

Revista Médica del IMSS

Volumen **44**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2006**
January-February

Artículo:

Las enfermedades crónicas y la
educación. La diabetes mellitus como
paradigma

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

**Leonardo
Viniegra-Velázquez**

Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma

Coordinación
de Educación en Salud,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Leonardo
Viniegra Velázquez.
Tel.: 5761 0747.
Dirección electrónica:
leonardo.viniegra@imss.gob.mx

La enfermedad es una forma de ser que no podemos elegir; suele ser adversa a nuestros deseos y aspiraciones entrañables; como tal debemos asumirla, entenderla y aprender a manejarla; sólo así, a través de ella, seremos mejores, más dignos y solidarios.

EL AUTOR

RESUMEN

El propósito de este ensayo es cuestionar las ideas prevalentes respecto a las enfermedades crónicas, utilizando como ejemplo la diabetes mellitus tipo 2, y proponer otra forma de pensarlas, percibirlas y actuar sobre ellas. Se confronta la visión dominante de la enfermedad como desviación del sendero de la salud, con otra mirada que la considera una forma de ser específica de ciertos grupos de personas. Se destaca cómo al privilegiar los aspectos técnicos de la práctica médica suele equipararse al organismo con una máquina. Por otro lado, la idea de enfermedad como forma de ser al rescatar las cualidades más distintivas de la vida, permite un entendimiento penetrante del paciente y su padecer. Se propone el concepto de historia cultural de la enfermedad para intentar superar las limitaciones impuestas por la noción de historia natural de la enfermedad. Se discute el tipo de educación y su lugar dentro de las estrategias de cuidado de la salud en las enfermedades crónicas, y se propone a la educación participativa —preferentemente dentro de las comunidades terapéuticas de pacientes— como el recurso más poderoso para la aproximación a mejores circunstancias de vida y hábitos más saludables que permitan el autocontrol de la enfermedad.

SUMMARY

The purpose of this essay is to controvert ideas that prevail about chronic illnesses, using type 2 diabetes mellitus as an example, and to propose another way of thinking, perceiving, and acting towards them. Initially the dominant vision of the disease as a deviation from the health path is confronted with another one that considers it as a specific way of being of certain groups of persons. It brings out how the idea of deviation, when favoring the technical aspects of medical practice, often compares the organism with a machine. On the other hand, the idea of disease as a way of being when rescuing the most distinctive qualities of life, allows a more penetrating understanding of the patient and his illness. Trying to overcome the limitations that the notion of natural history of disease impose, the concept of cultural history of disease is proposed, showing how culture has a determining role in the expression of illnesses. The role and type of education within the strategies of health care in chronic diseases are discussed. Participatory education—particularly in the therapeutic communities of patients—is proposed as the most powerful resource to bring the patient closer to better life circumstances and healthier habits that allow the self-control of the illness.

Palabras clave

- ✓ enfermedad crónica
- ✓ diabetes mellitus
- ✓ educación médica
- ✓ educación para la salud
- ✓ historia cultural de la enfermedad

Introducción

Con el incremento de la esperanza de vida promedio de la población, las enfermedades crónicas suelen ser “acompañantes” cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y con mayor razón en la vejez. Por otro

lado, en la época actual el sentido de la existencia parece extraviarse conforme se generaliza la pretensión de convertir todas las actividades humanas en negocios lucrativos bajo el supuesto de garantizar su viabilidad, circunstancia que subyace a ese vacío de sentido, tan generalizado en nuestro tiempo, que aviva en las personas un

Key words

- ✓ chronic illness
- ✓ diabetes mellitus
- ✓ medical education
- ✓ health education
- ✓ cultural history of disease

deseo irrefrenable de consumir para no ser excluidas del progreso en su versión más degradada. Tal situación histórica representa un enorme desafío para las instituciones encargadas de preservar y cuidar la salud de la población, y constituye un formidable obstáculo para quienes buscan afanosamente darle un sentido a su vida.

Mi propósito en este ensayo es trascender los estrechos límites de la visión nosológica de las enfermedades crónicas, para vincularlas con una idea de sentido que implique una auténtica superación de la condición humana, basada en el valor del autoconocimiento.

En principio, el tema amerita planteamientos que nos lleven a conceptualizar las enfermedades crónicas de manera genérica y nos permitan considerar su diversidad y entender su particularidad. En cuanto a la educación y su papel decisivo en la consecución del sentido, entre las diversas corrientes de pensamiento y acción será necesario distinguir las que impliquen la movilización de los pacientes crónicos para asumir lo que les corresponde en la búsqueda de una vida más serena y satisfactoria.

Para desarrollar lo anterior, utilizaré a la diabetes mellitus a manera de ejemplo tanto de lo genérico como de lo específico de las enfermedades crónicas y de su relación con la educación, por las razones que a continuación se exponen:

La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos para las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el encargo social del cuidado de la salud. De acuerdo a estimaciones prospectivas, se calcula que 170 millones de personas en el mundo se encuentran afectadas por la enfermedad, cifra que llegará a alrededor de 370 millones para el 2030.¹

En nuestro país, para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes; la prevalencia en el año 2000 se estimó en 10.7 % y constituyó la principal causa de muerte. Además, se ha apreciado incremento en la proporción de diabéticos menores de 40 años, con alta prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas.^{2,3}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución pública de servicios de salud, en 2003 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como motivo de consulta especializada y el tercero en la consulta de medicina familiar.⁴ Como expresión de sus manifestaciones tardías

es la causa principal de enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas, neuropatía periférica somática y autonómica.⁵⁻⁸

La diabetes mellitus, específicamente la tipo 2, representa un paradigma de las enfermedades crónicas por su abrumadora presencia y porque...⁹

- a) Reúne, en una constelación expresiva compleja, una considerable diversidad: factores predisponentes y de riesgo, altas tasas de morbilidad y comorbilidad (el síndrome metabólico), manifestaciones tempranas y tardías, complicaciones y secuelas.
- b) La infinidad de investigaciones realizadas y el desarrollo tecnológico aparejado, hacen posible la disponibilidad creciente de estrategias de prevención primarias y secundarias, de procedimientos diagnósticos oportunos y de seguimiento a largo plazo, así como de recursos terapéuticos para el control de las complicaciones y las secuelas.
- c) Casi como ninguna otra enfermedad crónica, requiere la participación decidida del paciente para que los distintos tipos de intervención alcancen cierta efectividad.

Para un observador externo, el acervo de conocimientos con el que actualmente se cuenta para enfrentar a la diabetes mellitus tipo 2 es vasto e impresionante, por lo que cabría suponer que la “lucha” contra la enfermedad es exitosa y, sin embargo, no es el caso. Bien miradas las cosas, “la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 se disemina sin control efectivo”, los servicios de atención han sido claramente rebasados y son notoriamente insuficientes para afrontar un desafío de tal magnitud.

¿Por qué existe ese enorme desfase entre las potencialidades que entraña el conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2 para dotar de efectividad a las intervenciones del equipo de salud y los escasos alcances de las acciones emprendidas para disminuir su presencia y atenuar sus manifestaciones? Entre las explicaciones que se suelen dar se sostiene que el conocimiento es todavía insuficiente o que no se aplica adecuadamente; otra, más socorrida, es que el paciente no atiende las indicaciones y no hace lo que le corresponde. En lo que sigue intentaré mostrar la

debilidad y superficialidad de ambos argumentos, con extensión a la generalidad de las enfermedades crónicas.

Enfermedad, ¿naturaleza o cultura?

La mirada nosológica proyectada al campo del cuidado de la salud ha permitido un impresionante desarrollo de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en beneficio de millones de personas. No obstante, las limitaciones de tal aproximación se hacen ostensibles cuando nos acercamos más al ámbito de lo cultural: a los usos y costumbres, a los hábitos, tradiciones y creencias de las personas, a sus condiciones y circunstancias de vida. Es aquí donde la visión centrada en la enfermedad resulta insuficiente y, con frecuencia, un obstáculo para profundizar en otras facetas de la problemática que desafía a los servicios de salud.

En multitud de enfermedades crónicas, y en particular la diabetes mellitus tipo 2, lo cultural suele tener una influencia decisiva en su devenir, como lo podrían atestiguar a diario los integrantes del equipo de salud en su ejercicio profesional; empero, el predominio del enfoque nosológico como la aproximación casi exclusiva del médico en la atención de pacientes, obstaculiza o impide tomar conciencia de todo lo que ocurre fuera de dicho enfoque.

Tal situación amerita replantearnos algo que se da por sentado y se considera de sobra conocido: ¿qué son las enfermedades crónico-degenerativas? Para responder a esta interrogante confrontaré dos concepciones. Una, de aceptación general, las piensa como desviaciones del sendero de la salud; la otra, inusitada en la práctica médica, las considera “formas de ser particulares y diferenciadas” de los seres humanos.

Como desviaciones del sendero de la salud, las enfermedades crónicas constituyen propiamente objetos susceptibles de intervenciones directas o indirectas con propósitos predeterminados: prevención primaria, detección oportuna, limitación del daño, rehabilitación. Es decir, los conceptos salud-enfermedad permiten el despliegue de acciones técnicas e instrumentales, de variable complejidad, con potencialidad creciente para evitar o retardar la aparición de cierta enfermedad, detener o “silenciar” su evolución, y

restituir las funciones disminuidas o perdidas. En todas estas acciones se trata de devolver esa desviación, lo más que sea posible, al patrón de referencia que llamamos salud.

Si, por otra parte, consideramos a las enfermedades crónicas como “formas de ser”¹⁰ particulares y diferenciadas de ciertos grupos de personas, debemos ir más allá del ámbito de lo técnico de la enfermedad y de la salud para incursionar en el padecer, en la esfera psicosocial, en las tradiciones, en las formas de vivir, en una palabra, en *lo cultural*. Bajo esta perspectiva, lo que caracteriza a estas formas de ser (las enfermedades crónicas) respecto a otras que no consideramos enfermedades, son los malestares, los sufrimientos, los inconvenientes y las limitaciones de quienes las padecen.

Pasaré ahora a analizar con cierto detalle las implicaciones de estas dos ideas divergentes —aunque no excluyentes— en cuanto a las enfermedades crónicas, que expresadas de manera sucinta corresponden en un caso a la forma objetivada de ciertos tipos de desviación de la salud y en el otro, a la forma de ser específica de ciertos grupos de personas.

Desviación de la salud

La enfermedad considerada como extravío de lo que designamos normalidad, da sustento a la visión nosológico-técnica dominante en la práctica médica, donde las enfermedades son objetos de intervención y como tales llevan aparejada una concepción mecanicista del propio organismo: “se trata de identificar sus mecanismos alterados para actuar sobre él a fin de restablecer el funcionamiento adecuado”. El mecanismo —de herencia cartesiana— percibe la diversidad orgánica (individuos, colectividades, instituciones, sociedades) como una máquina y actúa en consecuencia.

Esa idea mecanicista está presente en la división del trabajo médico —se tenga o no conciencia de ello—, el cual funciona a la vez como causa y efecto de aquélla; causa porque atomiza cada vez más el quehacer médico, y efecto porque esta atomización responde, en cierta medida, a la concepción mecanicista del organismo que aspiraba a identificar los componentes más simples para proceder a reconstruir la complejidad.

**Leonardo
Viniegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**

dad; si bien tal reconstrucción hace tiempo que se dejó de lado. Así, los médicos inmersos en una lógica de sobreespecialización de su actividad donde su responsabilidad se limita a un pequeño fragmento o función, tienden a equiparar —sin darse cuenta— al organismo con una máquina.

Al llevar estas reflexiones a la educación de las nuevas generaciones de médicos, basada en el aprendizaje de las diversas disciplinas especializadas, separadas, que conforman el currículo, nos podemos percatar que a escala ampliada reproduce esa mirada fragmentaria y mecanicista; de ahí lo infructuoso de los esfuerzos que realizan algunas instituciones educativas por reivindicar el humanismo como eje de la formación del médico, porque éste presupone una visión integradora de la vida humana que va en dirección opuesta al derrotero actual del ejercicio de la medicina; “la medicina que se aprende es la medicina que se hace”.

Recordemos: lo que define a una máquina es estar compuesta de elementos básicos (partes simples) relacionados entre sí para constituir un sistema mecánico. Las piezas del conjunto están acopladas con suficiente precisión para operar y cumplir con lo propio de toda máquina: realizar determinado trabajo (funcionamiento) con cierto grado de eficiencia y para fines predeterminados.¹¹

Esta metáfora de la máquina está presente en la especialización actual del quehacer médico, donde cada especialista privilegia en su actividad un minúsculo fragmento del organismo y centra sus esfuerzos en “repararlo”, aunque tal reparación pueda significar, con frecuencia, un perjuicio para otro fragmento orgánico o para el organismo en su conjunto. Así, la máquina tiene que ser controlada por operadores externos para que funcione adecuadamente, si esto no es posible se requiere eliminar las piezas no necesarias o cambiarlas. Observemos la clara similitud que guarda la idea de máquina con la concepción implícita del organismo que guía la práctica médica actual y suele pasar desapercibida. Destacaría, además, para quienes estén en desacuerdo con tal equiparación, que lo importante no es lo que se dice, sino lo que se hace y cómo se hace.

Respecto a la educación de los médicos, podemos apreciar que la primacía asignada a los aspectos técnicos e instrumentales en el apren-

dizaje, se refuerza constantemente por la avasallante cantidad de información acerca del desarrollo tecnológico y a las diversas técnicas aplicables a la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades (el mundo de los hechos científicos), lo cual contrasta con la escasez de reflexiones que nos permitan “mirar” a la medicina más allá de lo técnico-instrumental (el universo de las ideas). El problema no radica en que la visión técnica forme parte de la medicina —componente obligado e imprescindible—, sino en la reducción del ejercicio de la medicina a esa visión que la despoja de una perspectiva incluyente de la vida humana donde participen y se entrelacen los aspectos filosóficos, históricos, sociales, económicos, antropológico y hasta biológicos (aproximación transdisciplinaria), lo cual podría permitir una crítica fecunda de las limitaciones que tal reducción le impone a la propia práctica médica y un entendimiento más penetrante de las situaciones problema que debe afrontar el equipo de salud, a fin de dotar a sus acciones de mayor efectividad y alcance.

Una forma de ser...

Del aforismo “no hay enfermedades, sino enfermos” podemos derivar otra concepción de la enfermedad que se nos revela cuando actuamos como prestadores directos de los servicios de salud, pues nuestra relación primaria no es con el “objeto diabetes mellitus”: tenemos ante nosotros a ciertas personas que por su historia y circunstancias llegaron a una forma de ser que les ocasiona inconvenientes, limitaciones, malestares y sufrimientos.

Cada vez es más evidente que el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y con otras enfermedades crónicas, para tener cierta efectividad requiere cambios en el estilo de vida de tales pacientes para lograr su control. Al respecto, las formas dominantes del ejercicio de la medicina al proyectar su mirada mecanicista consideran que dichos cambios son componentes adicionales del tratamiento y forman parte del listado de prescripciones que el paciente debe observar; subyace aquí la idea de que la posibilidad de modificar los hábitos y estilos de vida es equivalente a la que supone la ingestión de un fármaco y sólo es necesario que el paciente sea

obediente y disciplinado. En tal situación, el médico suele informar al paciente acerca de la enfermedad, que en el mejor de los casos incluye aclarar malentendidos para posteriormente, con base en lo que cabe esperar en el futuro si hace caso omiso de las indicaciones, formularle recomendaciones—habitualmente un listado de prohibiciones y nuevas obligaciones— con la pretensión de “ajustarlo” o “cambiarlo” y así lograr el desiderátum de su intervención: el control de la enfermedad. Son de todos conocidas las escenas subsiguientes a ese primer encuentro entre el médico y el paciente con diabetes mellitus tipo 2: descontrol metabólico persistente, apego irregular al tratamiento, resistencia a modificar hábitos y costumbres “poco saludables”. Tal proceder del médico con escasa influencia sobre el devenir de la enfermedad, tiene sus raíces en el mecanismo que le hace creer que su papel es informar y dar instrucciones para que “la máquina funcione adecuadamente”.

Si el médico avanza hacia otras formas de percibir las situaciones problema cuestionando los presupuestos de su propia práctica, tomará distancia de ese mecanismo que le hace creer que el problema consiste en un perentorio recambio de componentes (unos hábitos por otros) y podrá aproximarse a un entendimiento más penetrante de la cualidad de la vida de la que es portador y tiene ante sí.

Lo propio de la vida es:

- a) El movimiento.
- b) El acoplamiento recíproco y perpetuo entre el organismo y el medio ambiente (que define ese carácter indisociable de uno respecto al otro, porque no existe el uno sin el otro).
- c) El cambio constante (los organismos modifican su medio, el cambio del medio ambiente modifica al organismo, que a su vez influye en el ambiente y así sucesivamente).
- d) La emergencia incesante e inacabada de novedad, que en el plano colectivo de los seres humanos adquiere la forma de cultura.

Aquí es preciso percarnos que la cultura toma las riendas de la evolución, de tal manera que ese surgimiento de novedad no supone prolongados períodos evolutivos como en el mundo natural, se manifiesta por el cambio y la sucesión interminables de los ambientes culturales

en virtud de la aparición de otras formas de pensar, de otras ideas, de otras formas de organización, de otros recursos técnicos y tecnológicos y de otras formas de acción que relevan a las precedentes y dejarán su lugar a las que emerjan en el futuro.¹² Bajo esta perspectiva, el concepto de medio ambiente incluye al mundo inanimado y sobre todo el viviente, en particular las relaciones con los miembros de la misma especie incluidas esas personas o sus obras, significativas en el plano afectivo o intelectual, tanto del orden material como del simbólico.

Tal concepción de la vida nos plantea que lo que una persona es, o mejor dicho lo que ha llegado a ser, en un proceso inexorable de modificación, resulta de una multitud de interacciones (a través del tiempo que le ha tocado vivir), entre sus predisposiciones, facilitaciones e inhibiciones congénitas y adquiridas con los diversos ambientes de los que ha formado parte a lo largo de su existencia, es decir, donde ha desplegado su experiencia. Derivado de lo anterior se comprende que las personas no pueden, en sentido estricto, controlarse mediante intervenciones directas cual si se tratara de objetos (máquinas) —atentando contra su naturaleza—; la forma como el medio influye en ellas es provocando, inquietando, desafiando, dando impulsos o estímulos más que instrucciones u órdenes fuera de contexto; además, como efecto de su historia, cada persona mostrará facilitaciones o inhibiciones que le harán responder de manera diversa ante los desafíos o provocaciones del medio ambiente.

Si consideramos las implicaciones de lo anterior para nuestro planteamiento acerca de las enfermedades crónico-degenerativas como formas de ser, podemos adelantar otro concepto de lo que es un enfermo crónico: persona que por su historia (herencia biológica y cultural, multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte) y circunstancias (constelación actual de sus relaciones con el medio ambiente), ha llegado a cierta forma de ser que le ocasiona limitaciones, malestares, sufrimientos y diversos tipos de inconvenientes. Es necesario darnos cuenta que los “estilos de vida” no son atributos de superficie, intercambiables y manipulables, sino cualidades ancladas en las entrañas; son formas de ser inveteradas que resistirán, en mayor o menor grado, cualquier tentativa de modificación.

**Leonardo
Viniegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**

¿Historia natural o historia cultural de la enfermedad?

Cabe ahora reflexionar acerca de lo que se denomina “historia natural de la enfermedad”, concepto que ha dirigido las acciones de cuidado de la salud durante numerosos decenios. Dicha noción alude a ciertos patrones de aparición y evolución propios de la enfermedad atribuibles a sus cualidades inmanentes; la enfermedad se considera una entidad objetiva, independiente y diferenciada del organismo. Tal concepción de la enfermedad crónica y su devenir ha facilitado el desarrollo de medios y procedimientos de intervención para la prevención primaria, la detección temprana y el tratamiento (curativo, de limitación del daño, sustitutivo, paliativo o rehabilitatorio).¹³

El enfoque propio de la historia natural de las enfermedades ha sido sin duda fructífero; no obstante, sus limitaciones se hacen más patentes conforme nos aproximamos al entendimiento de ciertas enfermedades crónicas. La idea de enfermedad como una entidad objetiva, autónoma, objeto de acciones técnicas e instrumentales, ha propiciado un reforzamiento de la centralidad de los médicos en todo lo relativo a la salud (iatrocentrismo), también ha facilitado que éstos perciban la participación del paciente —en el mejor de los casos— como algo secundario o complementario. En el mismo sentido, la historia natural de la enfermedad ha contribuido a la “medicalización” de la vida humana, haciendo cada vez más dependientes a las personas comunes y corrientes de un saber heterónomo cuya idea de vida plena no va más allá de la ausencia de enfermedad y donde el sentido de la vida ha sido suplantado por una actitud ciega de supervivencia a toda costa.

Si compartimos el planteamiento de que las enfermedades crónicas pueden ser mejor entendidas como formas de ser diferenciadas de ciertos grupos de personas, también nos daremos cuenta que el concepto de historia natural de la enfermedad se vuelve insostenible. Propongo el concepto de *historia cultural de la enfermedad* como alternativa que pone al descubierto lo antes mencionado: la cultura ha tomado las riendas de la evolución humana desde sus albores, lo cual explica por qué todos los aconteceres son dependientes de la cultura que, por lo mismo, influye en el tiempo de aparición, en la forma

de inicio de la enfermedad y en su evolución. Las diferentes culturas son, en lo fundamental, las manifestaciones colectivas de las formas de ser de los grupos humanos a lo largo de la historia.

En virtud de la cultura, numerosas enfermedades han desaparecido en muchas poblaciones como efecto de las vacunas, por la supresión de algún factor de riesgo o se mantienen sólo como amenazas latentes o en fase prepatogénica por modificaciones en la dieta (galactosemia o fenilcetonuria). Otras han incrementado vertiginosamente su prevalencia, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial o ciertos tipos de cáncer. Otras más han hecho su aparición, como algunas enfermedades genéticas o el sida.* En suma, las formas de vivir —de ser— propias de las diversas culturas a través del tiempo, configuran también ciertas formas de enfermar, de expresión de la enfermedad, de percibir la enfermedad, de actuar sobre ella y de morir. La historia cultural de la enfermedad, además de destacar la influencia decisiva de la cultura, también pretende llamar la atención y reivindicar todo lo que las personas en tanto pacientes pueden y deben hacer por sí mismas, papel crucial en ciertas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

La historia cultural de la enfermedad no refuta, excluye o desecha todo lo surgido desde la perspectiva de la historia natural de la enfermedad, como ciertos patrones de presentación y evolución de las enfermedades; empero, al poner el énfasis en la infinita variabilidad interindividual de expresión de las enfermedades, así como en su dependencia de la historia, las condiciones y circunstancias de existencia de cada persona, proyecta luz sobre aspectos que bajo la idea de la historia natural de la enfermedad permanecen en las sombras y son atribuidos a la naturaleza de la propia enfermedad.

El concepto de historia cultural de la enfermedad puede aportar al personal involucrado en el cuidado de la salud, otra forma de percibir y percibirse, de donde surjan ideas más penetrantes sobre la salud y la enfermedad y un mejor entendimiento de la calidad de la vida, del sentido de la existencia, para ayudar mejor a los pacientes y para comprenderse a sí mismo.

Son profundas las implicaciones que tiene el concepto de historia cultural de la enfermedad para el tema del humanismo que tanto preocupa en la actualidad; baste mencionar que

*Un ejemplo significativo es el de los indios pima, que habitan a ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos. Actualmente una proporción alarmante de la población sufre diabetes mellitus tipo 2; se considera que la resistencia a la insulina, principal factor de riesgo en este grupo étnico, es consecuencia de otra alteración que en tiempos pretéritos representaba ventajas para la supervivencia en un medio con escasez de alimentos. Aquí la cultura (estrategias de organización, utilización de recursos técnicos y tecnológicos que permiten mayor disponibilidad de alimentos y hábitos de consumo diferentes) provocó que una ventaja se transformara en desventaja

habría que ir más allá del respeto a las atribuciones del paciente, de la empatía, la beneficencia o la compasión, por citar algunos componentes relevantes del humanismo. Se trataría de reconocer la necesidad de reconstruir esa individualidad que acude a nuestra ayuda como supuesto imprescindible de nuestra actividad, y el deber de persuadir al paciente a cambiar su forma de ser y participar en las comunidades terapéuticas, como condición de toda acción técnica realmente fructífera, como analizaré adelante.

Derivado de todo lo mencionado cabría preguntarnos: ¿Cómo influir en los pacientes crónicos para que modifiquen su forma de ser y encuentren un mejor sentido para sus vidas?

La educación

La educación es, por autonomía, la actividad deliberada que pretende influir favorablemente en los demás; sin embargo, existen las más diversas concepciones y prácticas educativas

Desde hace casi dos décadas,¹⁴ propusimos una forma de entender la educación utilizando como hilo conductor la concepción de conocimiento; dentro de la *educación pasiva* agrupamos a las corrientes educativas cuya idea de conocimiento es la transmisión y el consumo de información; designamos como *educación participativa o para la participación* a aquella cuya idea de conocimiento es la elaboración, esa actividad insustituible del educando que lo lleva a desarrollar aptitudes cognitivas de poder creciente y alcance progresivo, así como puntos de vista propios, cada vez más penetrantes, sobre sí mismo y el mundo que le ha tocado vivir.

La perspectiva de la educación participativa la hemos caracterizado en diferentes escritos,¹⁵⁻¹⁷ partiendo del supuesto que participar es protagonizar la aventura del propio conocimiento. De manera muy resumida podemos decir que la perspectiva de la educación participativa se sustenta en cuatro premisas:

1. El conocimiento es, primariamente, producto de la elaboración individual —por medio de la crítica y la autocrítica— que necesariamente precede a la elaboración colectiva.
2. El autoconocimiento es un imperativo ineludible de toda elaboración fecunda que in-

tente penetrar en el conocimiento del mundo circundante.

3. La vida es, en lo fundamental, una experiencia cognitiva consciente y deliberada, de alcance progresivo e influencia creciente (crítica de la experiencia).
4. El desiderátum del conocimiento es el progreso social de nuestra gran comunidad que habita el planeta (superación de las condiciones espirituales, morales y materiales de vida de nuestra especie).

El progreso social de acuerdo con la perspectiva participativa de la educación implica un derrotero alternativo de la historia humana que nos aproxime a:

- Un fortalecimiento de los contrapesos a los intereses dominantes (el poder del capital transnacional), que conduzca a un retroceso de la desigualdad, sin lo cual no podemos acercarnos a condiciones de equidad y justicia.
- La autodeterminación y la autogestión colectiva de condiciones y formas de existencia dignas y deliberadamente asumidas.
- Una convivencia plural, respetuosa, solidaria y constructiva.
- La armonía basada en el respeto del ecosistema planetario del que formamos parte y el imperativo moral de cuidarlo.

Si ahora derivamos algunas consecuencias de las premisas de la perspectiva participativa para la educación de los médicos, teniendo como horizonte su proceder ante los enfermos crónicos, en primer término destaca la necesidad ineludible de promover la reflexión y el cuestionamiento de la mirada nosológica, altamente tecnificada, que domina abrumadoramente la práctica médica. Para tal propósito se requeriría que el médico en formación tenga acceso a otras concepciones relativas al quehacer del cuidado de la salud, que le permita confrontarlas con la visión nosológica a fin de valorar los alcances y limitaciones de unas y otras. En la actualidad existen diversas situaciones problemáticas que ameritarían incorporarse al currículo oficial de las escuelas de medicina para su análisis y discusión como, por ejemplo, las raíces del abuso de la tecnología, de la deshumanización de la medicina, del debilitamiento de la práctica clínica o de la aceptación

**Leonardo
Viniegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**

acrítica de las ideas y técnicas que vienen del extranjero; no obstante su relevancia, al ser co-laterales a nuestro propósito no las consideraré aquí. Deseo referirme a puntos de vista relativos a la experiencia humana, derivados de la perspectiva de la educación participativa, que permitan confrontar al mecanicismo imperante y hacer patentes sus debilidades.

Cuando el médico vive su experiencia como una aventura de conocimiento, cuestiona no sólo quién es (autoconocimiento) en el contexto histórico, social, político, económico y cultural que le tocó vivir, sino también lo que hace, cómo, por qué y para qué lo hace; en ese camino amplía y profundiza la perspectiva de su propia experiencia y da mayor alcance a sus acciones.

Si, por otra parte, el médico no se ha formado con una clara conciencia de la importancia que tiene el autoconocimiento en la aventura del conocer, difícilmente podrá considerarlo cuando se esfuerza para que sus pacientes crónicos cambien sus hábitos y estilos de vida.

Como decíamos antes, los seres vivos no pueden controlarse desde el exterior con intervenciones directas cual si se tratara de objetos, se puede influir en ellos provocándolos, inquietándolos, es decir, motivándolos. He aquí uno de los aspectos clave que pierde de vista la educación para la salud en su forma tradicional: no se trata de informar, sino de motivar al paciente a cambiar; se trata de impulsarlo y estimularlo para iniciar o continuar su acercamiento hacia otra forma de ser que le permita sobrellevar de mejor manera su enfermedad. El aspecto decisivo para que ese acercamiento sea efectivo y fructífero es despertar un genuino deseo de autoconocimiento de parte del paciente; es decir, que se formule interrogantes como quién soy, cómo soy, por qué soy de una manera y no de otra, por qué soy diferente, cómo quiero ser, qué estoy dispuesto a hacer para lograrlo, qué me gusta, qué me disgusta, cuáles son mis preferencias, cuáles son mis razones profundas para vivir...

La práctica clínica

El médico que no ha desarrollado esa habilidad versátil de motivar y encauzar —por la vía del autoconocimiento— a la diversidad de pacientes que acuden a su consulta, para que se aproxi-

men a otra forma de ser que les permita una existencia más serena y satisfactoria, llevará a cabo su proceder con escasa trascendencia y sus recomendaciones serán, a menudo, contraproducentes. Superar estas limitaciones conlleva graves implicaciones para el quehacer clínico actual, requiere replantearse en varios sentidos para escapar a la extinción a la que parece condenado:

a) En primer lugar destaca la necesidad inaplazable de su reivindicación —en los hechos— como el eje insustituible de la labor del médico genuinamente comprometido con su profesión y que aspira a la superación permanente. Para aproximarse al conocimiento de la persona enferma e influir favorablemente en ella, el médico requiere establecer una relación cercana, provisto del conjunto de habilidades prácticas y metódicas necesarias. Dentro de las primeras adquiere primacía la de educar, cuya base es suscitar una motivación vigorosa, apelando al autoconocimiento del paciente, y cuyo sentido es encauzarlo hacia formas de ser más satisfactorias y deliberadamente asumidas.

b) Otro aspecto es la primacía que debe tener lo cognitivo sobre lo técnico e instrumental; la labor clínica fecunda implica un proceso de conocimiento (inacabado), de ahí que cuestionar lo que se hace, cómo se hace, por qué se hace, idear nuevas formas de realizarlo, ponerlas a prueba, valorar los alcances y limitaciones de lo que se realiza, etc., son aspectos cognitivos de la experiencia clínica sustentados en la autocritica, que permiten un esclarecimiento progresivo de la situación problema representada por cada paciente y su contexto. También de lo cognitivo depende no sólo alcanzar la pericia en la ejecución de procedimientos, sino que sean oportunos, cuidadosos, adecuados a las circunstancias, beneficiosos e individualizados a las características de cada paciente. Por nuestra parte, hemos propuesto el concepto de *aptitud clínica* para destacar ese carácter cognitivo originario y fundamental con el que surgió la experiencia clínica, que apela a la autocritica y busca el desafío constante, lo que hace posible su perfeccionamiento incesante manifestado en la prestancia para establecer una relación apropiada con el paciente, que haga posible el proceso de indagación y el despliegue de las habilidades clínicas que cristalicen en decisiones y acciones de efectividad cre-

ciente, alcance progresivo y pertinencia cada vez mayor a las circunstancias y situaciones cambiantes de los pacientes.¹⁸

c) Finalmente, el tercer aspecto a reconsiderar se relaciona con algunas de las implicaciones que tiene, para el quehacer clínico, el concepto de historia cultural de la enfermedad. De entrada nos lleva a cuestionar la visión iatrocéntrica que ha dominado el trabajo clínico hasta nuestros días; bajo esta mirada, las percepciones del médico acerca del paciente y su situación y de su propio papel, se sustentan en la idea de enfermedad como objeto y en la de su protagonismo de experto como la mejor vía de solución al problema. El iatrocentrismo suele excluir otras miradas por considerarlas carentes de autoridad y validez; en el mismo sentido, al erigir al médico como el depositario del saber relevante que puede beneficiar al paciente, tiende a subordinarlo a su parecer y suele desestimar o descalificar la iniciativa de éste respecto a sus preocupaciones, inquietudes o deseos. Si la práctica clínica aspira a mayor efectividad y alcance, es preciso que avance hacia un “descentramiento” de la mirada médica en la percepción del paciente y en el cuidado de la salud, que intente reconstruir las condiciones y circunstancias de su existencia para caracterizar de manera más penetrante el problema clínico que tiene ante sí; que procure “ponerse en los zapatos del paciente” a la hora de formular sus recomendaciones y que se dé cuenta que el paciente debe ser el protagonista en las decisiones relativas a su propia vida, tanto en la enfermedad como en la salud, y que ese protagonismo será efectivo cuando haya surgido su interés y motivación por el autoconocimiento.

Como consecuencia de lo anterior, el médico tendría que reconocer en las comunidades terapéuticas (grupos organizados de pacientes solidarios y de apoyo recíproco), también llamadas grupos de autoayuda, los ambientes más propicios para que los pacientes inicien o fortalezcan su caminar en el autoconocimiento, cobren conciencia de su nueva situación, elaboren los conflictos suscitados por la aparición de la enfermedad, se motiven a cambiar con el ejemplo de otros —sus pares—, se autoafirmen, adquieran iniciativa para su autocuidado y valoren cómo sus posibilidades de autodeterminación pueden ir en aumento (menor dependencia de la institu-

ción de salud). Bien miradas las cosas, las comunidades terapéuticas que hayan avanzado hacia formas de organización propias, donde las necesidades, inquietudes, preocupaciones, aspiraciones, preferencias y deseos genuinos de los participantes encuentren salida, elaboración y atención, deberían constituirse en la estrategia primaria de intervención para los enfermos crónicos, particularmente los que padecen diabetes mellitus tipo 2.

La educación es el mejor recurso para favorecer a los pacientes crónicos, pero no ese tipo de educación que se centra en informarlo sobre su enfermedad y que emana de la institución de salud, sino la que es propia de las comunidades terapéuticas maduras, donde se motiva, encauza y estimula a cambiar paso a paso, en aproximaciones sucesivas, apelando al autoconocimiento, que lo conduzca a un verdadero autocontrol de ciertas facetas de sí mismo, condición necesaria para un autocuidado efectivo y pleno de sentido.

Este tipo de educación centrada en la motivación es precisamente la que explica el éxito de ciertas comunidades terapéuticas. Es incomparable el poder motivacional que tiene el ejemplo de “otro” aquejado por la misma enfermedad, que ha logrado sobreponerse y alcanzar una situación de estabilidad, aceptación de sí mismo y satisfacción. Hoy día, la participación de las comunidades terapéuticas de los pacientes organizados se considera un complemento deseable en el tratamiento de los pacientes crónicos y en especial los diabéticos; la mirada iatrocéntrica nos impide apreciar que debería ser el eje en la búsqueda del “control” de las enfermedades crónicas. En tanto el paciente no se acepte como tal, no progrese hacia otra idea de su propia vida que lo convenza de la necesidad y lo disponga a asumir nuevos hábitos en su vida cotidiana con el consenso y el apoyo de su núcleo familiar, los alcances de las recomendaciones del médico serán escasos, por más que estén científicamente sustentadas.

**Leonardo
Viniegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**

Lo social y la enfermedad crónica

edigraphic.com

En el intento por esclarecer la relación entre el ambiente (sociocultural) y la expresión de las enfermedades crónicas, recurriré, una vez más, al ejemplo que nos aporta la diabetes mellitus tipo 2. Así, podemos apreciar que en la búsqueda

del control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por parte del médico y las instituciones de salud, se suelen perder de vista las profundas diferencias de nuestra población —un abigarrado mosaico de culturas y tradiciones— respecto a las culturas de las que provienen las nuevas ideas y las miríadas de hechos relativos a la causalidad, diagnóstico, curso clínico, pronóstico, prevención y tratamiento de dicha enfermedad. Las estrategias de prevención o tratamiento aceptadas y efectivas en ciertas comunidades, pueden ser inaplicables o inaceptables para otras.

Advirtamos cómo nuestra sociedad, surcada por profundas desigualdades, donde vastas mayorías deben asegurar su sobrevivencia cada día, está en gran medida imposibilitada para desarrollar una visión y una actitud anticipatorias de su propia existencia; es decir, difícilmente puede reconocer y dar prioridad a las acciones (individuales y colectivas) que realizadas en el presente apuntan a modificar favorablemente el futuro previsible. Tal limitación con profundas raíces históricas que se encuentra en las entrañas de nuestra cultura, es un formidable obstáculo para promover cambios en la forma de ser de los pacientes diabéticos cuando la enfermedad es “silenciosa”, justamente cuando las modificaciones en los hábitos y estilos de vida pueden tener un efecto más beneficioso. Si los inconvenientes, las limitaciones, los malestares o los sufrimientos atribuibles a la enfermedad están ausentes o son mínimos, ¿cómo esperar que nuestras recomendaciones al paciente acerca de cambios en sus hábitos de vida se cumplan? En estas condiciones tales imposiciones o exhortaciones funcionan como “dolorosas prohibiciones y nuevas obligaciones” sin sentido. A escala social difícilmente podrá desarrollarse una actitud anticipatoria, porque el mañana inmediato es incierto para la mayoría de los pacientes que sólo pueden asegurar su sobrevivencia en el corto plazo.

Al proyectar nuestra mirada a través del concepto de historia cultural de la enfermedad, podemos darnos cuenta que las enfermedades crónicas reflejan la multiplicidad de las formas de ser de las colectividades, que en nuestro país adquieren expresiones variadas y peculiares como efecto del entrelazamiento de:

a) *Lo histórico*: una vasta colectividad multiétnica y pluricultural donde subyace nuestra ma-

yor riqueza y potencialidad como país, escindida ancestralmente por las relaciones desiguales, la intolerancia y la discriminación; subordinada a intereses foráneos que en cada época a partir de la conquista, saquean la riqueza socialmente creada. En la actualidad, el predominio de los intereses del capital transnacional acrecienta la desigualdad, la marginación y la pobreza. También como efecto de la subordinación impuesta por ese “exterior” dominante y expliador, y de la sucesión de gobiernos autoritarios y corruptos, son comunidades marcadamente pasivas, conformistas y fatalistas.

b) *Lo social*: en virtud de esa pasividad acentuada de la abrumadora mayoría de la población —con profundas raíces históricas—, no emergen los desafíos, las exigencias y las presiones a gran escala sobre las instituciones sociales. De tal forma, éstas en su conjunto con múltiples matices, refuerzan su autonomía y su distanciamiento de la sociedad civil, introduciéndose en una lógica organizativa que las degrada;¹⁹ además, sin contrapesos a su accionar, adolecen de anquilosamiento, obsolescencia, inefectividad y al desarrollar sus políticas y directrices para el corto plazo, poco inciden en los enormes rezagos y contribuyen a agravar las manifestaciones de la desigualdad imperante.

c) *Lo político*: las relaciones de poder marcadamente asimétricas ahondan las desigualdades; grandes sectores de la población carecen de lo más elemental pues sus intereses permanecen en la sombra; por otro lado, el predominio abrumador de los intereses propios de las minorías opulentas que pueden disponer sin límite de bienes y servicios (cuyo papel es el de agentes encargados del acrecentamiento y concentración del capital transnacional que domina el planeta), condiciona la escasez presupuestaria de las instituciones sociales que se debilitan o mueren de inanición. Esta escasez no es el destino inexorable de tales instituciones, como se ha hecho creer, sino reveladora de que dentro de las prioridades de las políticas del Estado y del gobierno —a las que se destinan preferentemente los recursos— las instituciones sociales tienen, en los tiempos que corren, un lugar secundario.

d) *Lo económico*: la industrialización tardía, dependiente y el intercambio desigual con las economías dominantes, ha provocado la salida hacia el exterior —en forma de capital— de la riqueza

creada por el trabajo colectivo. La “flaqueza” crónica de la economía requiere del endeudamiento progresivo que agrava la situación, manifestado por desempleo creciente que condiciona salarios castigados, un mercado interno débil con la consecuente migración interna (del campo a las ciudades) y externa, y la evasión hacia la delincuencia en todas sus formas “rentables”. Además, la concentración de la riqueza cuyo efecto es la generalización de la pobreza, provoca que las llamadas clases medias sean cada vez más reducidas.

e) *Lo cultural*: un compendio de todo lo anterior se manifiesta en una gran diversidad en cuanto a creencias, valores, tradiciones, hábitos, usos, costumbres, actitudes, aspiraciones, saberes, expresiones colectivas, formas de organización, manifestaciones artísticas, dotación de recursos materiales, disponibilidad de bienes y servicios, utilización de recursos técnicos y tecnológicos todo lo cual moldea, matiza y diversifica al infinito las formas de ser individuales. Lo anterior, llevado al asunto motivo de nuestras reflexiones, podemos expresarlo con las siguientes palabras: el movimiento social con las características anotadas, es el principal generador de las formas de expresión —cuantitativa y cualitativa— de las enfermedades crónicas en nuestro país, donde la diabetes mellitus es la más representativa; de ahí que la afirmación “la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 se disemina sin control efectivo” es reveladora de una epidemia culturalmente determinada. Tales aseveraciones no pretenden significar que las predisposiciones genéticas no operan; subrayan que la forma de manifestación de tales predisposiciones depende de los diferentes contextos sociales (culturales) con su enorme diversidad e intrincada complejidad.

Si compartimos el punto de vista de que el concepto de historia cultural de la enfermedad permite un entendimiento más penetrante de las enfermedades a escala social, nos daremos cuenta que la tarea que el Estado y el gobierno asignan a las instituciones públicas de salud de atender con efectividad a la multitud de pacientes con enfermedades crónicas, en particular los afectados por diabetes mellitus tipo 2, rebasa por completo las posibilidades de aquéllas—con mayor razón por las restricciones presupuestarias—porque no se trata, en sentido estricto, de un “pro-

blema de salud”, sino de las manifestaciones de un movimiento social donde se profundizan las desigualdades que deriva en escasas oportunidades de progreso espiritual, moral y material para las grandes mayorías de la población, caracterizadas por rasgos acentuados de pasividad, conformismo e inmediatez en su proceder y con tradiciones y costumbres arraigadas. Ningún sistema de salud podrá responder al gigantesco y abrumador desafío de “controlar” a los pacientes diabéticos, menos aún a compensar las limitaciones inherentes al transcurrir de la enfermedad.

Continuando con el ejemplo de la diabetes mellitus tipo 2, se comprende con lo antes dicho que no es la educación tradicional que “instruye” al paciente acerca de su enfermedad, la estrategia más promisoria para contender con las necesidades de atención de los enfermos diabéticos, sino esa educación que apelando al autoconocimiento motiva, encauza y estimula al paciente hacia formas de ser que impliquen el autocontrol. De hecho, el control exterior que el médico procura y en ocasiones cree haber logrado es en gran medida ilusorio, es en el paciente en quien recae la posibilidad de lograr hábitos que conduzcan al anhelado control que tan afanosamente persigue el médico. Sin embargo, no perdamos de vista que la educación logra sus efectos a mediano y largo plazos. La educación que infunde poderosas motivaciones para cambiar ocurre preferentemente al interior de las comunidades terapéuticas de pacientes, consideradas como complemento de la labor de las instituciones de salud y que en no pocas ocasiones ven obstaculizada su integración o su funcionamiento, por lo mismo, las comunidades terapéuticas no sólo son escasas, sino que suelen tener una autonomía muy acotada que restringe su desarrollo y maduración. Así, resultan notoriamente insuficientes ante la demanda potencial de los pacientes crónicos, y las que se han configurado suelen tener vidas breves con serios problemas para desplegar todas sus potencialidades en beneficio de sus integrantes porque generalmente nacen y permanecen supeditadas a la institución de salud.²⁰

Después de las consideraciones precedentes resulta necesario enfatizar que *la anticipación* es el verdadero sentido de la educación participativa enfocada al ámbito de las enfermedades crónicas, es decir, el arribo a mejores formas de ser

**Leonardo
Viniegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**

de las colectividades —que implica la superación, en cierta medida, de las condiciones de existencia— que impidan o retarden la aparición de la enfermedad. De ahí que los esfuerzos educativos deben ir mucho más allá de los confines de las instituciones de salud, incursionar en los espacios donde los grupos de niños, adolescentes y jóvenes están en proceso de interiorizar formas de ser propiciadas por el medio ambiente donde se desenvuelven. Es aquí donde las estrategias educativas serán de mayor alcance precisamente porque los niños y jóvenes están poco rigidizados en sus hábitos, son más maleables y susceptibles a las influencias educativas que promuevan mejores hábitos de vida, sobre todo si se les interesa, motiva y encauza; además, es bien conocido el papel de “jueces insobornables e implacables”, que suelen asumir los niños como agentes de cambio de hábitos en el seno familiar cuando están convencidos de ello.

Epílogo

A lo largo de este ensayo he propuesto otra forma de aproximación y de percepción de las enfermedades crónicas, utilizando la diabetes mellitus tipo 2 como ejemplo ilustrativo.

La enfermedad como forma de ser —más que desviación del sendero de la salud—, es uno de los conceptos desarrollados en la búsqueda de un entendimiento más penetrante de las enfermedades, que tiene como punto de partida obligado a las características genéricas y particulares de las personas que las padecen. También he criticado el mecanismo como visión dominante del organismo, destacando algunas de las cualidades más distintivas de la vida.

Al proponer el concepto de *historia cultural de la enfermedad* pretendo configurar una alternativa al de historia natural de la enfermedad que ha dominado y dirigido la práctica médica durante muchos decenios. Ubicar a la cultura —con todo lo que implica— como el hilo conductor para explicar las enfermedades crónicas en su manifestación colectiva, pretende hacer evidente cómo las condiciones y circunstancias de vida de las personas son decisivas en las formas de expresión y evolución de las enfermedades crónicas. Para este propósito especificué lo más característico de lo histórico, lo social, lo político,

lo económico y lo propiamente cultural de nuestro país, a fin de que nos aproxime al entendimiento de nuestras diferencias respecto a otras culturas de las que solemos tomar acriticamente ideas, formas de organización, técnicas o innovaciones tecnológicas.

He destacado el papel de la educación en la problemática de las enfermedades crónicas, formulé una crítica de la educación tradicional de corte instruccional e informativo por sus escasos alcances e intenté mostrar cómo la educación participativa que motiva, encauza y estimula a las personas a cambiar, es superior por sus premisas, sus alcances en los espacios propiamente educativos y sus mayores potencialidades en el ámbito que nos ocupa. Destaqué con especial énfasis el lugar fundamental que tiene el autocognocimiento no sólo como premisa de la perspectiva participativa de la educación, también para replantear la concepción misma de la educación para la salud. De los conceptos propuestos he derivado algunas implicaciones para la práctica clínica y esbozado el tipo de habilidades prioritarias a desarrollar en los médicos en formación.

Mi propuesta de un “descentralamiento” de lo institucional en el cuidado de la salud, donde la iniciativa de los pacientes en pro de sus intereses y necesidades sea lo primordial, si bien no tiene factibilidad al corto plazo —por la extrema pasividad social—, constituye otra forma de percibir la problemática de las enfermedades crónicas, un horizonte de lo posible y puede orientar otra forma de actuar de los prestadores de los servicios de salud y de los propios pacientes.

El concepto de participación llevado al ámbito de los pacientes crónicos implica el despliegue de su iniciativa colectiva y la edificación paulatina de condiciones sociales más propicias para la vigencia de sus intereses y la satisfacción de sus necesidades. En esa progresión divergente de los usos y costumbres, que deja atrás al iatrocentrismo, resultan imprescindibles las comunidades terapéuticas como estrategia primaria de cuidado de la salud, siempre y cuando representen, hagan valer y respondan a los intereses de los participantes.

Conviene insistir en que el equipo cuyo encargo es el cuidado de la salud, debe priorizar otro tipo de educación del paciente crónico,* capaz de motivarlo y encauzarlo para el autoconoci-

*Preferentemente como integrante de comunidades terapéuticas desarrolladas, maduras, con elevado grado de autonomía respecto a las instituciones, garantes de los intereses de los pacientes donde éstos se organicen de acuerdo a sus preferencias, inquietudes, preocupaciones y aspiraciones

miento, estimularlo para que pueda aproximarse gradualmente hacia otras formas de ser, cuyo significado consista en mejores circunstancias de existencia y hábitos de vida personal y familiar más saludables, lo cual le permitirá arribar a un auténtico autocontrol y asumir lo que le corresponde en su autocuidado. Sólo así, las diversas estrategias de intervención que forman parte del cuidado de la salud estarán dotadas de sentido y podrán tener verdadera efectividad y alcance.

Concluiré con una paráfrasis del epígrafe de este ensayo: de lo que se trataría es de que la enfermedad crónica —acompañante cada vez más habitual de los humanos— se constituya en un medio privilegiado para conferirle sentido a la existencia, es decir, nos aproxime a una filosofía de la vida.

Referencias

1. World Health Organization. The Diabetes Program. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2000. México: Secretaría de Salud, DGE; 2001.
3. Aguilar-Salinas C, Velázquez MO, Gómez-Pérez FJ, González CA, Lara EA. Characteristics of patients with type 2 diabetes in México. *Diabetes Care* 2003;26:2021-2026.
4. IMSS. Información Estadística en Salud. México: CodeIM; 2004.
5. Remuzzi G, Schieppati A, Ruggenenti P. Nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2002;346:1145-1157.
6. England J, Asbury A. Peripheral neuropathy. *Lancet* 2004;363:2151-2161.
7. Freeman Roy. Autonomic peripheral neuropathy. *Lancet* 2005;365:1259-1270.
8. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025 prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21: 1414-1431.
9. Salcedo RA, García-de Alba GJ. Programa de atención integral al paciente diabético tipo 2. México: IMSS/CONACYT/UISSESS; 2004.
10. Viniegra VL. Acerca de la significación biológica. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México: UNAM, Coordinación de Humanidades; 1988. p. 51-92.
11. Capra F. Las conexiones ocultas. Barcelona: Anagrama; 2003. p. 138-143.
12. Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS* 2005;43(4):305-321.
13. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach. New York: McGraw Hill, 1958. p. 13-39, 205-259.
14. Viniegra VL. Los intereses académicos en la educación médica. *Rev Invest Clin* 1987; 39:281-290.
15. Viniegra VL. Educación y crítica. El proceso de elaboración de conocimiento. México: Paidós; 2002.
16. Viniegra VL, Aguilar ME. Hacia otra concepción del currículo. Un camino alternativo para la formación de docentes-investigadores. Segunda edición. México: IMSS; 2003
17. Aguilar ME, Viniegra VL. Atando teoría y práctica en la labor docente. México: Paidós; 2003.
18. Viniegra VL. La formación de especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Hacia un nuevo sistema de evaluación. *Rev Med IMSS* 2005;43:141-153.
19. Viniegra VL. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud, ¿por qué deben ser distintas? *Rev Med IMSS* 2004;42:37-53.
20. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004;364: 1523-1537. 

**Leonardo
Vinegra-Velázquez.**
**Enfermedades crónicas
y educación**