



La educación médica continua. Parte 2. Educación para la salud, profesionalismo, preparación, servicio

Francisco Aguilar Rebolledo*

* Director Médico Centro
Integral de Medicina Avan-
zada, A.C.

Solicitud de sobretiros:
Clínica CIMA, A.C.
Domingo Alvarado Núm. 18
Colonia Unidad Veracruzana
91030
Xalapa, Veracruz, México
Teléfono 01 (228) 817 7668
Web:
www.plasticidadcerebral.com
E-mail:
fran_aguilar_invest@yahoo.com.mx

RESUMEN

En la educación médica continua, el ejercicio actual de la medicina reclama con insistencia mantener, desarrollar e incrementar los conocimientos que acreditaron en su momento; por un lado, tenemos el crecimiento inagotable de conocimientos científicos que a cada instante se formulan, se investigan y pasan al terreno de la aplicación.

Por otro lado, el avance incesante de nuevos recursos tecnológicos de utilidad tanto en la esfera diagnóstica como terapéutica de las diversas enfermedades en cualquier área del conocimiento médico y que sin duda, ha facilitado en gran medida la labor profesional.

La educación médica continua debe verse como un remedio a las deficiencias formativas, una intervención directiva para corregir desviaciones, una estrategia para renovar conductas como un sistema de perfeccionamiento de los conocimientos en la salud para ofrecer a los pacientes siempre lo mejor.

PALABRAS CLAVE: Educación médica continua, educación para la salud, conocimiento, profesionalismo, servicio, preparación.

ABSTRACT

Continuous Medical Education is the medium to kept at physician in the current exercise of the medicine claims with insistence to maintain, to develop and to increase the knowledge that credited in its moment, on one hand, we have the inexhaustible growth of scientific knowledge that you/they are formulated to each instant they are investigated and they pass to the land of the application.

On the other hand, the incessant advance of new technological resources of utility so much in the diagnostic sphere as therapy of the diverse illnesses in any area of the medical knowledge and that without a doubt, they have facilitated in great measure the professional work.

The continuous medical Education should it turns as a remedy to the formative deficiencies, a directive intervention to correct deviations, a strategy to renovate behaviors like a system of improvement of the knowledge in the health to always offer the patients the best thing.

KEYWORDS: Continuous medical education, education for the health, knowledge, professionalism, social service, trying.

Plast & Rest Neurol
2006;5 (2): 15-21

INTRODUCCIÓN

El ejercicio actual de la medicina reclama con insistencia mantener, desarrollar e incrementar los conocimientos que acreditaron en su momento el título universitario, lo cual lo habilita y autoriza para ejercer una profesión. Este documento otorgado con el aval de la Autoridad Universitaria y valido a nivel nacional le permite al otorgante la licencia para practicar con solvencia la profesión de médico.⁽¹⁾

La educación médica nace con el primer día universitario y concluye con la misma vida. Se desarrolla en tres etapas: el pregrado, que concluye con el título profesional, éste puede enlazarse con la formación en una especialidad determinada e imperceptiblemente prosigue con la denominada educación médica continua.⁽²⁾

Actualmente, el ejercicio profesional de la medicina exige:

- Profesionalismo,
- Un buen entrenamiento,
- Compromiso.

Profesionalismo porque cada vez que el médico se encuentre frente al paciente tendrá que conocer a través de la anamnesis y la exploración una opinión o diagnóstico lo más cercano posible y podrá decirle a su paciente que su opinión es calificada porque tiene *un buen entrenamiento* y que ésta sería igual o semejante a la que recibiría en los mejores lugares del mundo donde se ejerce una medicina científica; una vez que se emite la opinión o el diagnóstico se adquiere el *compromiso*, ese equilibrio de los beneficios y los riesgos al indicar cualquier tipo de terapia (Cuadro I) con una actitud responsable para conocer esta información lo más actualizado posible.⁽³⁾

La educación médica continua le permite dar una respuesta objetiva a la pregunta: *¿Qué posibilidades de curación tengo doctor? ¿No me podría dar un porcentaje?*

La estimación de una tasa o porcentaje de curación o mejoría de una enfermedad se relaciona con los resultados de estudios clínicos sobre ese diagnóstico en particular, en un hospital en varios hospitales, en nuestro país o en otros países, ya que los promedios pueden variar; por tanto, podemos hablar de rangos de mejoría o curación o complicaciones, etc. siempre citando las fuentes de la información.

Cuadro I. Estrategias para mejorar su actualización

Educativas

Capacitación

- Educación formal (fuera del servicio)
- Educación informal (durante el servicio)

Materiales impresos

- Literatura clínica (revistas científicas, nacionales y extranjeras)
- Boletines terapéuticos
- Manuales formularios

Información de la Red Internet

- Páginas de actualización en medicamentos
- Páginas de actualización en el interés de la especialidad
- Páginas de actualización en lineamientos de patologías

Comunicación con otros centros (sesiones, computadora, cursos)

Virtual o presencial

- Telemedicina
- Teleconferencia
- Cursos básicos
- Cursos de actualización

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DAR ESA INFORMACIÓN ACTUALIZADA?

Es importante que el paciente conozca que las estimaciones se hallan disponibles en diversos sitios en la red en páginas Web, o revistas, etc.; esto le permitirá al paciente realizar un balance de beneficios o riesgos, sea tratamiento médico o quirúrgico, para ser analizados con su familia o permitirle individualmente tomar su decisión, o tal vez decidirse por una segunda opinión, aunque la mayoría de los gobiernos de los países establecen que «...los pacientes tienen el derecho de esperar un servicio de atención médica de primera clase. Y en los servicios de primera clase no hay segundos niveles».⁽²⁻⁴⁾

Por tanto, el médico clínico en la actualidad debe estar dentro de un proceso de educación médica continua preparado para trabajar en un contexto de servicio, compromiso y legitimación oficial dentro de la sociedad en la que se encuentra inserto.

LA EDUCACIÓN

La educación es en esencia esa actividad deliberada que pretende influir favorablemente en los demás; sin embargo, existen las más diversas concepciones y prácticas educativas. Varias décadas atrás, distintos órganos, consejos y academias se han propuesto un curso de educación médica continua debido, entre otras cosas, a la apatía del médico de mantenerse actualizado con los avances científicos aplicables a su práctica clínica cotidiana y, quizás, por la falta de recursos económicos y facilidades para lograr ésta.⁽⁵⁾

Lo curioso es que nadie discute la importancia de la educación; sin embargo, las diversas propuestas educativas no se han desarrollado como se esperaría. Los médicos ya formados, sobre todo en provincia, siempre encuentran problemas personales, laborales, familiares, a veces ni siquiera relacionados con la necesidad de promover su desarrollo personal, mejorar su información y conocimiento y aplicarlos en prevención y promoción de la salud.⁽⁶⁾

Esta plétora de nueva información científica actualizada en las enfermedades más prevalentes del país y de su comunidad, permitirá que la educación intervenga en el profesional en un mejor desarrollo cerebral, mayor plasticidad cerebral y una mejor relación entre la salud y la educación para la salud, de aquí que la educación médica continua sea adoptada como una experiencia reflexiva y formativa, que sin duda influirá en la mejor atención de sus pacientes.⁽⁷⁾

De una manera resumida se puede decir que la perspectiva de la educación se sustenta en cuatro premisas:⁽⁸⁻¹⁰⁾

1. El conocimiento es, primariamente, producto de la elaboración individual por medio de un abordaje crítico y autocrítico que necesariamente precede a la elaboración colectiva.
2. El autoconocimiento y la actualización del mismo es un imperativo ineludible de toda creación fecunda que intenta penetrar en el conocimiento con aprendizaje signifi-

ficativo, es decir, aquel que supone la adquisición de nuevos significados a partir del material aprendido.

3. La vida profesional es, en lo fundamental, una experiencia cognitiva consciente y deliberada, de alcance progresivo e influencia creciente (crítica de la experiencia).
4. El 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). Especialmente en el servicio a los demás en el caso de la práctica médica.

Si ahora derivamos algunas consecuencias de las premisas anteriores en cuanto a la perspectiva participativa para la educación médica continua de los médicos de primer contacto, generales, familiares, especialistas, licenciados en nutrición, psicólogos, rehabilitadores y cualquier profesional de la salud relacionado con el contacto directo con nuestros iguales pero con una enfermedad, ellos necesitan un conocimiento actualizado producto de las experiencias cognitivas del aprendizaje significativo de los cursos de educación médica continua.

PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA LOCAL

Educación para la salud

Por lo tanto, teniendo como horizonte su proceder ante los enfermos ya sea con una condición de enfermedad aguda o

crónica, 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.^(9,11) Para tal propósito se requiere que el médico reciba una formación médica continua como el Diplomado de Educador en Diabetes que se realiza en la ciudad de México a través de la Federación Mexicana de Diabetes y en la ciudad de Xalapa Veracruz, México, a través del Centro Integral de Medicina Avanzada, A.C. (CIMA) y la coordinación del Maestro en Ciencias e Investigador Asociado, Dr. Francisco Aguilar Rebolledo, donde se apuesta a que el profesional tenga acceso a otras concepciones relativas al quehacer del cuidado de la salud, dentro de las enfermedades más prevalentes de la comunidad como la diabetes mellitus y sus complicaciones, que le permita confrontarlas con la visión clínica de salud y enfermedad con el fin de valorar los alcances y limitaciones de unas posiciones u otras.

En la actualidad existen diversas situaciones problemáticas que ameritarían incorporarse al currículum oficial de las escuelas de medicina para su análisis y discusión como, por ejemplo, epidemiología de las enfermedades más frecuentes en su comunidad; en el caso de Veracruz la diabetes mellitus sería la enfermedad más prevalente (Figura 1), la cual debe ocupar el centro de atención para los profesionales de la medicina y en el caso de los estudiantes iniciar un proyecto dentro de su actualización curricular que incluya una práctica en la comunidad con los pacientes diabéticos, educándolos al

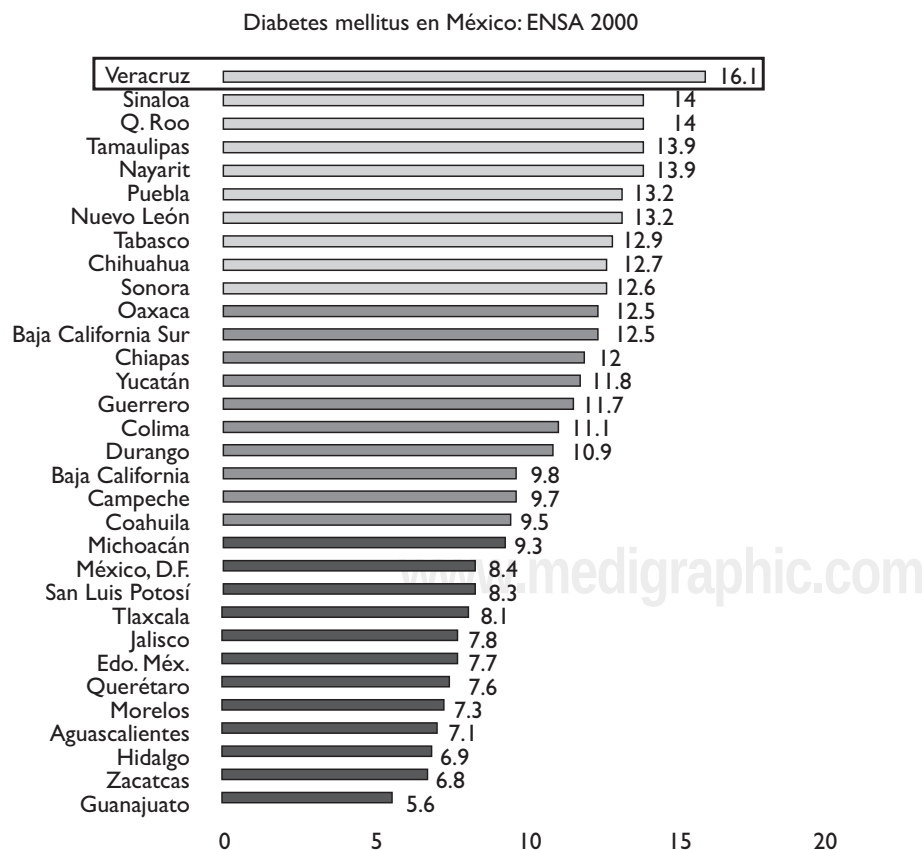


Figura 1. Prevalencia de la diabetes mellitus en México en el año 2000 (ENSA).⁽¹²⁾

monitoreo diario de su glucosa, en la dieta y en el ejercicio físico, además del uso de las insulinas y los hipoglucemiantes orales; otra problemática es la bioética del profesional ante la deshumanización de la medicina, frente a la enfermedad y la pobreza, lo cual fractura la esencia original del ser médico.⁽³⁾

Ese debilitamiento de la práctica clínica o de la aceptación acrítica de las ideas y técnicas sólo por venir del extranjero y menospreciar las de nacionales con sólida formación y al mismo nivel que el mejor del mundo, y aun con más meritos curriculares, pero al fin y al cabo mexicanos y paisanos, no se aprecia, y se descarga la envidia como la espada de Damocles y brota desde nuestro yo interno la cizaña, esa herencia *Malinchista* que no nos permite congratularnos ni con nuestros propios méritos.

Cuando el médico vive su experiencia como una aventura de conocimiento, cuestiona no sólo quién es (autococimiento) en el contexto histórico, social, político, económico y cultural que le tocó vivir:

También cuestiona 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, con espíritu de servicio y conciencia de ser un detonador social para el bien de los demás.

«EL EDUCADOR EN DIABETES». UN MODELO ESPECIAL Y NECESARIO

Profesionalismo

Un tema especial en la educación médica continua es el relacionado con la diabetes, lo que ahora conforma «El Diplomado para Educadores en Diabetes», una forma de entender la educación utilizando como hilo conductor la concepción de conocimiento; dentro de la educación pasiva se agruparon diversos temas de varias especialidades relacionados con lo que ahora se conoce como el síndrome metabólico. El conocimiento es la transmisión y el consumo de información; la educación participativa se requiere para la adquisición del conocimiento significativo, generando habilidades para la elaboración de una actividad insustituible del educando que lo lleva a desarrollar aptitudes cognitivas de poder creciente y un alcance progresivo, así como puntos de vista propios, cada vez más penetrantes, sobre sí mismo y el mundo que le ha tocado vivir, especialmente en esta enfermedad tan prevalente en el mundo y particularmente en nuestro país.⁽¹³⁾

Si, por otra parte, el médico no se ha formado con una clara conciencia de la importancia que tiene el conocerse a sí mismo en la aventura del saber, difícilmente podrá considerarlo cuando se esfuerce para que sus pacientes crónicos cambien sus hábitos y estilos de vida; como sabemos, es necesario en la diabetes para evitar las complicaciones.

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 y educar al paciente a cambiar; se trata de impulsarlo y estimularlo para iniciar o continuar su acercamiento hacia otra forma de ser con hábitos distintos que le permitan sobrellevar de mejor manera su enfermedad.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

El aspecto decisivo para que ese acercamiento sea efectivo y fructífero es despertar un genuino deseo de aprender para sí y para los demás; el estar mejor preparado mejora la autoestima del médico y colateralmente mejora la atención 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 (*sé que con el diplomado perderé algunas cosas, pero sin duda ganaré muchas más, más valiosas y perennes*), ¿qué me gusta?, ¿qué me disgusta?, ¿cuáles son mis preferencias?, ¿cuáles son mis razones profundas para vivir?... recordando el aforismo de San Francisco el que «*no vive para servir no sirve para vivir*».

Del aforismo «no hay enfermedades, sino enfermos» podemos derivar otro concepto 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 desarrollaron esa enfermedad que les ocasiona inconvenientes, limitaciones, malestares y sufrimientos.⁽¹⁷⁾

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 para lograr un buen 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.⁽¹⁸⁾

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 pretensión de «ajustarlo» o «cambiarlo» y así lograr el efecto 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:⁽¹⁹⁾

- 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 mecanicismo 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 mecanicismo que le hace creer que el problema consiste en un perentorio recambio de componentes (unos hábitos por otros), podrá aproximarse a un entendimiento más penetrante de su intervención con sus pacientes: «somos diferentes somos iguales» (Federación Mundial de Diabetes 2006-2007).⁽²⁰⁾

LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS. UN PROBLEMA ANCESTRAL

Preparación

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación económica demandan. Su incidencia parece estar creciendo debido a la mayor esperanza de vida en general y a la preservación de la vida del paciente diabético, lo que aumenta las posibilidades de reproducción y transmisión del mensaje genético predisponente. Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y una actitud que mejoren el control de la enfermedad, lo cual sólo se puede lograr mediante estrategias educativas.⁽²¹⁾

No obstante los logros químicos y tecnológicos para controlar la glucemia en los diabéticos, para el paciente aún es frustrante enfrentar un cambio completo en la alimentación habitual, en la capacidad de satisfacerse por este medio y en su estilo de vida, por ejemplo, al tener que realizar un ejercicio para el cual nunca se sintió dispuesto.

Entre las etapas psicológicas:⁽²²⁾

- de negación,
- ira
- negociación

por las que suele atravesar el paciente antes de aceptar la enfermedad, existen grandes agujeros negros en los que permanece —a veces por años o de los que nunca sale— antes de pasar a la aceptación, en la que es capaz de lograr un mejor control. La autoafirmación y la autoestima son trascendentales para ello. Conforme el paciente adquiere mayor conciencia de su enfermedad se percata de la naturaleza crónica del padecimiento y que depende de él mismo la decisión de mantenerse sano.

¿Como es posible que la diabetes mellitus sea aún la causa más frecuente?

- de ceguera
- amputación
- e insuficiencia renal crónica

Es inaceptable ante el nivel de avance científico y tecnológico actual, dado que se cuenta con el arsenal terapéutico necesario para evitar las complicaciones agudas y crónicas; ello sólo refleja la falta de motivación del paciente para mantener su tratamiento.⁽²³⁾

Por otro lado, es exorbitante la suma erogada en medicamentos, consultas de medicina general y especialidad, ocupación hospitalaria, exámenes de laboratorio y recursos terapéuticos adicionales, como:

- trasplante renal,
- fotocoagulación retiniana,
- diálisis peritoneal,
- hemodiálisis,
- cirugía y rehabilitación;
- derivados de complicaciones agudas y crónicas.

Puesto que el origen de las complicaciones se finca en el descontrol crónico, es evidente la insuficiente labor de convencimiento en el consultorio y la necesidad de un esfuerzo mayor para la educación, tanto del paciente como del médico, y la formación de educadores en diabetes.

El conocimiento y las habilidades necesarias para implementar un régimen de tratamiento no pueden adquirirse durante un breve encuentro el día del diagnóstico. Los cambios ocurren gradualmente y se presentan como pequeños incrementos; no es infrecuente que los pacientes tengan retrocesos periódicos. Es entonces cuando el paciente se beneficia más de la experiencia y disponibilidad del equipo de salud multidisciplinario, el cual puede proporcionarle no sólo habilidades para resolver problemas específicos sino también el apoyo necesario.⁽²⁴⁾

Un sistema o un ambiente de atención a la salud deben reforzar este tipo de esfuerzos encaminados al control óptimo de la diabetes y la subsiguiente mejoría en la salud del paciente. Apuntaba muy bien *Joslin*: «El diabético que más sabe es el que más vive.» La Organización Mundial de la Salud por su parte puntualiza: «la educación es una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad.»

ACTIVIDADES PRAGMÁTICAS EN LA CLÍNICA

Servicio

Lo propio del desarrollo de una vida plena en dar lo que tenemos es:⁽²⁵⁾

- a) El servicio a los demás como parte de un proyecto de vida.
- b) El acoplamiento recíproco y perpetuo entre el organismo y la naturaleza (que define ese carácter indisoluble

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).⁽²⁶⁾
- d) La emergencia incesante e inacabada de novedad, que en el plano colectivo de los seres humanos adquiere la forma cultural de cada persona; bajo esta perspectiva se denomina el concepto de 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; la mejoría del 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.⁽²⁷⁾

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.

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 a la educación del propio paciente, y cuyo sentido es encauzarlo hacia formas de ser más satisfactorias, deliberadamente asumidas.⁽²⁸⁾

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 autocrítica, 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 conforme 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 autocrítica y busca

el desafío constante, lo que hace posible su perfeccionamiento incesante manifestado en la prestancia para entablar 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 creciente, alcance progresivo y pertinencia cada vez mayor a las circunstancias y situaciones cambiantes de los pacientes.

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 egocéntrica 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.⁽²⁹⁾

La egolatría suele excluir otros puntos de vista, por considerarlos carentes de autoridad o validez; de la misma manera, algunos médicos, al sentirse los depositarios del saber relevante que sólo ellos poseen y piensan que sólo de esta manera se puede beneficiar al paciente, tiende a subordinar, desestimar o descalificar las iniciativas u opiniones de otros colegas o aun a las sugerencias o propuestas de los propios pacientes y presentan las suyas, aun equivocadas, como un triunfo a sus mezquinos propósitos, inquietudes o deseos.

Si la práctica clínica aspira a mayor efectividad y alcance, es preciso que el médico baje de ese pedestal de omnipotencia a la realidad humana, al servicio a los demás: nuestros iguales, «nuestros semejantes», y atienda la percepción del paciente. Así, el cuidado de la salud, debe intentar 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 conocimiento y aceptación de su enfermedad.⁽³⁰⁾

CONCLUSIONES

Si consideramos la necesidad de una educación médica continua, las implicaciones de estar preparado nos permitirá involucrarnos en el proceso de educación, prevención, cuidados y detención de las complicaciones.

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 egocentrismo, resulta imprescindible la educación médica continua como estrategia primaria de cuidado de la salud, siempre y cuando exista compromiso de parte de los profesionales médi-

cos, que hagan valer sus saberes y espacios dentro de la sociedad por el ideal común al que nos debemos, los intereses de los pacientes y sus familiares y con respecto irrestricto a sus condiciones personales.

Así mismo, aplicar nuestro planteamiento educativo acerca de las enfermedades crónico degenerativas como formas de ser; podemos adelantar otro concepto inserto en la medicina de nuestro tiempo: el 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 alcanzado una forma de ser que le ocasiona limitaciones, malestares, sufrimientos y diversos tipos de inconvenientes, que además son progresivos e invalidantes.

Debemos insistir en que el cuidado de la salud se debe priorizar a rango de urgente, emergente, o necesario, es necesario otro tipo de educación para el paciente crónico, con conocimientos e intervenciones que tengan la suficiente capacidad de motivarlo y encauzarlo y así aprenda, a través de la educación, a conocer la enfermedad, también estimularlo para que pueda aproximarse gradualmente hacia otras formas de ser; cuyo significado conlleve a obtener mejores circunstancias en su existencia y calidad de vida personal y familiar más saludables, lo cual, sin duda, lo conducirá a un mejor puerto, esto es, a un auténtico autocontrol y pueda asumir su propia responsabilidad en el cuidado de sí mismo.

Esto sólo puede ser posible con la educación médica continua, reflexiva, con compromiso y participativa. Sólo así las diversas estrategias de intervención que forman parte del cuidado de la salud o prevención estarán dotadas de sentido y podrán tener verdadera efectividad y alcance.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. The Diabetes Program. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004;364:1523-1537.
3. Weinstein C, Mayer R. The teaching of learning strategies. En: Wittrock MC, editor. *Handbook of research on reaching*. New York: McMillan; 1999.
4. Sprinthall N. *Psicología de la educación*. Sexta edición. México: McGraw Hill; 1999.
5. Kember D. The dimensionality of approaches to learning: An investigation with confirmatory factor analysis on the structure of the SPQ and LPQ. *Br J Educ Psychol* 1998;68:395-407.
6. Biggs J, Kember D. The revised two factor study process questionnaire: R-SPQ-2E. *Br J Educ Psychol* 2001;71:133-49.
7. Piaget J. *Introducción a la epistemología genética*. México: Paidós; 1987.
8. Ralnan ME, Rahman S, Musa AK. Knowledge and attitude of clinical students on problem based learning. *Mymensingh Med J* 2004;13(2):125-9.
9. Aguilar-Salinas C, Velásquez MO, Gómez-Pérez FJ, González CA, Lara EA. Characteristics of patients with type 2 diabetes in México. *Diabetes Care* 2003;26:2021-6.
10. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden diabetes 1995-2025 prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414-31.
11. Salcedo RA, García-de Alba GJ. Programa de atención integral al paciente diabético tipo 2. México: IMSS/CONACYT/UI5ESS; 2004.
12. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2000. México: Secretaría de Salud, DGE; 2001.
13. Dirección de Prestaciones Médicas. Norma que establece las disposiciones para implantar y desarrollar la Carrera Docente Institucional en el personal del área de la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Junio 10 de 2005. Clave 2000-001-013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/obligaciones/normateca/notmas/2000-001-013.pdf>
14. Spencer J, Blackmore D, Heard S, McCrorie P, McHaffie D, Scherpbier A et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical Education* 2000;34(10):851-8 57.
15. Marsh LW. Still weighting for right criteria to validate student evaluations of teaching in the IDEA System. *J Educ Psychol* 1995;87:666-79.
16. Finucanes L, Allery A, Haynes TM. Attitudes to reaching among teachers at a British medical school. *Med Educ* 1994;28:213-9.
17. Miller AH. Student assessments of reaching in higher education. *Higher Educ* 1998;17:3-15.
18. McKeachie WJ. Research on college teaching: The historical background. *J Educ Psychol* 1990;82:189-200.
19. Marschall E, Palca J. Teaching on research. *Science* 1992;257:1200.
20. Bowles LT. The evaluation of teaching. *Med Teacher* 2000;22:221-4.
21. Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. *Rev Med IMSS* 2000;(3):187-91.
22. Aguilar-Rebolledo F, Hernández HE. La educación médica continua. Parte I. ¿Una necesidad, una obligación, un compromiso? *Plast & Rest Neurol* 2006;5(1):58-61.
23. Halfon N, Hochstein M. Life Course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Q* 2002;80:433-47.
24. García A. Educación médica continua. Bases conceptuales de la educación permanente. UNED Madrid 1994;1:17-56.
25. Abrahamson S. Time coreturn medical schools to their primary purpose: education. *Acad Med* 1996;71:343-7.
26. Viniegra VL. Educación y evaluación. *Rev Med IMSS* 2005;43(2):93-5.
27. McKaechie WJ. Can evaluating instruction improve teaching? *New Direct Teach Learn* 1987;31:3-7.
28. De Fuente JR, Piña-Garza E, Guriérrez-Ávila J. La formación del médico del siglo XXI y el Plan Único de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Educ Med Salud* 1994;28:331-340.
29. Facultad de Medicina, Dirección General de Evaluación. Informe de evaluación de la docencia. Área básica y sociomédica, 2001-2002. México: UNAM; 2003.
30. Metcalfe DH, Matharu M. Student's perception of good and bad teaching: report of a critical incident study. *Med Educ* 1995;29:193-217.