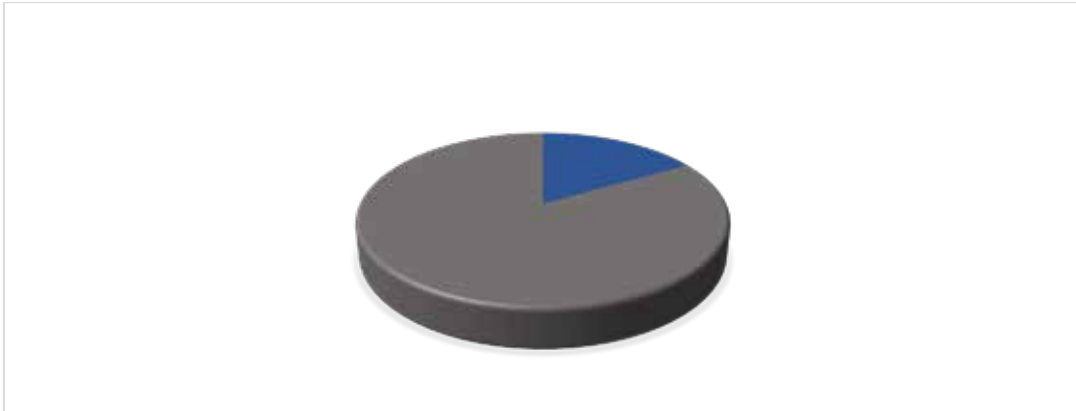
Ítem 7 ¿Los tipos de cáncer orofaríngeo y de cavidad oral que ocurren con más frecuencia son en los labios y en las glándulas salivales menores?

Soporte teórico: American Joint Committee on Cancer. Lip and Oral Cavity. (2010). Los tipos de cáncer orofaríngeo y de cavidad oral ocurren con más frecuencia en las siguientes áreas: lengua, amígdalas y orofaríngeo, encías, el piso de la boca y otras partes de la boca, El resto se presenta en los labios, las glándulas salivales menores (lo que a menudo ocurre en el paladar) y otros lugares.

Cuadro 7

Aspectos	Frecuencia	%
Si	5	17%
No	25	83%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: El 83% de la población domina la frecuencia con la cual aparecen los cánceres orales en ciertas áreas de la boca. Siendo el de labios y glándulas salivales menores el que menos frecuente se encuentra en esta área, mientras que el 17% restante aun no domina esta característica general de frecuencia de cáncer oral.

Ítem 8 ¿El crecimiento maligno por extensión hacia estructuras anatómicas vecinas pueden aparecer en la cavidad nasal o en el seno maxilar?

Soporte Teórico: Según Rodríguez C. Walter (2000). El cáncer de senos nasales y paranasales Constituyen el 0,2 % a 0,5 % de los tumores malignos del cuerpo humano, siendo el del seno maxilar el más frecuente.

Cuadro 8

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: La totalidad de los encuestados comprenden que el crecimiento de lesiones malignas en la región estomatognática puede invadir la cavidad nasal y senos maxilares.

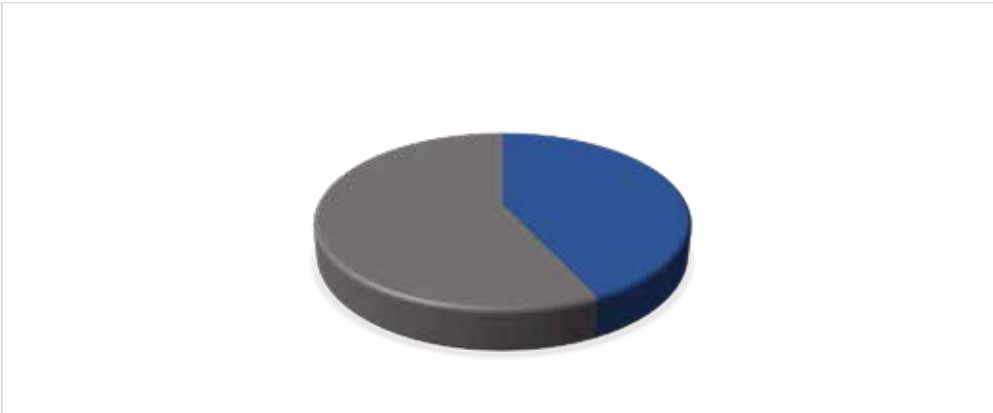
Ítem 9 ¿Los Gránulos Fordyce que se evidencian en el bermellón superior del labio son considerados una condición patológica?

Soporte teórico: de acuerdo con Regezi, Sciubba (2000) Las manchas de Fordyce (mejor conocidas por su nombre descriptivo granos de Fordyce) son granos diminutos, indolores y en relieve de color blanco, amarillo o crema, de tamaños de 1 a 3 mm de diámetro, que pueden aparecer en los labios, mucosa de la boca no malignas ni infecciosas y no precisan ningún tipo de tratamiento.

Cuadro 9

Aspectos	Frecuencia	%
Si	13	43%
No	17	57%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: el 43% de la población reconoce los granulos de fordyce como elementos patológicos presentes en el labio cuando realmente es un grano no infeccioso y benigno por el cual el 57% de la población lo conoce como un signo clínico sano de la mucosa.

Ítem 10 ¿En el examen físico regional extra oral, a la palpación de las cadenas ganglionares al encontrarse nódulos perceptibles de crecimiento lento, móviles y sintomáticos es un signo de alerta ante una lesión maligna?

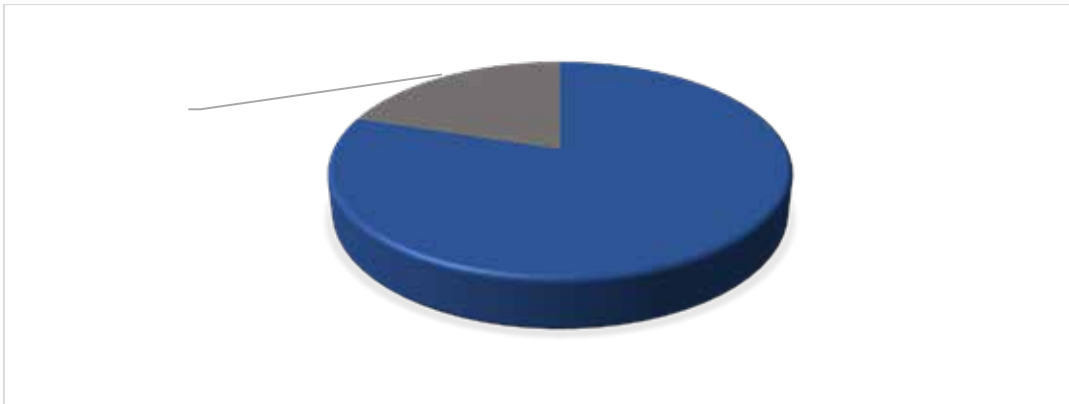
Soporte teórico: Douketis explica que en los pacientes con inflamación de los ganglios linfáticos ciertos síntomas y características son motivo de preocupación. Entre estos factores se incluyen los siguientes: Un ganglio de 2,5 cm o más de diámetro, Un ganglio que está drenando pus, Un ganglio duro a la palpación, Fiebre o pérdida de peso inexplicable.

American Cancer Society (2016.) Asegura que algunos posibles síntomas del cáncer de origen primario desconocido incluyen: Ganglios linfáticos inflamados, firmes no dolorosos.

Cuadro 10

Aspectos	Frecuencia	%
Si	24	80%
No	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: Se evidencia con inquietud que a la inspección del examen físico para descartar una lesión maligna exista dudas en cuanto a signos de alerta presentes, como se ven reflejado en un 80% de la población, mientras que un 20% nota los signos característicos de alarma ante lesiones malignas

Ítem 11: ¿La dificultad para tragar, dolor y parestesia son características de síntomas tardíos asociados a el cáncer oral?

Soporte teórico: American Cancer Society, (2016). Expone los síntomas asociados a cáncer como lo son: Un dolor de garganta o la sensación de que hay algo atascado en la garganta que no desaparece. Dificultad para masticar o tragar. Dificultad para mover la mandíbula o la lengua. Entumecimiento de la lengua u otra área de la boca.

Cuadro 11

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: el 100% de la población reconocen los síntomas tardíos asociados a el cáncer oral.

Ítem 12 ¿Crees que un modelo instruccional permitiría un aprendizaje significativo para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo?

Cuadro 12

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

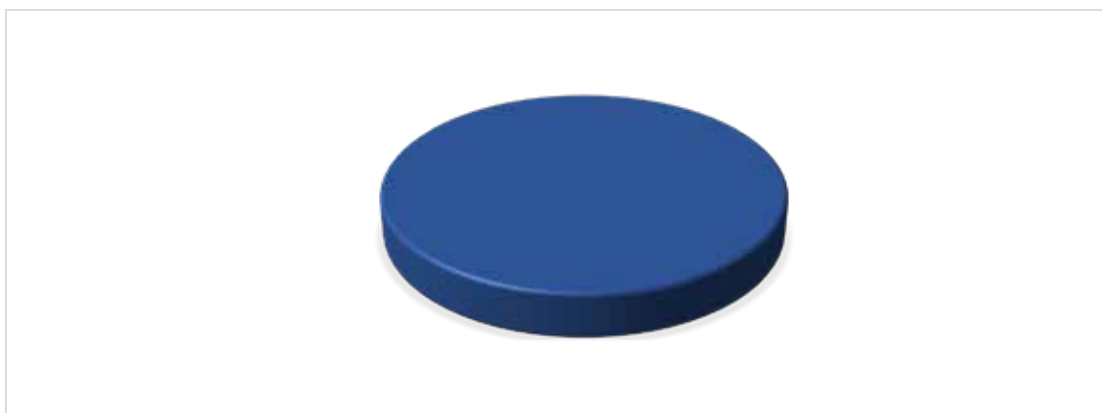
Análisis: La totalidad de la población cree que un recurso como un modelo instruccional les puede permitir un aprendizaje significativo para la evaluación ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo.

Ítem 13 ¿Crees que sea posible incorporar el uso de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y oro faríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología?

Cuadro 13

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



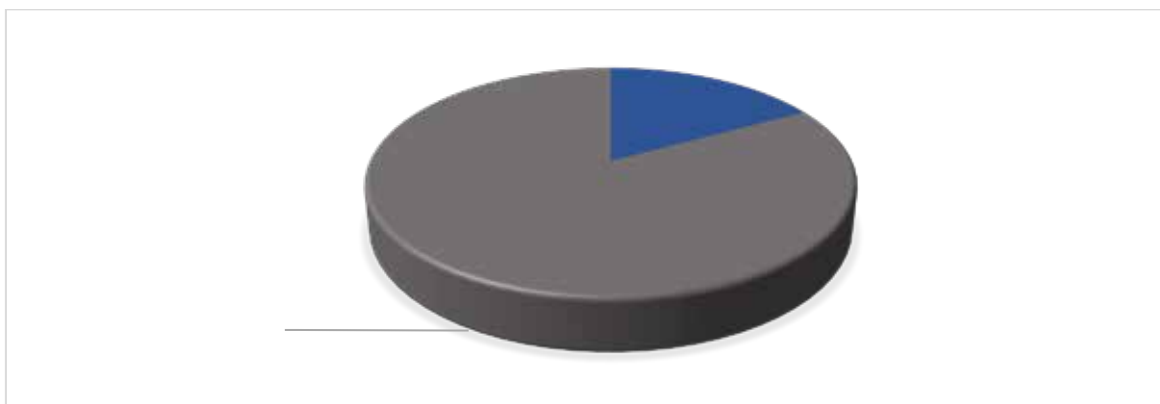
Fuente: Permoser 2017

Análisis: el 100% de la población cree que sea posible la inversión de incorporar el uso de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y oro faríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología

Ítem 14 ¿Consideras necesario que la Universidad Carabobo destina recursos económicos para incrementar los recursos de apoyo para el diagnóstico de enfermedades?

Aspectos	Frecuencia	%
Si	4	17%
No	25	83%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

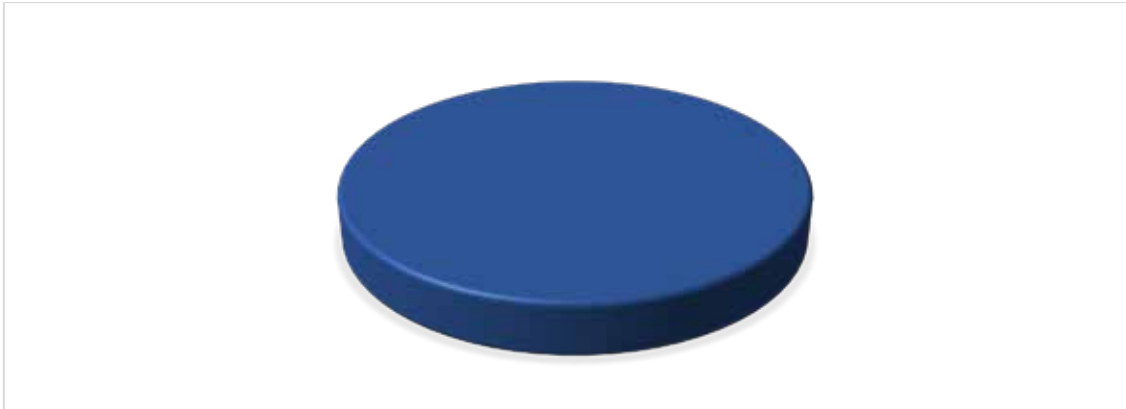
Análisis: el 17% de la población Considera necesario que la Universidad Carabobo destina recursos económicos para incrementar los recursos de apoyo para el diagnóstico de enfermedades mientras que un 83% no lo considera así.

Ítem 15: ¿Te parece ventajoso un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo?

Cuadro 15

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: la universalidad de la población parece ventajoso un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo ya que no cuentan con una en la clínica.

Ítem 16: ¿Crees que sería útil contar con un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología?

Aspectos	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Permoser 2017



Fuente: Permoser 2017

Análisis: la totalidad de la población encuestada cree que sería útil contar con un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología.

Discusión General de los Resultados.

Teniendo cuenta los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento podemos evidenciar ciertas fallas cognitivas a la hora de descartar ciertas lesiones cancerígenas con características clínicas normales de la mucosa y el manejo de las mismas; por lo que evidencia la necesidad de crear un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo en las áreas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Al comparar con otras investigaciones podemos demostrar hallazgos similares en cuanto a el nivel de conocimiento y percepción del riesgo que posee el estomatólogo, como lo certifica Gozález Federico y Colab. (2017). Quienes diseñaron y ejecutaron un estudio experimental de intervención educativa y desarrollo tecnológico sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB), en 60 estomatólogos con el propósito de aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal por lo que el nivel de conocimiento resultó inadecuado en el 56.6% de los estomatólogos en los acápites relacionados a: PDCB, características clínicas del

cáncer bucal, factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma. Luego de aplicada la estrategia educativa se elevó el nivel de conocimiento a un 98,3 % de estomatólogos evaluados de satisfactorio.

Por su parte Cabrera, (2011) realizó un estudio en Venezuela en la Misión Barrio Adentro, constató que los Odontólogos tuvieron bajo nivel de conocimiento y poca preocupación por esta enfermedad. De forma general, los estudios analizados en esta investigación reportan deficiencias en cuanto al conocimiento de los estomatólogos en la atención al cáncer.

A partir de las experiencias relatadas y en atención a los hallazgos del presente trabajo investigativo, se constata la relevancia y pertinencia de crear un modelo instruccional para la evaluación clínica sistemática de la cavidad bucal, además de sencilla y no invasiva, proporcionara una información importante para el estudiante y representara una herramienta útil en el diagnóstico de alteraciones de la mucosa bucal de naturaleza local y distinguir las entidades patológicas y no patológicas de las lesiones malignas y desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal.

Conclusiones.

Una vez culminada la tarea investigativa, se dictaminó la necesidad de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática, tomando en cuenta la insuficiencia cognitiva de la población estudiada y cuyo conocimiento es fundamental para la detección temprana de lesiones cancerígenas.

Así mismo la población cree pertinente la realización de dicho modelo instruccional alegando la facilidad para la realización del examen bucal sistemático en todo paciente, favoreciendo su aprendizaje significativo.

En tal orden de ideas, es oportuno señalar que la enseñanza y aprendizaje de la exploración sistemática de la cavidad bucal es uno de los objetivos principales para

la atención integral de cada paciente y que no se limita a un área específica de formación académica por lo que puede usarse a lo largo de su formación como odontólogo en cualquier unidad curricular.

Por tales razones, se concluye que la incorporación del modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo facilitara el aprendizaje significativo del diagnóstico y manejo de lesiones en la región estomatognática.

La matriz epistémica, es la fuente de origen de una cosmovisión, ideología, paradigma, método, técnica o estrategia adecuada para investigar la naturaleza de una realidad natural o social. Leal (2009), realidad social que se pretende determinar para mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje acorde e indispensable para el alumnado en la práctica odontológica y posteriormente deducir una estrategia congruente y oportuna.

Recomendaciones

Se invita al personal docente de la Facultad de Odontología en general y estudiantes del 2do año en particular, a incorporar a su praxis dicha herramienta de aprendizaje para potenciar el aprendizaje significativo a la población estudiantil.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

Introducción

Los cambios en la educación han hecho que las instituciones universitarias estén interesadas en la utilización de nuevas metodologías en el proceso de enseñanza. Esta integración hace que dichas instituciones reflexionen sobre la necesidad de producir materiales educativos, adaptados a las nuevas exigencias del entorno educativo y de los estudiantes de hoy en día.

Por lo consiguiente, el “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo”, es la producción de un nuevo material educativo y propuesta pedagógica para descartar paso a paso una lesión cancerígena dependiendo del tipo de lesión elemental ya sea de tipo blanca, roja o ulcerada. Logrando tener una herramienta que facilite el diagnóstico al momento de la exploración clínica y facilite su aprendizaje.

Justificación

En estas últimas décadas la detección precoz del cáncer oral toma importancia dado el aumento de los casos nuevos en la población. Por lo tanto, la capacitación en relación a este tema debe empezar tempranamente en la formación de pregrado de la carrera de odontología esperando que estos conocimientos adquiridos sean suficientes dada la responsabilidad de la profesión frente a la detección de esta enfermedad.

Motivo por el cual se demuestra la importancia de integrar un “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo” como sistema innovador y asegurar una formación teórico-práctico que avale en el caso de la carrera de odontología el logro de un profesional integral, capacitado para tomar las decisiones que amerita un correcto diagnóstico y abordaje de las enfermedades.

Dicho modelo presenta visualmente un esquema secuencial y práctico que concentra de forma sistemática una serie de elementos para descartar lesiones no pre cancerígenas y detectar signos de riesgos cancerígenos y su posible diagnóstico de manera sistemática y práctica. Llevando a cabo un aprendizaje de tipo visual ya que el estudiante utiliza el sistema de representación visual; ve las cosas como imágenes, gráficos o esquemas que les ayuda a recordar y aprender. Administrando así una herramienta capaz de informar y orientar al estudiante para cumplir el objetivo deseado.

El modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo surge como una opción para la capacitación del estudiante durante su formación académica.

Objetivos.

Objetivo General:

Suministrar a los estudiantes de 2do Año de Odontología la ilustración clara y específica para la evaluación de lesiones estomatognáticas ante riesgo de cáncer.

Objetivos Específicos:

Instruir al estudiante sobre el uso del modelo como herramienta de diagnóstico en el área clínica.

Clasificar el tipo de lesión elemental en el paciente.

Descartar lesiones no cancerígenas mediante la descripción de las características clínicas y sintomáticas para asociarlas con un posible diagnóstico.

Reconocer signos de riesgos cancerígenos para la toma de biopsia.

Factibilidad.

Factibilidad Operativa:

Factibilidad Operativa: La Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo posee y usa instrumentos, manuales y modelos para la ayuda de llenado y diagnósticos de diferentes requerimientos en áreas que ayuden al estudiante al desarrollo de su actividad clínica; por tanto, la propuesta es factible operativamente.

Factibilidad Técnica: Técnicamente la propuesta es factible, pues la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo dispone de los recursos tecnológicos y humanos requeridos para incorporar a las áreas clínicas el modelo instruccional propuesto.

Factibilidad Económica: La elaboración del modelo instruccional propuesto no ameritará ningún tipo de inversión monetaria, ya que fue costado íntegramente por la investigadora, quedando así evidenciada la viabilidad económica de la propuesta.

Factibilidad Social: Desde la perspectiva social se considera que la propuesta es totalmente factible, pues el modelo instructivo contribuirá a la formación integral de los estudiantes de Odontología y el diagnóstico temprano y factible de lesiones cancerígenas en el paciente.

Factibilidad Institucional u organizacional: Por esta circunstancia, la propuesta es factible pues el modelo instructivo se ajusta a los lineamientos de perfeccionamiento académico y uso de herramientas alternas de la Universidad de Carabobo como apoyo a los procesos cognitivos de enseñanza y aprendizaje para el grado académico a desarrollo.

Factibilidad Legal: La propuesta es viable pues se ajusta a los principios jurídicos nacionales en materia de Educación Universitaria y los legales-deontológicos propios del ejercicio de la Odontología.

Ámbito de Aplicabilidad.

El modelo instructivo está dirigido a los estudiantes de 2do año de Odontología de la Universidad de Carabobo; si bien, en el momento que el mismo sea integrado como herramienta alterna en el área clínica; los demás estudiantes podrán de igual manera tenerla a su disposición y emplearla en cualquier unidad curricular clínica presente en la Facultad de Odontología.

Formulación.

El “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de Odontología en la Universidad de Carabobo”, está estructurado en base a un esquema secuencial para el diagnóstico de lesiones con riesgo a cáncer en pacientes que son atendidos en la

facultad de odontología, se fundamenta en hallazgos encontrados, así como en los fundamentos teórico-legales que lo sustentan.

Fundamentos teóricos.

La búsqueda de la transformación de la universidad conlleva, entre muchos aspectos a reflexionar sobre la práctica docente, la identidad y calidad de las instituciones de educación superior y la producción de su conocimiento.

La gran mayoría de los docentes en educación superior basan su práctica en la transmisión de información, por medio de un libro de texto o materiales diseñados por ellos mismos. Herrera (2005) señala que el profesor de este nivel tiende a utilizar como única técnica didáctica la exposición, su función es la de exponer un tema y la función de los alumnos es escuchar, en el mejor de los casos el profesor hace algunas preguntas y los alumnos contestan a ellas.

Con el propósito de potenciar el aprendizaje en los estudiantes se ha planteado la utilización de esquemas, mapas conceptuales, mentales, etc. Para efectos de una mejor identificación se los ha agrupado en la categoría “*organizadores gráficos*”, que vienen a ser formas de representar el conocimiento de manera visual. Todos estos diagramas son parte de un concepto relacionado con la enseñanza: el Aprendizaje significativo, teoría implantada por el norteamericano David Ausubel (1986), quien, basándose en la psicología constructivista, rechazó los métodos de enseñanza de memorización mecánica por su método, en el cual, el alumno reajusta o aprende comparando entre la nueva información que recibe con la que él posee acerca de un tema cualquiera para modificar dentro de su mente una nueva concepción.

Como este aprendizaje se basa en asimilar y reacondicionar conceptos para hallarle un significado, es entonces que los esquemas cumplen una labor significativa, es que como esta teoría se basa en principios constructivistas, tiene que incluir conceptos, principios y explicaciones «*que es el saber*» con los procedimientos «*que es el saber hacer*» y las actitudes y normas «*que son el saber ser*», la idea es lograr

que el estudiante de odontología tenga una concepción del saber a largo plazo, empleando un cambio en ese conocimiento que se tenía para poder saber más de lo que uno ya tenía experiencia o conocimiento. Como es el caso de los conocimientos o experiencia ya adquiridos en anatomía patológica, fisiopatología y semiología. Así mismo los fundamentos teóricos sobre lesiones elementales y cancerígenas son aportados por especialista en el tema (Marco Tulio Merida (2001); Regezi (2000) autores muy relacionas estrechamente en la formación academica de odontología y la experiencia acumulada de la investigadora como profesional odontólogo en el diagnóstico de lesiones en la región estomatognática.

El uso de organizadores gráficos en el modelo instruccional Constituyen una de las estrategias de enseñanza para promover aprendizajes significativos; su representación gráfica permite visualizar las relaciones entre conceptos y proposiciones sobre un tema o campo del conocimiento. Fueron ideados por Joseph Novak (1983), y están inspirados en las ideas de David Ausubel, con el objetivo de facilitar la comprensión de la información que se ha de aprender. (Díaz B F, Hernández 1998) señala que pueden utilizarse como estrategias de enseñanza, aprendizaje, como recurso para la evaluación, para la estructuración y organización del currículo. Poseen características o condiciones propias, que los diferencian de otras estrategias o técnicas cognitivas.

Por tales razones se demuestra que el “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo,” posee una fundamentación teórica, conforme a los estándares que debe poseer un organizador gráfico como herramienta didáctica de enseñanza.

Fundamentos legales.

El modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo; encuentra su fundamento legal en La Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2009) en el artículo 63 de la Constitución “Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones”, mientras en su artículo 108 se dispone que todo centro educativo debe incorporar el conocimiento y aplicación de las nuevas tecnologías y sus innovaciones.

En concordancia con la Ley Orgánica de Educación (1980). Artículo 27 La educación superior tendrá los siguientes objetivos: 1.- Continuar el proceso de formación integral del hombre, formar profesionales y especialistas y promover su actualización y mejoramiento conforme a las necesidades del desarrollo nacional y del progreso científico.

Por su parte, la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970). Artículo 2.: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento.

Así como también, Artículo 16.: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud

pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.

Según se desprende del ordenamiento jurídico antes comentado el “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo,” posee una firme sustentación legal y deontológica para una propuesta educativa.

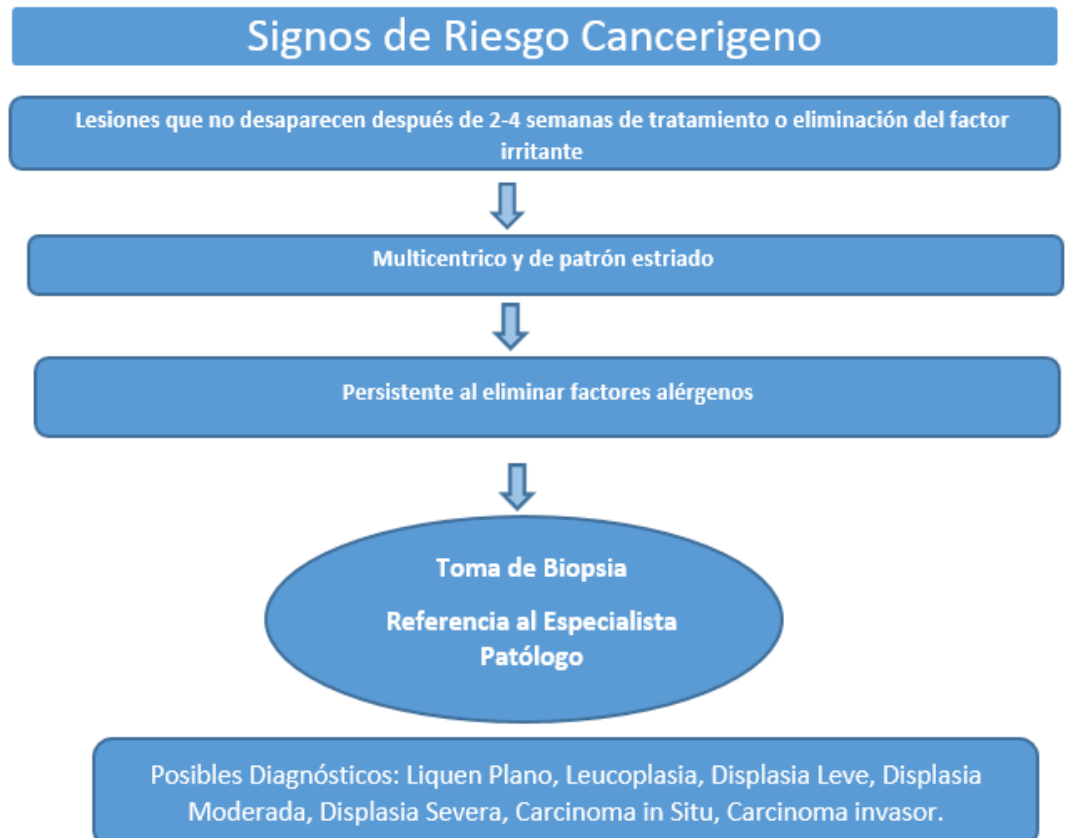
Descripción del Modelo Operativo.

El “Modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática dirigido a estudiantes de 2do año de odontología en la Universidad de Carabobo,” se encuentra estructurado en forma de un recurso visual gráfico de tres páginas, en el que clasifica las lesiones en tres tipos: lesiones blancas, lesiones rojas y lesiones ulceradas y en el cual cada una de ellas explica paso a paso al estudiante a descartar lesiones no cancerígenas y a su vez a detectar signos de riesgo de malignidad, guiando al usuario del modelo instruccional a conocer en qué momento y en qué caso debe tomar biopsia de la lesión, remitir a un especialista y conocer un diagnóstico tentativo de la misma, como se observa en la figura 1 y 2.

Figura 1. identificación del tipo de lesión y pasos para descartar lesiones no pre cancerígenas



Figura 2. Patrón de signos de alerta para diagnóstico de lesiones cancerígenas y circunstancia en la que se debe tomar biopsia y remitir al patólogo. También se puede observar el recuadro de diagnóstico provisional tentativa de la lesión estudiada.



REFERENCIAS

- Alvear, M. (2012). Objetivos de la carrera Odontología. Recuperado el 27 de julio de 2017 de http://www.uba.ar/download/academicos/o_academica/carreras/odontologia.pdf 1977 –
- Castorina, J (2015). Dialéctica y psicología del desarrollo: el pensamiento de Piaget y Vigotsky. Amorrortu editores España SL. Recuperado el 07 de agosto de 2017 de https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADas_del_aprendizaje
- Cabrera de Para A. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal [Internet]. Ilustrados; 2011 [citado 21 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/9389/Nivel-conocimiento-sobre-Cancer-Bucal.html>
- De la Mora, L. (1977). Psicología del Aprendizaje: Teorías I. Editorial Progreso, S.A, México D. F
- Dobles, C., Zúñiga, M. y García, J. (1998). Investigación en educación: procesos, interacciones y construcciones. San José: EUNED
- Edmond Chediak (2004). CÁNCER DE CAVIDAD ORAL. Revista de medicina volumen 26, # 3 recuperado el 09 de agosto de 2017 de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/66-3>
- González Federico Valentín, Dra. Gloria María Rodríguez González, Dr. Heberto Fidencio Conde Suárez, Dra. Dadonim Vila Morales. (2017) Intervención educativa sobre el programa de detección del cáncer bucal en estomatólogos generales. Rev.Med.Electrón. vol.39 no.2 Matanzas.
- Gutiérrez, N. (2014). Venezuela no lleva registro oficial sobre casos de cáncer bucal. Recuperado el 27 de julio de 2017 de http://www.agenciadenoticias.luz.edu.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=5407&Itemid=163
- Guzmán, A., Suárez, B. (2012). Tendencias de mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Venezuela (1996-2008). IX Jornadas Científicas Dr. Arnoldo Gabaldón. Recuperado el 28 de julio de 2017 de <http://www.iaes.edu.ve/images/noti2012/nov/jc-presentaciones-orales.pdf> 1.
- Hernández, R. y otros (2006). Metodología de la Investigación. Caracas. Editorial MacGrawHill

- Hermida, M., Santana, J.C., González, Y., Borroto, D. (2010). Factores de riesgo del cáncer bucal. *MediCiego*; 13(1). Recuperado el 27 de julio de 2017 de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107.htm
- Howard, M. Castillo, R. (2010) Nivel de conocimientos que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. *Odontos*.ISSN 1659- 1046 (12).
- Hurtado, I. y Toro, G. (2001). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio* (4ta ed); Episteme; Valencia-Venezuela.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). Información general sobre el cáncer de labio y de cavidad oral. Recuperado el 27 de julio de 2017 de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/tratamiento-labio-boca-pdq/>
- Izaguirre, P. (2012). Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima universidad nacional mayor de san marcos facultad de odontología e.a.p. de odontología. Recuperado el 06 de agosto de 2017 de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2812/1/Izaguirre_pp.pdf
- Leal, J. (2009). *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación*. 2da. Edición. Venezuela: Azul intenso
- López, A. (2003). Factores de riesgo y prevención del cáncer oral. *Actitud del odontólogo*. RCOE, Vol. 18, N°. 2,
- Organización Mundial de la Salud (2016). Datos y cifras sobre el cáncer. Recuperado el 27 de julio de 2017 de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>.
- Meza, L. (2003) El paradigma positivista y la concepción del conocimiento. Recuperado el 10 de agosto de 2017 de <https://tecdigital.tec.ac.cr/revistamatematica/ContribucionesV4n22003/meza/pag5.html>
- Piaget, P. (1948) *Génesis de las estructuras lógicas elementos*. Buenos Aires, Guadalupe.
- Sociedad Americana del Cáncer (2016). Cáncer de orofaringe y de cavidad oral: detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. Recuperado el 28 de julio de 2017 de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/deteccion.html>.

Soto, J. y Bernardini, A. (1981). La educación actual en sus fuentes filosóficas. San José: EUNED

Tamayo. Tamayo. (2003). El proceso de la investigación científica. 4ta edición. Pág. 37.

UNESCO. Conferencia mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI. Paris. 2009.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011) Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 7ª edición. Caracas: FEDUPEL

Vygotsky, L. (1978). Pensamiento y lenguaje. Pensamiento y lenguaje. Barcelona, España: Paidós.

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR

Estimado estudiante:

Adjunto a la presente, se encuentra un cuestionario diseñado para recolectar la base de datos para una investigación relacionada con el uso de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante riesgo de cáncer en la región estomatognática, los mismos, serán de carácter confidencial y utilizados a los únicos fines investigativos; por tales razones, es importante no aportar ningún tipo de información personal (nombre, número de cédula, firma) y responder con sinceridad.

Atentamente,

Od. Permoser Mari
Investigadora

Instrucciones: Lee cuidadosamente el enunciado de cada pregunta y marque con una (X) la respuesta seleccionada

Ítems	Preguntas	Respuestas	
		Sí	No
1	¿El virus del papiloma humano (VPH) es el virus que más se asocia al Cáncer Oral?		
2	¿El consumo paralelo de tabaco y alcohol se consideran como el mayor factor de riesgo de Cáncer Oral?		
3	¿La localización más frecuente del liquen plano oral es en el paladar?		
4	¿Las eritoplasias son alteraciones de la mucosa con gran potencialidad de transformarse en malignas?		
5	Según la OMS ¿la deficiencia de hierro está asociado con un incremento significativo de riesgo para desarrollar una lesión precursora de cáncer?		
6	¿Los carcinomas de células escamosas corresponden al 90% de los tumores malignos de cáncer oral y orofaríngeo?		
7	¿En el examen físico regional extra oral, a la palpación de las cadenas ganglionares al encontrarse nódulos perceptibles de crecimiento lento, móviles y sintomáticos es un signo de alerta ante una lesión maligna?		
8	¿la forma moteada de leucoplasia se considera no homogénea?		
9	¿El sarcoma de Kaposi es un tumor canceroso del tejido conectivo y a menudo está relacionado con VIH-sida?		
10	¿La Candidiasis eritematosa es una mancha o área roja en ocasiones de aspecto puntiforme, localizada generalmente en el tercio medio o posterior del dorso lingual, mucosa bucal y paladar duro y generalmente asintomática?		
11	¿Crees que un modelo instruccional permitiría un aprendizaje significativo para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo?		
12	¿Crees que sea posible incorporar el uso de un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología?		
13	¿Consideras que la Universidad Carabobo destina recursos económicos para incrementar los recursos de apoyo para el diagnóstico de enfermedades?		
14	¿Te parece necesario un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo?		
15	¿Crees que sería ventajoso contar con un modelo instruccional para la evaluación clínica ante el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo en las áreas clínicas de la facultad de odontología?		

ANEXO B
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CONSIDERACIONES GENERALES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para que el informante pueda emitir sus respuestas.			
La presentación del instrumento es adecuada. En caso de no ser así señale los aspectos a mejorar.			
Los ítems se presentan en un orden lógico-secuencial.			
Se evidencia en la redacción de los objetivos las bases teóricas que deben sustentar la investigación.			
Los ítems son adecuados para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems que deben incluirse y/o eliminarse.			

Observaciones:

VALIDEZ	
APLICABLE	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES	
Validado por:	
E-mail:	
Cédula de Identidad:	
Teléfono(s)	
Firma:	
Fecha:	

