

BIBLIOTECAS UNACH
FAC. MEDICINA HUMANA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA
SALUD**



TESIS

**LA ASIMILACIÓN DE LA FORMACIÓN MÉDICA
EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS
ALUMNOS DE TRES MÓDULOS PRECLÍNICOS Y
TRES CLÍNICOS EN LA FACULTAD
DE MEDICINA HUMANA.**

QUE PRESENTA

Rosa Ma Coutiño Cruz.

DIRECTOR DE TESIS

Mtro. Florencio Pérez Zamora.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Marzo 2009.

INDICE TEMÁTICO

TEMA	Página
Dedicatorias.	
Resumen.	
Introducción.	
Capítulo I.	
El médico.	
1.1. Los fundamentos bioéticos de la profesión médica.....	4
1.2. La relación médico paciente.....	7
1.3. Implicaciones éticas de la educación para la salud.....	10
1.4. La ética y las relaciones interprofesionales de los médicos.....	11
Capítulo II.	
Perfil de la formación médica de la Facultad de Medicina Humana, UNACH.	
2.1. Los antecedentes.....	13
2.2. El plan de estudios.....	17
2.3. Estrategias educativas en la carrera de medicina.....	20
2.4. La visión estratégica deseable y su base filosófica.....	23
2.5. Fundamentos epistemológicos del constructivismo: la fenomenología, el racionalismo y el relativismo.....	28
Capítulo III.	
Educación para la salud, protección específica de los padecimientos infectocontagiosos más comunes.....	32
3.1. Precisiones teóricas en torno al proceso salud.....	32
3.2. Los padecimientos bacterianos.....	48
3.3. Los padecimientos virales.....	53
3.4. Los padecimientos por protozoarios y helmintos.....	55

3.5. La prevención de las infecciones e infestaciones intestinales.....	65
Capítulo IV.	
Evaluación de la ruta seguida en la formación médica por los alumnos de tres módulos preclínicos y tres clínicos de la facultad de medicina humana hasta el décimo semestre de la carrera.....	67
4.1. Instrumento de colección de datos.....	68
4.2.- Los resultados obtenidos.....	68
4.3. Conclusiones del análisis de estudio.....	81
4.4. Las tesis.....	85
Capítulo V.	
Orientación profesional educativa de la facultad de medicina humana de la UNACH.....	86
5.1. Fundamentación para la enseñanza de la prevención de la enfermedad por la educación.....	86
5.2. La prevención inserta en el plan de estudios.....	93
5.3. El camino pedagógico para la prevención.....	96
5.4. La prevención una visión ética personalista.....	97
5.5. La formación profesional del médico.....	102
Conclusiones.....	105
1.- Los planes de estudio en la formación médica.....	106
2.- La realidad social.....	107
3.- El proyecto educativo como alternativa de integración de la educación para la salud.	109
Limitaciones del estudio.....	116
Anexos.....	117
Bibliografía básica.....	119
Bibliografía específica.....	121

DEDICATORIA.

A mis hijos:

Fernando, Jorge y Rosita que son mi mayor tesoro y mi estímulo de superación.

A mi esposo:

Jorge Fernando por el apoyo que siempre he encontrado en él.

A mis padres:

Gerardo e Hilda que siempre me han guiado por el mejor camino.

A mis hermanos:

Elva, Paco y Geral que me han apoyado en todo momento.

A mi director de tesis:

Dr. Florencio por todo el apoyo que me brindó.

RESUMEN.

Antecedentes. Los países desarrollados lo son por su trabajo en conjunto en cuestiones de la Salud Pública, esto lo han logrado por la educación que reciben de los expertos. El médico debe estar convencido de que puede prevenir sufrimiento y muerte comenzando por cuidar de su persona y de su familia aceptando hábitos saludables y promoviendo costumbres que lleven a sostener la vida y conservar la salud. Toda formación médica debería darle fuerza a la asimilación de los contenidos de la Salud Pública y la Higiene.

Pregunta de investigación. El estudio propuesto responde a la pregunta siguiente: **¿Los alumnos de los módulos preclínicos y clínicos de la carrera de medicina Humana estarán en la ruta del aprendizaje de la medicina con miras preventivas, o con miras asistenciales?** Porque se pretende que los médicos formados en esta facultad estén convencidos de ser educadores para la salud en toda su actividad profesional.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal, prospectivo, diagnóstico en tres módulos preclínicos y tres clínicos de la carrera de medicina humana de la UNACH efectuado en el 2008. Se tomó como universo del estudio a los módulos: I, III, IV; VIII, IX y X y se incluyeron solamente a quienes aceptaron contestar la encuesta. Las preguntas de la encuesta fueron cerradas con opciones a seleccionar. El análisis de los datos se hizo con ayuda de un procesador de cálculo electrónico sin prueba de hipótesis.

Resultados y tesis. En el análisis de los datos se tomaron en cuenta los porcentajes de respuesta a las preguntas en sentido positivo como deseables y en el sentido negativo señalando acciones no deseables, se planteó como interpretación toda aquella puntuación que se acercaba a la respuesta de orientación y asimilación de la Salud Pública según se pretende formar profesionales de la salud. Se observó que: 1.- En teoría la mayoría de los alumnos que integraron el universo de trabajo saben qué hacer para la prevención, sin embargo los hábitos alimentarios demuestran que sigue habiendo deficiencias en poner en práctica los conocimientos preventivos. 2.- La orientación diagnóstica de los alumnos para detectar enfermedades infecciosas prevenibles adquiridas por la ingesta de alimentos contaminados, es clínica. 3.- Los alumnos del módulo X tienen deficiencias para aplicar las medidas preventivas de la teoría a la práctica, lo que indica que hace falta asimilación mayor de la educación para la salud. Si no la logran con ellos mismos difícilmente la transmitirán con prioridad a sus pacientes. Ese es el reto docente en la formación profesional médica en esta facultad.

Discusión. Se mantienen las costumbres regionales en la manera de alimentarse en los alumnos pero se espera que los contenidos de la Salud Pública y la Higiene sean vigentes en todos los módulos de la carrera acentuando la prevención y dejando en el segundo plano las funciones profesionales de asistencia. Acentuar la motivación para la elaboración de programas educativos preventivos en cada módulo.

INTRODUCCION.

La observación diaria en la Facultad de Medicina Humana ha hecho ver que los alumnos de los diferentes módulos, consumen bebidas y alimentos dentro de la Facultad, en los puestos ambulatorios, en la calle frontal a esta, en los establecimientos cercanos y en el mercado como parte de sus hábitos alimentarios. Por lo tanto, es válido preguntarse si ellos son concientes de la preparación, más o menos aséptica, de los alimentos y bebidas que consumen y si no lo son, entonces ¿para qué sirve la formación médica preventiva? De manera que se cree que tal vez pretendan lograr solamente los conocimientos de la atención medicamentosa de los padecimientos en sus futuros pacientes.

Esta pregunta tiene como fundamento reconocer si domina en los alumnos de los módulos preclínicos y clínicos de la carrera de medicina humana en la UNACH, la costumbre familiar del hábito alimentario que antecede a la formación médica de consumir con confianza alimentos, o bien, mientras estudian, ya se comienza a aplicar el conocimiento de medidas preventivas en la selección de los alimentos menos potencialmente contaminados.

En otros rubros que tienen que ver con los padecimientos que inician en la vía digestiva hay que considerar a los hábitos culturales, por ejemplo, en Tuxtla Gutiérrez por ser región primitivamente zoque, se acostumbra ingerir pozol diariamente al medio día, bebida que preparan personas tradicionales en la costumbre y lo hacen en los puestos de la calle en donde hay una elevada contaminación orgánica (fecal), algo parecido sucede en la preparación de otras bebidas y alimentos proceso de la historia natural de las enfermedades infecciosas gastrointestinales. El médico debe poner la muestra a sus pacientes al aplicar medidas preventivas en su persona.

Resulta verdaderamente un problema de evaluación pedagógica saber si el aprendizaje del trabajo médico es suficientemente significativo, centrado en la prevención de las enfermedades, en el

reconocimiento de los factores que las causan y los daños que producen a la persona y a la sociedad, o bien saber si persiste el alumno, en los hábitos personales o las costumbres culturales de alimentarse, lo cual indicaría que no hay suficiente motivación y significatividad en el aprendizaje de los temas médicos.

La pregunta de investigación frente a este problema planteado es la siguiente: **¿Los alumnos de los módulos preclínicos y clínicos de la carrera de Medicina Humana estarán en la ruta del aprendizaje de la medicina con miras preventivas, o con miras asistenciales?**

JUSTIFICACIÓN.

En una Facultad de Medicina Humana, cuya visión educativa contempla la formación de médicos científicos y humanistas que ayuden a la solución de problemas de salud en el estado, y que propongan métodos de solución a los problemas, se espera que desde los módulos tempranos manifiesten ya, la orientación hacia la prevención de la enfermedad, lo cual, es una manifestación de sensibilidad hacia la vida y no es deseable que en esta Facultad se traten a los padecimientos desde el diagnóstico confirmado de enfermedad, porque esto implica el uso de tecnología y de sustancias farmacológicas que también lesionan la integridad del paciente, siendo esta orientación claro ejemplo de una tendencia necrófila en la actuación profesional, es decir, una actitud de espera a que el paciente esté amenazado por el daño o la muerte en la historia natural de un padecimiento.

Así, el estudio propuesto es una evaluación diagnóstica sobre el proceso de formación, reconociendo en *primer* lugar, los antecedentes patológicos de los encuestados que manifestarán sus hábitos de comportamiento que algún día cambiarán por mejores hábitos para preservar la salud; en *segundo* lugar, las actitudes de atención profesional frente a los padecimientos comunes del medio. Ahí se verá si se inclinan por prevenir o por tratar un mal ya hecho. En *tercer* lugar obtener datos sobre su comportamiento alimentario mientras cursan la

carrera, observado en la Facultad. Por lo tanto, se propuso hacer una investigación en base a los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL.

Reconocer los hábitos y costumbres alimentarios de los alumnos de los módulos incluidos y con ello, reconocer las tendencias hacia la prevención de padecimientos infecciosos prevenibles, o hacia la espera de que sucedan para tratarlos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Reconocer los antecedentes patológicos de los participantes, particularmente los que se conoce son adquiridos por la ingesta de alimentos contaminados.
- b) Conocer las actitudes médicas frente a los padecimientos infectocontagiosos provocados por la ingesta de alimentos contaminados.
- c) Dar cuenta de la asimilación formativa del nivel profesional médico al reconocer sus hábitos alimentarios.

El presente estudio se efectuó en la Facultad de Medicina Humana de la UNACH en los módulos I, III, IV; VIII, IX y X de la carrera de Medicina al inicio del 2008, considerando que estos alumnos habrán concluido su ciclo formativo profesional donde están contenidos los conocimientos básicos de salud pública y medicina preventiva.

En la exposición de los argumentos se han empleado algunas palabras técnicas que deben ser comprendidas en el sentido de la investigación:

NECROFILIA. Se ha tomado el término en el sentido semántico general y no en el particular que le da la psicología dinámica o el psicoanálisis (preferencia sexual por los cadáveres). La necrofilia es la inclinación a considerar como prioritarios los procesos destructivos, provocándolos o esperando que sucedan para actuar sobre ellos. De ahí

surge la idea de la cultura de la muerte. (Necros=destrucción o putrefacción y phylum=apego o atracción. Su antinomia es la biofilia.

BIOFILIA. En el sentido general del término es la inclinación hacia los procesos vitales previniendo los daños o reforzando su presencia particularmente con el Principio filosófico y antropológico terapéutico o principio de totalidad. Erich Fromm define Biofilia como la pasión por todo lo que está vivo, es una pasión y no un producto lógico, no está en el "Yo" sino es parte de la personalidad. Lo contrario es la Necrofilia.

PREVENCIÓN. En el ámbito médico, se refiere a las actividades que tienen como objetivo evitar las enfermedades o promover la salud, en oposición al término alivio y curación.

La prevención se adquiere por una actividad educativa y procede del conocimiento de múltiples disciplinas que confluyen en el acto médico, es cualquier intervención que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad.

La prevención médica pertenece a la etapa prepatogénica del esquema propuesto por Laevell y Clark, presupone que su objeto de estudio es detectar los factores que se mueven en la tríada ecológica a provocar la afección. Los resultados de la prevención superan a los del alivio o asistencia al enfermo en la etapa patogénica en donde la prevención que cabe es la limitación del daño.

TRATAMIENTO ASISTENCIAL. Cuando ya está hecho el daño, entonces aparece la intervención médica. Se tratan los problemas cuando ya están activos. Lo contrario es prevención, se observa la posibilidad de que aparezca un problema y se educa para neutralizar los factores desencadenantes, por ejemplo la malaria que aparece a causa del agua estancada por inundaciones producidas como efecto atmosférico compensatorio del calentamiento de la Tierra y "El fenómeno del Niño", la proliferación de mosquitos anofeles que actúan como vectores del Plasmodium malariae o falsiparum. La prevención de la malaria es un proceso educativo, de formación e imitación de

actitudes, de la aplicación de la ética y la bioética. Pertenece a una visión holística de la tríada ecológica y del reconocimiento de la integridad del paciente. La percibe el médico y la incluye en su terapéutica.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS.

Una **enfermedad infecciosa** es la manifestación clínica consecuente a la invasión del cuerpo humano por microorganismos como: Virus, priones, bacterias, hongos, protozoos. Las **enfermedades infecciosas transmisibles** o infectocontagiosas corresponden a una subclasificación y son los padecimientos que se propagan directamente del individuo infectado al nuevo huésped, a través de la piel o membranas mucosas o, indirectamente, cuando la persona infectada contamina el aire por medio de fluidos sépticos y los transmite por su respiración, un objeto inanimado o un alimento. Ejemplos: la Salmonelosis, el cólera, la amibiasis, la hepatitis A, y otros padecimientos que causan innumerables daños como la teniasis.

POZOL. Es una bebida hecha con maíz, es de origen mesoamericano y La Real Academia de la Lengua Española define pozol como una bebida espumosa de maíz (pozolli=espumoso) que puede mezclarse con leche, azúcar y agua. De la misma forma, "El diccionario de la Rial Academia de la Lengua Fraylescana" se refiere al pozol de manera literal como una bebida refrescante altamente energética, que se toma antes de la siesta en los poblados de cultura zoque en el Estado de Chiapas.

MICRODYN. Sustancia comercial bactericida, germicida, fungicida y antiséptica elaborada con plata coloidal (coloide de plata), tiene bien probada su acción en purificación del agua, desinfección de alimentos como frutas, verduras y mariscos. Es un microbicida estable y carece de acción secundaria sobre el organismo humano; no obstante sus efectos son notablemente benéficos con fines preventivos. La cultura de su uso no ha sido difundida con amplitud, sirve también como desinfectante en caso de heridas leves (usado directamente) y

como antiséptico buco/faríngeo en forma diluida. Es importante señalar que no es un producto tóxico, el código sanitario Food and Drug Administration (FAO) de los Estados Unidos lo ha autorizado.

SOLUCIÓN SALINA hipertónica.- Es una de las opciones para destruir microorganismos en base a la osmolaridad sobre las membranas bacterianas incluyendo, quistes, trofozoitos y huevecillos que infestan al ser humano. Se usa como preventivo en la preparación de ensaladas de verduras y frutas que se ingieren frescas. La palabra salmuera suele ser usada como un sinónimo de ésta, se trata de una disolución en agua altamente concentrada de sal común usada para preservar y curar ciertos productos alimenticios como las salchichas y los pescados.

Este documento de investigación se presenta en forma de capítulos cuyo contenido describe el propósito, los apoyos teóricos y concluye con la tesis de la siguiente manera:

En el capítulo I se presenta el perfil del médico ideal. Se comienza la descripción a partir de la definición de salud por la OMS para después presentar el concepto de médico y de paciente en su visión integral que lo presenta como persona.

El perfil del médico ideal.

La OMS tiene una particular definición de lo que es un médico porque lo enfoca desde el plano educativo y el perfil del egresado a quien se le entrega un documento para el trabajo profesional, sin embargo, no es suficiente esta definición ya que éste es un profesional de currículum siendo la realidad que tratará con personas en por lo menos cuatro niveles de su integridad, para ello observemos lo que dice la OMS sobre lo que es el médico: "El médico es la persona que, habiendo sido admitido a una escuela de medicina, legalmente reconocida, ha concluido con éxito el programa de estudios con una certificación de calidad para que pueda ejercer su profesión según su propio juicio, para promover la salud del individuo y la colectividad"

En cambio, cuando se reconoce en el paciente su dignidad, su necesidad actual y sus derechos, nos encontramos con la necesidad de un profesional humanitario definido en el perfil de su formación general, de especialista o de investigador. El médico entonces debe ser un profesional que centrará su atención en potencializar las cualidades que no se hayan dañado en el paciente con el fin de recuperar su salud o prevenir la enfermedad, será un profesional que estará ejerciendo su legítimo derecho de intervenir en la corporeidad de su paciente sin remordimiento, en el sentido bioético. El médico es así una persona capacitada para la atención integral de un paciente, sano o enfermo con base en un conocimiento científico y una escala de valores.

En el capítulo II se trata la formación del perfil médico en la Facultad de Medicina Humana, UNACH, incluyendo lo deseable.

El perfil de formación de un médico cirujano en la UNACH.

La sociedad espera a un médico humanista y científico quien comprenda y resuelva los problemas de salud de su medio ambiente y para ello la universidad es la depositaria de la responsabilidad. En el currículum de la carrera además de las materias biológicas, es deseable un eje de materias humanísticas que se inserten en cada uno de los programas modulares hasta el fin del estudio en las aulas, al parecer, este complejo educativo está contenido dentro del aprendizaje de la salud pública cuyo espíritu es el de la prevención primaria y secundaria.

En el capítulo III se habla de la educación para la salud, la protección específica de los padecimientos infectocontagiosos más comunes.

La prevención y la protección específica de la salud humana.

Es más económico para el proceso vital de un pueblo y de un individuo saber mantenerse en equilibrio con el medio ambiente y los

agentes que en el transitan, que atender el daño una vez provocado. Los padecimientos que proceden del medio insalubre pueden evitarse manteniéndose a distancia de sus emanaciones. En México y en el sureste, los padecimientos infecciosos tales como la gastroenteritis bacteriana, la amibiasis, la hepatitis A y las enfermedades parasitarias por gusanos son entidades que pueden evitarse con un saneamiento ambiental, una modificación de los hábitos y costumbres de la alimentación y que el médico en formación debe ir asimilando paulatinamente hasta su total inclusión, sólo así podrá hablarse de una orientación educativa del médico en el campo de la vida, inclinación de pensamiento y acción al que se le llama "biofilia".

En el capítulo IV se presenta la evaluación de la ruta en la formación médica por los alumnos de tres módulos preclínicos y tres clínicos de la facultad de medicina humana.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio diagnóstico-descriptivo, al investigar la ruta de la formación de los alumnos hasta el cuarto semestre en relación con la medicina preventiva y la higiene reflejada en los padecimientos infecciosos gastrointestinales ya padecidos o en riesgo de padecer, además las actitudes sobre diagnóstico y tratamiento frente a esos padecimientos que han estudiado.

El universo de estudio fueron los alumnos de los módulos preclínicos: I, III y IV; los alumnos de los módulos clínicos: VIII, IX y X de la carrera de medicina humana en el ciclo enero/junio del 2008. La muestra estuvo conformada solamente por los alumnos que aceptaron contestar los cuestionarios.

Se elaboró un instrumento de colección de datos que consta de preguntas abiertas y cerradas que contiene las actitudes y conocimientos científicos para atender a los padecimientos gastrointestinales provocados por la contaminación de alimentos. En donde se toma en cuenta: 1.- Asimilación de conocimientos preventivos

en sus hábitos demostrados al contestar el cuestionario. 2. El registro de los padecimientos gastrointestinales en la historia personal. 3.- Preferencias de procedimiento diagnóstico. 4.- Criterios de tratamiento asistencial o preventivo.

En el capítulo V se presenta la realidad educativa de los futuros médicos formándose en la UNACH y aquellos que se forman en otras universidades del país. Luego se presente una síntesis del estudio.

Finalmente se presentan las conclusiones, limitaciones del estudio y sugerencias, en las que se plasma el juicio crítico del estudio completo realizado.

El código de evaluación de las respuestas es el siguiente:

Las mejores puntuaciones son: tener asistencia por los propios familiares, alimentarse de preferencia en casa, no ingerir alimentos preparados no cocidos, no haber padecido enfermedades prevenibles adquiridos por la vía oral, señalar la prevención de contagio y no la medicación o la prevención con biológicos y emplear los signos clínicos de la enfermedad con prioridad sobre los estudios paraclínicos. También inclinarse por la prevención por la educación y no a la atención medicamentosa cuando ya se tiene el padecimiento.

En base a estos criterios, se reconoce si hay una asimilación práctica de los conocimientos preventivos y de higiene, aplicados al propio médico en formación, con la consecuente deducción que al aplicarse el conocimiento en él mismo, lo hará dentro de un programa de educación preventiva a la comunidad y a cada uno de sus pacientes en el ejercicio profesional.

CAPÍTULO I.

EL MÉDICO.

El concepto pragmático de médico puede extraerse de lo que se dice en la misión de la máxima organización sobre la salud, "La Organización Mundial de la Salud" OMS. Esta organización tiene como centro de discurso para referirse a los servidores de la salud y su trabajo, el concepto de salud a la cual define como el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad, se supone que se refiere a un ser humano concreto, pero no a un ser humano trascendental llamado persona, en justicia. De acuerdo a lo que expresa, el objetivo general del trabajo de la OMS es lograr el equilibrio, y corresponde a los profesionales de la salud y en particular a los médicos crear conciencia de esa necesidad.

Pero el trabajo médico percibido así, no es la tarea de un profesional completo con el propósito de mantener el equilibrio llamado salud comenzando porque la medicina es un conglomerado de ciencias en constante desarrollo que van conformando el perfil de cada uno de los profesionales de la salud y luego el paciente es complejo en su ser, de esta manera puede verse una limitación del concepto médico pues el Consejo Ejecutivo de la OMS define al médico en el plano legal, de esta manera: "El médico es la persona que, habiendo sido admitido a una escuela de medicina, legalmente reconocida, ha concluido con éxito el programa de estudios con una certificación de calidad para que pueda ejercer su profesión según su propio juicio, para promover la salud del individuo y la colectividad" y no se sabe si considera implícito en el médico su carácter moral y ético tampoco se sabe si respeta el origen multicultural del servicio a la salud¹.

Cuando se reconoce en el paciente su totalidad, su yo integrado (dignidad), en su necesidad actual y también sus derechos, aparece el médico como un profesional humanitario dentro del perfil de su

¹ Fernández Crehuet Navajas, J. "Antropología, bioética y cultura actual" en, Medicina y Ética. 8(2): 137-147, 1997.

formación general, de especialista o investigador. El médico que ve en totalidad a su paciente centrará su atención en potencializar las cualidades que están íntegras en el paciente para recuperar su salud o prevenir la enfermedad, estará ejerciendo su legítimo derecho de intervenir en la corporeidad de su paciente sin remordimiento en el sentido bioético y a la vez va surgiendo el concepto cabal de médico².

La formación profesional y la vocación para ser médico, se manifiestan en la calidad de la atención, y es la vocación la que necesita mucho de la dedicación placentera al servicio de la vida y la salud en donde no solamente cuenta lo biológico sino toda la integridad de la persona médico y persona paciente³.

La calidad de atención médica involucra la visión del médico para considerar al paciente como persona, desde los inicios de la vida hasta el final, atendéndolo con toda su sabiduría, dedicación voluntaria y con la visión del humanismo fundamentado este en los principios de respeto a la vida, subsidiariedad y el principio terapéutico o de totalidad, dentro de su cultura y los alcances socioeconómicos de la población y la condición de cada paciente. Al paciente se le debe atender tomando en cuenta las tres grandes esferas biológica, social y psicológica pero también considerando su tendencia a futuro, es decir su trascendencia, su desarrollo pleno.

Cuando el médico pierde de vista a la persona, ésta busca a los otros humanistas no tan científicos, porque desea encontrar el cuidado a sus males y lo busca en las medicinas alternativas, porque al menos quienes trabajan ahí, lo escuchan, lo tocan, le muestran comprensión y afecto con la esperanza de que su naturaleza lo cure con menos gasto y

² Sgreccia, E. Bioética. Editorial UIA y Diana, México, 2002. "El principio terapéutico" página 123 y ss. Se trata de tener presente, en la atención médica, la integridad de cada persona es el principio de totalidad, no solo el paciente es cuerpo y mente sino relación social y trascendencia, a eso se le llama dignidad.

³ Polo, L. ¿Quién es el hombre? Editorial Rialp, Madrid. 1991. Páginas 102-103.

agresión a su integridad. La otra alternativa que le queda es dejar pasar el mal para que la naturaleza lo alivie o lo destruya irremediablemente⁴.

Resulta cierto lo que Daniel Goleman señala: “en el reino de la enfermedad, las emociones son soberanas y el temor es un pensamiento dominante”, argumentando que las dolencias en su mayoría tienen fondo psicológico. Es tajante al decir que más allá del argumento humanitario de que los médicos deben mostrar su preocupación además de ofrecer una cura, existen otras razones apremiantes para considerar la realidad psicológica y social de los pacientes como algo que pertenece al reino médico en lugar de separarlo de la profesión.

En la actualidad se puede afirmar que existe un margen de eficacia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse trabajando el estado emocional de las personas junto con su estado físico. Para ello Goleman propone: “ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos perturbadores para prevenir la enfermedad, además de señalar el beneficio notable de los pacientes cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas”.

Cuando se sigue la ruta del concepto de médico se observa en los estudiantes avanzados de medicina tienden a descubrir el misterio del éxito médico en la atención del paciente: ese misterio no se esconde en la ciencia sino en el humanismo, en las manifestaciones morales, la sabiduría, la justicia, la liberalidad, la afabilidad, y en el espíritu de entrega a satisfacer la necesidad del paciente⁵.

Entonces, el médico es el profesional científico que tiene como misión proteger la vida, trabajar respetando la dignidad de la persona con la licitud y extensión de su trabajo fundamentada en el principio

⁴ Este es el caso de la medicina precientífica en la que el médico respetaba las leyes de la naturaleza, quien iba a morir no tenía opción terapéutica médica. Lo contrario sucedió en la era científica en donde el hombre se opone a las leyes de la naturaleza y “rescata” al enfermo de la muerte persiguiendo después su longevidad y de ser posible su inmortalidad. Lorenzo Di Caprio, Analiza Di Palma. “La medicina y la muerte”. Medicina y Ética. Universidad Anáhuac 10(3): 305-320. 1993.

⁵ Drane J. F. Cómo ser un buen médico. Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993.

terapéutico (manejo de la integridad del paciente) principio que consiste en atender al paciente en su corporeidad ya sea para recuperar la salud o bien para mantenerla.

El médico por ser persona, tiene más clara su profesión por sus fines, presuponiendo su formación científica, por eso es necesario hacer hincapié en que es más valioso que aprenda a educar para la salud que esperar al paciente ya enfermo y deteriorado. El profesional médico es un ser moral se de o no se de cuenta de ello, por eso hay que aclarar que la corriente de pensamiento en la vida diaria, imprime en el profesional esa conciencia ética.

1.1. Los fundamentos bioéticos de la profesión médica.

La Ética es la ciencia que trata de la moralidad y como alcanzar la felicidad en la vida humana, es decir, pretende armonizar el obrar justo mientras trabaja para alcanzar las aspiraciones que se va proponiendo para madurar. La dignidad⁶ personal ha sido el fundamento de la Ética, y se entiende como “la esencia de la dignidad real de autosostenerse en sí mismo”. Por tanto, cada persona por su dignidad es un fin en sí misma. Entonces el derecho a la dignidad personal es un derecho natural e innato que se funda en la igualdad específica de todos los hombres y el médico es el primero en respetarla durante su trabajo.

El estudiante de medicina debe ir asimilando este concepto de paciente y de profesional médico. Se trata al paciente en todos los sentidos, pero particularmente en el nivel trascendente, en el nivel de la preservación de la vida y la salud y no solamente en el plano corporal y mental. El estudiante debe ser preventivo antes que curativo, debe ser educador y estar convencido del aprendizaje útil de las materias que estudia semestre con semestre y día con día.

La dignidad humana es el fundamento de cualquier relación y entendimiento como propone la Bioética. La conclusión principal de la

⁶ Es necesario decir que se entiende por dignidad la concepción total del ser humano y su respeto mientras se interviene en él como profesional de la salud. Dignidad= corporeidad, dignidad= totalidad del ente bio/psico/social y trascendental.

Convención Europea de Bioética señala tres puntos: a) respeto a la dignidad humana, b) protección de la integridad individual, y c) prohibición de todo acuerdo comercial del cuerpo humano y sus órganos.

Cuando el médico se concibe y se considera persona humana, se presenta como un ser dotado de dignidad. Se le ha visto desde siempre, como la máxima dignidad profesional, debido a que se le atribuye un rol sacerdotal. Si la práctica de la medicina no fuese conforme a la dignidad de la persona humana, tal actividad no podría calificarse como profesión médica. Esto sucede cuando se reduce la asistencia profesional a sólo un problema técnico, despojándola de su verdadero contenido y considerando a los pacientes sólo como un número estadístico o el posible aporte económico seguro por el servicio. Las secuelas de estos efectos negativos, tanto individuales como sociales, son amplias, variando según los casos, las acciones y las circunstancias de la degradación que llegan a la pérdida del respeto que toda persona se debe de sí misma. Por tanto, lo que está en juego como percepción obligada propuesta en la Bioética, es la dignidad de la persona humana; algo cuya defensa y promoción ha sido confiada a todos los médicos que no deben olvidar, sino por el contrario potencializar eso que es la esencia de sí mismo y de su paciente.

Las tendencias profesionales del médico y de todo trabajador en el plano de la salud están centradas en la atención a la integridad corpórea del paciente, paciente que se considera como un absoluto en sí mismo⁷, de manera que un paciente que se presenta con una afección en cualquiera de los cuatro estratos constitutivos: el biológico, el mental o psicológico, el plano social-cultural y el plano de sus sueños de realización, el resultado afecta a la totalidad corpórea, hecho que el médico debe vislumbrar en el diagnóstico y tomar en cuenta en el plan terapéutico en cada caso, sin generalizar.

⁷ Absoluto en sí mismo es una propuesta de Emmanuel Kant, filósofo moderno del siglo XVIII. Se refiere a que la persona es única e irrepetible, no es suma de partes sino totalidad, es libre y tiene voluntad para decidir y consentir.

Una vez concebido así al paciente, el médico en sí mismo es un paciente potencial, y tiene vivencias de su integridad corpórea que son previas a su formación médica. Puede decirse entonces, que es persona como el paciente lo es, y por otro lado, cada médico y profesional de la salud distinto al médico, deberá considerarse también como persona.

Como todo el proceso de atención a la salud busca el máximo logro (llamado excelencia o calidad) entonces las acciones de beneficio para el paciente tendrán repercusión sobre su familia, sobre su grupo social y laboral y sobre el ideal de tener un pueblo sano, a la vez que el propio paciente tendrá un terreno propicio para su autodesarrollo según las metas que se halla propuesto.

Decimos con Lonergan⁸ que los estratos corporales inferiores son manejados por el estrato trascendental, por el estrato que mira hacia el futuro y hacia el desarrollo completo, el estrato de las perspectivas y las metas, el yo interior. Se sabe que de los proyectos personales surgen las acciones, las acciones son causas de éxitos o fracasos, las acciones parten de la corporalidad, es decir, del psiquismo y del biologicismo dentro de un campo social de interacción entre individuos, luego entonces, el director de esas acciones es el estrato de la trascendencia.

El alumno de medicina deberá ir asimilando que el principal receptor de su trabajo al llegar a la terapéutica, corresponde a alimentar al espíritu, convencerlo de que hay formas mejores de vida para evitar enfermar, hecho que se logra con una comunicación certera para educarlos en salud con fines preventivos⁹.

La comunicación, o ponerse en común comprende la emisión de las palabras con sentido organizado y la expresión corporal integral, esto es, mientras se habla y se dan indicaciones y la presencia social

⁸ Bernard Lonergan es un filósofo jesuita que refiere estos conceptos en su libro *Insigh*, editado por la Universidad Ibero americana, en 1999. La escala de conocimiento y expectativas tiene como ápice al yo trascendental que organiza la pirámide corpórea.

⁹ Leavell H. R., Clark, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York, MacGrawHill, 1969. Niveles de prevención.

del médico que señala su convencimiento de vivir en el plano de la cultura de la vida.

Los ejemplos son más poderosos en convencer que las palabras, la vida del médico es su principal comunicación con los pacientes más que su erudición y el uso de su terminología mientras atiende.

1.2. La relación médico paciente.

Entre el médico y el paciente en esencia se establece una alianza terapéutica, el médico se hace responsable del cuidado de la salud del paciente que acude a él desde el primer momento, lo que da por entendido que mientras que esta persista está obligado a atenderle lo mejor que le sea posible desde un punto de vista científico y ético.

El imperativo común para que dicha alianza persista es la relación de confianza que se establece entre ambos desde la primera entrevista, si ésta es exitosa, ambos intentarán lograr un fin común. De la calidad de la relación médico-paciente dependerá en gran medida el resultado diagnóstico y terapéutico que el acto médico persigue.

No puede haber buena medicina sin una eficaz comunicación entre el médico y el paciente, que también es cliente de los servicios de salud y asistenciales. Y así debe ser siempre tratado. Como contrapartida, el paciente deberá también tratar al médico con el respeto que cualquier ser humano merece. La confianza es el eje esencial de esta relación compleja y rica.

El logro de una buena relación médico-paciente debe constituir un medio beneficioso y necesario para aplicar los conocimientos actuales sobre la mejor forma de poder combatir cada enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo porque se insiste que hay que considerar al paciente como persona y de forma individual y en todas sus dimensiones, sin caer en el error de verlo como una mera máquina que es necesario reparar.

Una buena relación no implica el hecho de participar directamente en el dolor o sufrimiento de los pacientes, sino por el

contrario, es necesario establecer una relación amable y cordial, incluso intentar ponerse en el caso del enfermo para intentar comprenderlo mejor, pero con la finalidad de ayudarlo a resolver esa situación.

Una relación digna y respetuosa se basa además en la aceptación del enfermo, más allá de aquello que el enfermo "hace". Algunas patologías como el SIDA, la sífilis, las enfermedades de transmisión sexual, señalan a los pacientes como si cargaran antivalores a los ojos de la sociedad, como transgresores de las normas aceptadas en su comunidad, y que el médico debe poner en su justo sitio. El paciente vale y debe ser valorado por lo que es y no por lo que hace o lo que tiene. Conviene que el médico sea justo. La actitud moralizante de algunos profesionales no tiene ningún fundamento en las ciencias de la salud, cuando su objetivo es prevenir y curar las enfermedades.

El papel fundamental del médico consiste en curar (curar= cuidar, acompañar) o aliviar al enfermo cuando este ha perdido el equilibrio de la salud, lo que lleva implícita la idea de responsabilidad en el tratamiento de la enfermedad y en la prevención de la misma. Para cumplir estos requisitos, la sociedad otorga a los médicos ciertos privilegios, como el acceso a los sitios más "íntimos" del enfermo, tanto en lo que concierne a su cuerpo, como a sus pensamientos, ideas y secretos. El secreto profesional médico deriva de la existencia de la intimidad de la persona y del hecho de que el hombre es un ser social. La necesidad nacida del instinto natural de conservación lleva al hombre enfermo a consultar a otro hombre mejor preparado que él para que le ayude a encontrar la salud.

El alto valor que se le otorga a la confidencialidad se basa en: la autonomía, la justicia y la confianza¹⁰.

La autonomía superada es el respeto a la dignidad, y tiene estrechos vínculos con la confidencialidad y las normas sociales (consentimiento informado). La justicia es biunívoca, alude a los

¹⁰ Gracia Diego. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá. Editorial. El Búho. Ltda., 1998.

derechos y los deberes entre el médico y el paciente, y la confianza parte del código deontológico del médico y la percepción integral del paciente hacia su servidor.

La relación médico paciente implica la sinceridad para conocer la realidad de su situación. El deber del médico es presentar los hechos en forma verídica pero desde una perspectiva siempre esperanzada y educativa para lograr la salud de manera compartida.

El médico que se interese por construir una relación adecuada necesita desarrollar integridad dentro de la relación con el paciente porque esa relación es "una confianza entre conciencias", la integridad alude a ser fieles a esa confianza.

La ecuanimidad es una virtud necesaria en el profesional para atender con la misma dedicación y esmero a todos sus pacientes, ricos y pobres, niños o adultos, lo cual es bastante fácil desde el discurso, pero en la experiencia concreta no lo es tanto. Y finalmente, el respeto a la persona, que tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, un sujeto y no un objeto.

El profesionista médico está investido de una personalidad científica y moral cuya finalidad es el cuidado de toda la integridad de la persona, y así lo ha expresado en un juramento, y aunque no lo haya expresado está implícito en su título: es un profesional. Alguien que da un servicio prometido.

El médico tiene como centro de actividad, relacionarse con personas a las cuales se pretende reintegrar su equilibrio entre los estratos que lo integran y el ambiente, a la vez que se pretende educar para que no vuelva a existir esa desarmonía porque siempre se considera al paciente una totalidad integral.

La comunicación en la relación médico paciente tiene varios estratos, el de la comunicación intrapersonal, haciendo que el paciente reflexione en lo que es benéfico para su salud, en el plano interpersonal, para lograr la comprensión de beneficios que le aportan otros

profesionales de la salud, la comunicación corporal ilocutoria (no hablada) que tiene como autores a la personalidad de cada uno de los comunicantes¹¹, el médico con su investidura dentro de un hospital o consultorio, su acicalamiento, sus actitudes, su identificación, la inflexión de su voz, y del paciente todo aquello que lo rodea en su lecho o el cortejo que lleva al consultorio, su postura, vestimenta, etc., es decir, no solamente comunicación verbal, sino comunicación no verbal.

Dentro de la relación médico paciente es de suma importancia la confidencialidad como manifestación del respeto por el secreto profesional y que emana de una formación humanista del médico.

1.3. Implicaciones éticas de la educación para la salud.

En estas condiciones señaladas, se encuentra el núcleo de la educación para la salud, que tiene como fines lograr mejores hábitos de vida y adecuación de las costumbres culturales a la consecución de un ambiente sano y progresista.

El médico con buenos hábitos y costumbres para lograr una vida sana los manifiesta en su vida cotidiana, si no los tiene no los puede transmitir, o tiene una voluntad diferente a lo que sabe que es benéfico o dañino, es el caso de la alimentación controlada en el plano de la proliferación bacteriana o viral, que es más riesgosa en los estratos socioeconómicos bajos, en los expendedores de alimentos a los que se acude más por el sabor que por la razón de la limpieza y salud para la alimentación, porque en otra reflexión, existe también la búsqueda de la calidad de los nutrientes, la proporción y la condimentación que, cuando no se cuidan también son causa de desequilibrio orgánico funcional ya que provocan la estimulación de algunos receptores gastrointestinales que conducen a un exceso de secreciones digestivas y enfermedad.

El profesional de la salud debe ser congruente entre lo que sabe y lo que manifiesta para tener la fortaleza en lo que intenta convencer al

¹¹ Powell, J. ¿Por qué temo decirte quien soy? Editorial Sal terrae. México, 1998.

paciente por medio de la educación del individuo o su población de pacientes, ellos lo oirán, pero más bien lo juzgarán o evaluarán en su totalidad según se presenta.

La relación médico paciente implica un conocimiento variado de las disciplinas humanistas como la comunicación, la filosofía, la antropología y la psicología, disciplinas a las que se dedica con frecuencia poco tiempo o ni siquiera se contemplan en el desarrollo del plan de estudios (ver el currículum de la carrera de medicina)

1.4. La ética y las relaciones interprofesionales de los médicos.

La profesión médica tiene como campo extenso de su atención a la clínica en donde se ejerce el arte de la medicina y, su herramienta fundamental, proviene de la ciencia, con la que logra la exactitud y conveniencia del tratamiento. El arte corresponde a la personalidad específica del médico y la ciencia corresponde a los conocimientos que se encuentran valorados como ciertos en la comunidad científica.

En el médico no caben todos los conocimientos suficientes para la atención de un paciente, por lo tanto, debe recurrir a las habilidades y conocimientos de otros colegas a los cuales recurrirá con una intención de empatía, cuyo resultado se aplique a la solución del problema de salud de un paciente en una comunidad. Así el médico es científico y es conocedor del arte médico, es en sí y se relaciona con sus congéneres profesionales dentro o fuera de un hospital. Pertenece a esa comunidad científica y a ese gremio médico.

Cuando el profesional de la salud se considera persona y a sus colegas los considera personas, podrá trabajar con ellos con respeto a su dignidad, a su capacidad profesional y a su integridad dentro de una institución. En el caso de las enfermedades infecciosas y transmisibles por la vía oral a través de los alimentos, requiere del concurso de los profesionales de la nutrición, de la higiene y salud pública, de los docentes universitarios, de los profesores de los niveles, básico, medio y

superior de la educación para aplicar los programas preventivos aprendidos durante su formación profesional, es decir, requiere de trabajo colaborativo, de comunicación interpersonal, de respeto a las personas y de transmisión de conocimientos objetivos, así es como aplica la ética laboral, ciencia que debe estar manifiesta transversalmente en todo el recorrido de materias y módulos de la carrera de medicina con el fin de estar siempre presente en el médico aun cuando pase a los estratos de especialidad y de investigación o la profesión directiva institucional o gubernamental.

CAPÍTULO II.

PERFIL DE LA FORMACIÓN MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA, UNACH.

La Facultad de medicina Humana se encuentra ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Actualmente cuenta con 1045 alumnos distribuidos en los diez módulos del plan de trabajo en aulas.

2.1.- ANTECEDENTES

La Escuela de Medicina Humana se creó el 4 de enero de 1975, y a partir del 7 de septiembre de 1993 se denomina Facultad de Medicina Humana, por la creación de la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud y las especialidades médicas.

Aunque hay una selección de alumnos al ingreso, esta selección tiene una finalidad de control para ocupar los espacios físicos con los que cuenta la facultad, pero no es una selección por vocación para la profesión, por capacidad intelectual, actitudes frente a la vida y orientación hacia las ciencias médicas. El deseo de todo planificador escolar es que se hiciera una selección precisa humanística y científica.

2.1.1.- Perfil del egresado

El Plan de estudios de la carrera de medicina dice que el egresado de la Facultad de Medicina Humana deberá ser un profesional de la medicina humana con sentido ético y humanista, altamente capacitado para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los enfermos afectados con las patologías más frecuentes de la comunidad, en el primer nivel de atención médica; asimismo, colaborar en la atención integral de los pacientes que ameriten ser tratados en el segundo o tercer nivel de atención médica.

El egresado deberá tener en cuenta, para su estudio integral, que el proceso salud-enfermedad en el hombre es el resultado de la armonía de múltiples factores, y caracterizarse por mantener una conducta

autocrítica y de superación constante en los avances de su profesión para servir mejor al hombre y a la comunidad.

2.1.2.- Permanencia.

El alumno de la carrera de medicina humana, se mantiene cursando los módulos en cada ciclo escolar con una norma: No reprobando los créditos y el rendimiento de un módulo en dos oportunidades. Todo alumno que repruebe el mismo módulo dos veces queda fuera de la facultad y de la carrera. De esta forma no existe rezago educativo significativo, tampoco deserción escolar. Los alumnos tienen como meta permanecer y de ser posible obtener las mejores calificaciones, lo cual no es garantía de aprendizaje para la profesión pero si para acreditar módulos y lograr una buena posición en los ciclos escolares hospitalarios y de comunidad.

La facultad de medicina humana de la Universidad Autónoma de Chiapas tiene una estructura curricular holística al estar integrada en módulos, es decir, interrelaciona disciplinas en una función corporal específica, aparatos, sistemas que hacen posible la homeostasis, además de integrar en cada módulo metodologías y actividades prácticas en el campo social, en la clínica de consulta, en el hospital y en el laboratorio. Es decir, la visión de los planificadores del currículum de la carrera fue integradora.

2.1.3.- Ubicación de los participantes.

Precisamente los módulos preclínicos están entre el I y el IV. En los módulos básicos está la formación en medicina preventiva, la salud pública puesto que uno de los propósitos de aprendizaje es que el alumno se fije en lo que sucede en el individuo, la familia y la sociedad, por eso en el hecho práctico se tienen estudios de comunidad llamados de vinculación que no son de servicio sino de aprendizaje de una realidad. Los módulos clínicos están entre el V y el X para concluir con los módulos teórico prácticos integradores de un año cada uno: el Internado Rotatorio de Pregrado y el Servicio Social.

Se logra el perfil de egreso en 10 módulos, estando los tres primeros secuenciales y los 7 últimos sin una seriación precisa, de manera que algún día podrán cursarse en tiempos diferentes a la seriación. La actividad formativa de los profesionales de medicina tiene mucha carga teórica de contenidos que están en libros de texto, manuales, revistas y bases de datos puestos en la Web, y una actividad clínica que es deseada por los alumnos como una tarea a la que le dediquen más tiempo y calidad los docentes con el fin de lograr mayor efectividad de aprendizaje¹², que es propio de la profesión y el servicio.

La carrera de Medicina Humana tiene como característica central el contacto temprano de los alumnos con los problemas de la comunidad y un claro privilegio de la Atención Primaria de la Salud que consiste precisamente en la prevención de la enfermedad por medio de la educación para la salud y la higiene. El enfoque social y preventivo busca superar el enfoque tradicional individual y curativo que es propio de la metodología de la enseñanza de muchas currícula de la carrera médica.

Es deseable que se aborde el proceso salud-enfermedad como un producto de la interacción social con los profesionales de la salud en el país. Esta visión promueve una formación epidemiológica e higienista que permita realizar diagnósticos de salud de la comunidad, seleccionar las intervenciones destinadas a promover el desarrollo humano y generar un enfoque integral de la enseñanza clínica, atendiendo todas las dimensiones del paciente.

Además de las disciplinas tradicionales comienzan a incorporarse disciplinas no tradicionales indispensables para la formación integral del médico (bioética, comunicación, filosofía en general para enfocar la investigación y el plan de vida, además de herramientas como estadísticas, inglés, metodología de la investigación, etc.), con lo que se

¹² Cruz, Marcelo. "Las Expectativas de los alumnos de la carrera de medicina humana y el perfil del egresado" Tesis de maestría en docencia en ciencias de la salud, Facultad de medicina Humana UNACH, febrero, 2006. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

avanza en incorporar contenidos y reflexiones sobre esos aspectos en cada una de las asignaturas para la verdadera formación profesional.

Las asesorías clínicas guiadas son indispensables para la formación profesional, fomentando el contacto con el paciente con el soporte del “andamio” docente y con los problemas comunes de salud; con dichas prácticas, el alumno en formación percibe actitudes, planes diagnósticos y terapéuticos y al paciente como un todo y ahora sí es capaz de poner en práctica lo aprendido en las aulas.

Todo plan de formación profesional se desarrolla mediante la presencia de ejes curriculares que favorecen la integración de los conocimientos brindados a lo largo de la carrera; se ejercita con un adecuado grado de relación y pertinencia entre la formación práctica y los propósitos generales del plan. Se pone en práctica usando en forma sistemática, estrategias metodológicas innovadoras que promuevan: la reflexión, razonamiento y juicio crítico, lo que culmina con una formación práctica programada, supervisada y de complejidad progresiva.

El egresado de la licenciatura de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana tiene el perfil de un profesional de la medicina y se propone que responda a las necesidades y problemas que actualmente se viven en la realidad nacional, impregnado sólidamente de la metodología científica, conocedor de la historia de su pueblo y de la cultura de sus habitantes, profesional biófilo en su inclinación, capaz de hacer promoción de salud, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación.

Se presenta ahora el panorama del plan de estudios de la carrera que se cursa en 12 módulos.

2.2.- PLAN DE ESTUDIOS

Clave	Unidad de enseñanza aprendizaje	Teoría hsm1	Práctica hsm	Créditos
MODULO I				
MCBA0001	<p style="text-align: center;">El hombre y su medio externo</p> <p><i>Unidades asociadas :</i></p> <p style="padding-left: 20px;">La salud humana como un fenómeno biológico y social</p> <p style="padding-left: 20px;">El método científico como instrumento en el conocimiento de las ciencias de la salud.</p> <p style="padding-left: 20px;">El estudio de la salud como un fenómeno biológico, psicológico y social.</p> <p style="padding-left: 20px;">El estudio de la salud biológica, psicológica y social del individuo.</p> <p style="padding-left: 20px;">El estudio de la salud biológica, psicológica y social en la familia.</p>	16	10	42
Subtotal :		16	10	42

MODULO II

MCBB0002	<p style="text-align: center;">El hombre y su medio interno</p> <p><i>Unidades asociadas:</i></p> <p style="padding-left: 20px;">Bases bioquímicas</p> <p style="padding-left: 20px;">Bases de biología celular.</p> <p style="padding-left: 20px;">Bases histológicas.</p> <p style="padding-left: 20px;">Sistemas funcionales.</p>	15	15	45
Subtotal :		15	15	45

MODULO III

MCBC0003	<p style="text-align: center;">Agresión y respuesta</p> <p><i>Unidades asociadas :</i></p> <p style="padding-left: 20px;">Generalidades sobre agresión y respuesta</p> <p style="padding-left: 20px;">La atención médica de los problemas de salud-enfermedad.</p> <p style="padding-left: 20px;">Seminarios de integración.</p>	16	13	45
Subtotal :		16	13	45

MODULO IV

MCBD0004	Reproducción	15	15	45
	<i>Unidades asociadas :</i> La reproducción humana como un fenómeno biológico y social. El embarazo humano. El nacimiento. El puerperio. Seminarios de integración. Investigación.			
	Subtotal :	15	15	45

MODULO V

MCBE0005	Infancia y adolescencia	15	15	45
	<i>Unidades asociadas :</i> Generalidades sobre el crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente. Introducción a la patología del niño y el adolescente. Seminarios de integración. Investigación.			
	Subtotal :	15	15	45

MODULO VI

MCBF0006	Sensopercepción	15	15	45
	<i>Unidades asociadas :</i> Morfofisiología y exploración de los órganos del sistema. Introducción a la patología del sistema. Seminarios de integración. Investigación.			
	Subtotal :	15	15	45

MODULO VII

MCBG0007	Homeostasis	15	15	45
	Subtotal :	15	15	45

	Investigación			
Subtotal :		15	15	45

MODULO VIII

MCBH0008	Nutrición	15	15	45
	<i>Unidades asociadas :</i>			
	Morfología y exploración de los órganos del sistema.			
	Introducción a la patología del sistema y del estado nutricional.			
	Seminarios de integración.			
	Investigaciones formativas.			
Subtotal :		15	15	45

MODULO IX

MCBI0009	Sostén y movimiento genito-urinario	15	15	45
	<i>Unidades asociadas :</i>			
	Morfofisiología y exploración de los órganos del sistema de sostén y movimiento.			
	Introducción a la patología del sistema.			
Subtotal :		15	15	45

MODULO X

MCBJ0010	Senescencia y medicina social	15	15	45
Subtotal :		15	15	45

MODULO XI

MCBJ0010	Internado rotatorio de pregrado	10	70	90
Subtotal :		10	70	90

MODULO XII

MCBJ0010	Servicio social regionalizado	20	40	80
Subtotal :		20	40	80

Hsm corresponde a Horas, Semana, Mes.

Duración:	12 módulos
Total de créditos:	617
Módulos:	10 (UEA)
Inscripción:	Semestral

2.3.- Estrategias educativas en la carrera de medicina.

En la facultad de medicina humana se emplean estrategias educativas variadas, desde las tradicionales hasta las innovaciones de moda como la formación en competencias profesionales sin embargo solamente aquellos modelos que toman en cuenta a los seres humanos como personas dignas de respeto y con derechos plenos a desarrollarse saludablemente, cumplirán con los objetivos de educar para la salud, porque todos los seres pensantes tienen cualidades para aprender y todos tienen el deber de velar por su salud y conservar la vida.

Es necesario reconocer en los modelos educativos conocidos lo que sirve para formar educadores para la salud y lo que despersonaliza. Dos son los modelos más conocidos.

2.3.1.- El modelo tradicional.

El fundamento de este modelo es la experiencia, la objetividad presupuesta y la buena intención de transmitir con ahorro de tiempo y energías lo que es conocido y a veces probado como útil. Sin embargo el cambio de situaciones y enfoques es inevitable, el ser humano es investigador incansable y propone modos de vivir y pensar.

El docente, el experto, el científico, el práctico son personas que dominan un tipo de conocimiento. En base a esta visión, el alumno se inscribe en un curso porque sabe que hay en su dinámica quien le enseñará, sin lugar a dudas, un conocimiento que le parece atractivo para integrarse al mundo laboral.

De esta manera el docente y el experto tienen la autoridad por lo que saben, y se comportan como autoridades científicas, sociales y morales, con todas las consecuencias. Los alumnos están a merced de la autoridad del que sabe. El problema es que, quien ya sabe y es experto tenga experiencia para transmitir lo que sabe y respete la singularidad de cada aprendiz porque, una vez formado el profesional, no será una copia fiel de quien lo formó.

El experto en un tipo de conocimientos trata su parte, "enseña", puede ser especialista en la materia sin embargo, el alumno no pretende llegar a ser erudito sino ligar los conocimientos aprendidos con el resto de materias que integran el plan de estudios, de manera que es preciso medir la profundidad y extensión del aprendizaje de una materia.

La imitación es el objetivo de la enseñanza por eso se considera que se vuelve experto quien refleja al 100% lo que se le enseñó y la manera como se enseñó, lo que convierte al proceso en una clonación del docente en el alumno, el problema es que el alumno irá a escenarios distintos a los del docente.

La evaluación supuesta del conocimiento es más bien una evaluación de contenidos, es memorística reproductiva sobre el reconocimiento de datos ya probados por la ciencia, sin embargo la ciencia se mueve, evoluciona y falsa sus hipótesis. Si es verdad que hay que aprender procedimientos y datos base, para esto sirve el modelo tradicional y el conductista, pero la profesión deberá ser creativa, debe respetar la dignidad de los alumnos con sus propias capacidades e intereses de formación dentro de un patrón programado de áreas de conocimiento a dominar.

Este modelo educativo está vigente en todos los niveles formativos en las escuelas y facultades de la universidad, en él, el docente es la autoridad máxima del aula y la dirección la autoridad absoluta del plantel, pero hay que saber que la educación que se recibe se reproduce en sus métodos si el médico egresado no asimila los contenidos de la prevención, los transmitirá teóricamente y tendrá magros resultados cuando la sociedad desea ser guiada hacia la promoción de su salud.

El otro modelo que está vigente en la facultad de medicina es el conductista, con el se tiene más certeza de que se alcanzaron objetivos que pueden registrarse sin embargo mantiene al alumno reactivo, con la sensación de que ha cumplido créditos y objetivos y que ya es profesionalista capaz de enfrentar problemas de salud, pero ahora se

interesará más por cumplir programas y salvaguardar intereses y cumplir deberes legales y de conciencia social.

2.3.2.- El modelo conductista.

No se queda a un lado el aporte del conductismo en la formación médica. Existen contenidos temáticos que pueden apropiarse por medio de la tecnología educativa como un proceso instruccional y es por eso que se le toma en cuenta en este Plan de estudios.

Se habla de un proceso clásico de enseñanza aprendizaje. Siempre aparece el que enseña con certeza o con limitaciones. Con este modelo se necesita tener un programa instruccional con objetivos precisos y estrategias de premio y sanción llamados reforzadores, sin embargo la personalidad de adulto valora bien si necesita un premio castigo. Con la madurez se llega a trabajar por convicción cuando se está atento al aprendizaje¹³.

La limitación del modelo es que enseña y enseña contenidos e información pero no se dedica a formar profesionales. La responsabilidad mayor está en el docente, clona su conocimiento y es juez del avance, está interesado en perfeccionar la forma más adecuada de enseñar conocimientos y habilidades (contenidos) que el alumno se supone habrá de aprender, Skinner lo señala al decir: "Enseñar es expandir conocimientos: quien es enseñado aprende más de prisa que aquél a quién no se le enseña"

Gran parte de la conducta de los seres humanos es aprendida como resultado de las contingencias ambientales. Se pretende que un alumno aprenda o incremente un repertorio conductual utilizando los principios y procedimientos de reforzamiento de la conducta.

La manera de proceder es programando la enseñanza cambiando el arte por la técnica, hay manipulación, depersonalización del alumno y reforzamiento de la dependencia hacia los que más "saben". Se emplean técnicas de laboratorio conductual.

¹³ Skinner, F. B.. Tecnología de la enseñanza, editorial Labor, Barcelona, 1970, página 20.

Al hablar de enseñanza programada se tiene claro que se definen objetivos, se presentan en jerarquía de dificultad creciente, aunque el estudiante participa lo hace sin voluntad autónoma sino con voluntad coercitiva, recibe premios o castigos inmediatos, no se permite el aprendizaje colaborativo sino el individual. Se trata de una habilidad para autoaprendizaje por computadora.

El plan de estudios está centrado en el programa, en una tira de materias jerárquica y secuencial obligada con la condición de que se tenga claro lo que se va a enseñar.

El alumno para avanzar no debe cometer errores por eso la evaluación es puntual calificando reactivos incluidos en pruebas objetivas que eliminen el juicio subjetivo del docente, quien ve un examen contestado sabe que puede contrastarse la respuesta con lo que dice un libro con página y párrafo.

Los profesionales médicos lo primero que requieren es la "adulthood profesional" que les permita trabajar en escenarios distintos a los del aula y que reconozcan nuevos conocimientos e investiguen nuevas formas de trabajo y efectividad en el arte médico, no se requiere lograr un ejército de obreros de la medicina, por eso se buscan alternativas educativas para la formación profesional en otros modelos.

2.4.- La visión estratégica educativa deseable y su base filosófica.

La formación del médico en el arte y la ciencia médica requiere de un modelo educativo congruente con la ponderación de su actividad: arte y ciencia, ser congruente con la conciencia de la dignidad humana por la relación estrecha que tiene con sus congéneres: alumnos, compañeros de trabajo y los pacientes, de tal manera que el resultado de la formación profesional de un médico mantenga el balance del aprendizaje de las ciencias sociales y las ciencias naturales a la vez que mire al autodesarrollo que, por naturaleza, busca el propio médico. El modelo educativo conveniente es el constructivista.

El modelo constructivista se conforma con el aporte de otros modelos educativos como: el cognoscitivo, el humanista y el socio/histórico, sin embargo para el estudio de los contenidos científicos de la carrera, se requiere de los recursos que dan el modelo tradicional y el modelo conductista con sus atajos para el aprendizaje, sin dejar al modelo constructivista con menos carga sino que es éste el rector de la formación del nuevo médico.

2.4.1.- El modelo constructivista.-

Una de las características fundamentales del modelo constructivista educativo es la dedicación a lograr la actividad espontánea del alumno y la enseñanza indirecta, es decir, se pretende hacer al alumno responsable de su formación profesional, dejando al docente como guía experto que plantea preguntas y situaciones problemáticas en torno a lo leído previamente sobre los temas. El docente no debería enseñar (o al menos debe tratar de no hacerlo), puede hacerlo solamente cuando los alumnos ya han intentado y agotado sus propios medios para aprender, se dedicará a propiciar situaciones para que el alumno construya o descubra conocimientos lógico/matemáticos o físicos de manera natural y espontánea, como resultado de su propio nivel de desarrollo cognoscitivo.

La formación profesional requiere del aprendizaje del futuro médico y del manejo de las herramientas científicas con las que trabajará y que consta de datos e informaciones puntuales. Tradicionalmente se ha considerado como el aprendizaje propiamente dicho de la medicina.

La actividad en el aula se beneficia con la "**enseñanza indirecta**" sin olvidar que "Todo lo que enseña el docente directamente a un alumno, evita que lo descubra por sí mismo y que por tanto lo comprenda verdaderamente" El docente debe promover conflictos cognoscitivos y sociales de la profesión, respetar el ritmo de aprendizaje de los alumnos y los errores propios de los primeros estadios de contacto con la profesión.

El docente debe observar a los alumnos cuando aprenden y cuando están activos dentro de la escuela; debe observarse a sí mismo en el proceso de aprender nuevos contenidos. El método es su foco de atención, los contenidos son las piezas del juego profesional, no deberá situarse más allá de todo error.

Los docentes deben conocer las características de los estadios del desarrollo cognoscitivo y analizar los contenidos escolares tan cercanamente como sea posible a aquellos.

La propuesta cartesiana para analizar un contenido es válida pues conviene empezar el aprendizaje con hechos concretos y conocidos y partir de ahí para modificar en un estrato superior, la fineza de los conocimientos que se requieren en un módulo, hasta llegar al nivel de abstracción. El desarrollo cognoscitivo no es un proceso acumulativo sino de construcción, su naturaleza jerárquica requiere la formación de esquemas básicos antes de poder pasar a los complejos.

En la evaluación del nivel cognoscitivo logrado después de una experiencia curricular o escolar, se opta por reconocer qué es lo que se quiere e interesa evaluar, actitudes científicas, habilidades clínicas, razonamiento diagnóstico o fisiopatogénico. El énfasis de la evaluación se centra en el estudio de los procesos cognoscitivos y escolares y en la utilización del método clínico/crítico.

Los exámenes conocidos y frecuentes en su aplicación escolar, generalmente evalúan la adquisición de información y no las habilidades de pensamiento. La permanencia de los conocimientos que se demuestran en los exámenes, privilegia la repetición de información se fomenta la memorización sin sentido. Así el aprendizaje pierde su razón de ser, ya que al concentrarse alrededor del logro de resultados efímeros, deja de lado lo más valioso como sería la formación de la inteligencia y de buenos métodos de trabajo en los estudiantes.

El educador para la salud debe tener una convicción profunda que nace del análisis y la reflexión, de la construcción personal o lo que es lo mismo, la dignificación o integración de lo que aprende a su

manera de ser. El constructivismo de un aprendizaje activo y si se repite como estrategia pedagógica surte efectos deseables.

El constructivismo se apoya en el proceso activo de la información por un ser pensante e inteligente, así como fue la investigación genética del aprendizaje por Piaget y que da origen a un modelo psicológico epistemológico llamado modelo cognoscitivo.

2.4.2.- El modelo cognoscitivo.

La educación debe orientarse a lograr el desarrollo de habilidades de aprendizaje y no sólo el enseñar conocimientos porque el aprendizaje de contenidos de conocimiento socialmente válido, no es suficiente. El estudiante necesita desarrollar habilidades intelectuales, estrategias formativas, actitudes de comportamiento, etc., para conducirse en forma eficaz ante cualquier tipo de situaciones de aprendizaje sean favorables o desfavorables y aplicar los conocimientos adquiridos frente a situaciones nuevas. El proceso de aprendizaje está puesto en el alumno para que desarrolle su potencialidad cognoscitiva y se convierta en un aprendiz estratégico que sepa cómo aprender, plantear y solucionar problemas. No basta aprender los contenidos sino aprenderlos para la profesión efectiva.

Se pretende que el médico obtenga siempre un contenido significativo de conocimientos ya sea que lo haga por recepción de los datos probados o por descubrimiento de la forma como se producen los eventos, para nada ayuda mantener una estrategia de aprendizaje memorístico literal o numérico. El aprendizaje significativo utiliza la valoración con los conocimientos previos, no parte de conocimiento nulo, requiere de voluntad y disponibilidad de tiempo.

El aprendizaje es un proceso analógico que utiliza los conocimientos previos del alumno acumulando datos útiles, ajustando el nivel de análisis del conocimiento a adquirir y corrigiendo lo que ahora se considera deficiente o erróneo para plantear y solucionar un problema.

Se entiende que el aprendizaje es entendido como un proceso complejo de solución de problemas, dónde el alumno debe intervenir estratégicamente, coordinando sus medios disponibles llamados estrategias, para alcanzar la solución. Tómese en cuenta que cada alumno evoluciona con diferentes capacidades estratégicas para encontrar las analogías y la importancia de los datos para su formación profesional.

La evaluación del aprendizaje debe ser congruente con el modelo al elaborar pruebas en estrecha correspondencia con el trabajo efectuado sobre: los objetivos de conocimiento, evaluando el recuerdo literal de la información, sobre los objetivos de comprensión, evaluando la extracción de los aspectos sustanciales de la información aprendida, los objetivos de aplicación, planteando situaciones donde se haga uso de la información aprendida en un contexto nuevo y los objetivos de análisis, síntesis y evaluación por medio de pruebas de situaciones profesional, monografías, investigación de productos originales, ensayos, etc. No es necesaria la repetición memorística de lo aprendido.

2.4.3.- El modelo humanista.

La educación debe centrarse en ayudar a los alumnos para que decidan lo que ellos son y lo que ellos quieren llegar a ser, pues todos los estudiantes son diferentes, y la educación los ayuda a ser más como ellos mismos y menos como los demás. En este sentido se considera que es necesario ayudar a los estudiantes a comprender más sus experiencias profesionales.

La educación humanista debe lograr el máximo de la autorrealización de los estudiantes en todas las esferas de la personalidad, proporcionándoles opciones válidas de autoconocimiento, crecimiento y autodecisión personal. El proceso involucra a la persona total del alumno bajo un clima de libertad total para que el alumno inicie por sí mismo ese aprendizaje.

El ser humano tiene una capacidad innata para aprender, si no se le ponen obstáculos para que se desarrolle en forma oportuna. El

aprendizaje será benéfico cuando involucra a la persona como totalidad incluyendo sus procesos afectivos y cognoscitivos y se desenvuelve de manera vivencial o experiencial.

Para que el aprendizaje se logre, es necesario que el alumno vea el contenido a aprender como importante para su profesión personal promoviendo la participación con sus propios recursos y su responsabilidad de lo que va a aprender, que se eliminen los contextos amenazantes que pudieran estar alrededor de él, se construya un ambiente de respeto, comprensión y apoyo para cada uno de los alumnos.

Una manera de proceder es, enfrentar a los alumnos con la realidad profesional construyendo problemas que se perciban como reales. El docente dedicará tiempo para construir los simuladores clínicos para la discusión de ellos con los conocimientos de los textos y bases de datos. Dejar la libre asociación entre estudiantes para el estudio de los problemas planteados. La actividad en clase será un constante fomento de la reflexión significativa de los componentes de cada caso hasta llegar a un diagnóstico, plantear un tratamiento y emitir un pronóstico.

El registro del grado de aprendizaje es por autoevaluación, según la capacidad lograda de plantear y resolver problemas siendo conscientes del grado de satisfacción con el avance obtenido, del compromiso personal con el curso y la percepción de relación entre contenidos de cada módulo. El alumno hará conciencia del grado de profundidad con que estudió los materiales, el empeño puesto en todas las clases y actividades escolares, reconocer la dedicación en los otros módulos, comparación de la dedicación educativa con respecto a los compañeros.

2.5.- Fundamentos epistemológicos del constructivismo: la fenomenología, el racionalismo y el relativismo.

Si se considera al constructivismo como opción educativa que haga efectiva la educación para la salud, debe presentarse con

argumentos su benignidad y su aportación a la tarea de formar los cuadros médicos esperados por la sociedad. Estos son dos argumentos que justifican al empleo del constructivismo.

- El ámbito de lo humano no está solo constreñido a leyes. Los acontecimientos humanos son particulares, son únicos, irrepetibles, no susceptibles de ser absolutamente dominados por legalidades. Es un ámbito fundamentalmente histórico.
- El método adecuado para alcanzar el conocimiento en el ámbito de lo humano no puede ser el generalizador. El método correcto para lograr el conocimiento en ese lugar es aquel que atiende a lo particular.

El modelo educativo constructivista utiliza una base genética del conocimiento en donde el estudiante es un sujeto *activo* en el proceso de aprender. La información que provee el medio es importante pero no suficiente para que el sujeto conozca. Los racionalistas, consideran que la información obtenida por los sentidos está condicionada por los marcos conceptuales previos que tiene ya el alumno y que orientan a todo el proceso de adquisición de los conocimientos. Los conocimientos son *construidos* por el sujeto cognoscente cuando interactúa con los objetos físicos y sociales. Existe un tipo de realismo crítico poperiano en la manera de proceder evaluando fortalezas.

Existe una *interacción* recíproca entre el sujeto y el objeto de conocimiento. El sujeto transforma al objeto al actuar sobre él y al mismo tiempo construye y transforma sus estructuras o marcos conceptuales en un ir y venir sin fin. El sujeto conoce progresivamente más al objeto, en tanto se aproxime más a él (por medio de los instrumentos y conocimientos que posee va creando una representación más acabada del objeto) sin embargo el fenómeno dialéctico hace que el objeto se aleje más del sujeto, es decir, el objeto "se vuelve" más complejo, y le plantea nuevas problemáticas al sujeto y nunca acaba por conocerlo completamente.

El profesional médico en formación se concibe como un constructor activo de conocimientos que, a su vez, orientan sus acciones frente el objeto. En esto radica precisamente la noción de *relativismo*, el final no aparece, la conclusión depende de circunstancias. Dicho de manera simple, el sujeto siempre conoce en función de sus marcos asimilativos, y en este sentido se dice que tiene referencia de lo que puede conocer en un momento relativo de su desarrollo.

El mismo sustento epistemológico tiene el cognoscitivismo, es racionalista pues da primacía a las representaciones y entidades internas (ideas, conceptos, planes,) sobre los hechos externos durante el proceso del conocimiento. El alumno aprende lo que le es significativo a pesar de la influencia del memorismo de datos. Es un ser digno, libre y responsable que aprende por descubrimiento las verdades que se le presentan en los textos. El sujeto interpreta y resignifica continuamente, en forma dinámica, la realidad.

Pero esto no es suficiente en la formación profesional, se requiere mantener siempre el concepto de trato educativo y de servicio entre personas y no entre individuos o cuerpos/mente, por eso se recurre a la teoría existencialista en el plano del humanismo. El ser humano crea su persona por las propias elecciones o decisiones que va tomando. El hombre es entendido como un ser en libertad independientemente de las condiciones en las que vive, pero con responsabilidad.

La fenomenología dice que los seres humanos se conducen a través de sus propias percepciones subjetivas y en esencia, desde el punto de vista fenomenológico, la gente responde no a un ambiente objetivo, sino al ambiente tal y como ellos lo perciben y lo comprenden. En este sentido, para estudiar a otro ser corpóreo, es necesario comprender la problemática tomando en cuenta su dignidad de persona, eso es el paciente en el servicio y el estudiante en el aprendizaje.

El modelo educativo propuesto en el plan de estudios se aplica en un medio social y cultural por lo que interviene la visión filosófica del materialismo dialéctico. Para Vygotsky, el problema del conocimiento entre el sujeto y el objeto del conocimiento se resuelve con el planteamiento *interaccionista dialéctico* (S ---- O), donde existe una relación de influencia recíproca entre ambos. En la actividad objetual, se materializan y desarrollan las prácticas histórico-sociales del proceso de producción. El sujeto cognoscente participa modificando el medio social, no simplemente se adapta. El Conocimiento tiene su origen en la interacción dialéctica entre el sujeto cognoscente y el objeto, dentro de un marco histórico-contextual del que forma parte el sujeto.

La organización y estructuración curricular tiene como base la forma en que los alumnos van adquiriendo, construyendo y transformando el conocimiento de acuerdo a la etapa de desarrollo cognoscitivo en que se encuentren, tomando en cuenta la forma de pensar de los estudiantes para que los objetivos y los propósitos curriculares estén de acuerdo con las capacidades, competencias y potencialidades de ellos formando su autonomía profesional. La operabilidad del presente diseño curricular esta orientada a formar mejores profesionales.

Por todo lo visto en el panorama educativo de la Facultad de Medicina Humana de la UNACH, se sabe que hay una pretensión humanística en la formación, con apoyo científico en la adquisición de datos objetivos, una actitud crítica de los procesos estudiados, pero es necesario plantear sucintamente la educación para no enfermar, al menos en lo que se refiere a los padecimientos infecciosos que se adquieren por la vía oral y que, los seleccionados como parte de la construcción de las preguntas del instrumento de investigación en cada alumno que participó voluntariamente, son solamente una muestra de acciones preventivas.

CAPÍTULO III.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LOS PADECIMIENTOS INFECTOCONTAGIOSOS MÁS COMUNES.

3.1.- Precisiones teóricas en torno al concepto de salud

La definición conceptual de la salud ha sido uno de los temas más debatidos y menos congruentes en el pasado siglo, trascendiendo a la actualidad. Entre los enfoques generalizados en este sentido, distinguimos el de la oposición entre salud/enfermedad, donde se resalta como más claro el concepto de enfermedad. El más fiel representante para definirla ha sido el modelo biomédico, que está erigido sobre el dualismo mente/cuerpo. La salud se define en términos negativos: "No es sólo la ausencia de enfermedad sino el completo estado de bienestar: físico, mental y social". Según criterios de Knapp (Op. Cit) se le señalan inconsistencias tales como la dificultad de determinar entre lo normal y lo patológico, lo cual no siempre es posible por la variabilidad del concepto de normalidad, así como la inadaptación de definiciones negativas a los postulados de las ciencias sociales.

Esta es una de las definiciones extendidas en la comunidad científica, fue impulsada por la OMS en 1946 con una pretensión de tener una perspectiva positiva, colocando en el centro al completo estado de bienestar físico, mental y social. Aunque fue revolucionaria en su tiempo, a esta definición se le puede objetar la linealidad, la superposición y la asociación del bienestar con la salud, su estatismo ideal y totalitarismo terminológico, cuando se desea hacer una crítica de lo que es una definición o una decisión terminante, de otra manera queda como un concepto aceptable en circunstancias, pero no como un universal.

A partir del modelo bio-psico-social se han realizado aproximaciones paulatinas para definir la salud y la enfermedad como

resultado de la interacción sistémica de factores biológicos, psicológicos y sociales, premisa necesaria para considerar sus determinantes, y concebirla, además, como proceso que implica el funcionamiento de los distintos sistemas del organismo, aunque se deja fuera el para qué de la vida y la salud que es la trascendencia del yo interior, antes señalado como el motor y organizador de la vida plena.

Es útil aceptar los postulados psicosociales formulados por la OMS en su Programa de "Salud para Todos en el año 2000", y que han sido desarrollado por prestigiosos autores, como los españoles Rodríguez y García, así como la aproximación conceptual propuesta por González¹⁴ al aportar una visión cualitativa e integral del proceso salud a nivel individual, la cual constituye la base epistemológica para integrar, actualizar y construir la noción de la salud para un concepto de persona y no sólo de individuo mente/cuerpo en sociedad.

La salud es un proceso en una corporeidad donde se combinan factores biológicos, psicológicos, sociales y de trascendencia en la persona que se expresan a nivel individual y grupal, de forma única e irrepetible. El proceso aludido manifiesta una tendencia, una meta que apunta hacia la experimentación de bienestar, comprometido con la optimización de los recursos que le llegan de su ambiente y su cultura para disminuir su vulnerabilidad ante los diferentes factores causantes de la enfermedad o sufrimiento, para responsabilizarse de su desarrollo pleno e integrarse a la compleja red de exigencias sociales que demanda la vida cotidiana.

La salud es el resultado de la capacidad de regulación de la persona humana y los grupos sociales a los que pertenece hacia una cultura saludablemente efectiva, un estilo de vida que contribuya a la optimización de las funciones somáticas, psíquicas, espirituales y del sistema de relaciones sociales propias del ser humano.

¹⁴ González Rey, F. (1994). Personalidad, modo de vida y salud. La Habana: Editorial Félix Varela.

Responsabilizarse por la salud desde una perspectiva de emergencia social, implica estudiar el proceso en su determinación social y su origen de estudio desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Ello significa estudiar el proceso salud enfermedad con las técnicas psicosociales de diagnóstico e intervención. De esta manera se concibe a la salud desde la perspectiva de la calidad de vida y del desarrollo humano de grupos y personas. Por lo tanto, la salud se mira como responsabilidad de cada uno y de todos en su vida diaria y no se ve solamente desde la conceptualización de los expertos y las instituciones creadas para ese servicio¹⁵.

El concepto de salud que implica el compromiso de las personas y la participación educativa de las instituciones y profesionales de la salud debe concretizarse, pues la ciencia necesita de la clarificación conceptual como herramienta para la valorización de identidad y desarrollo teórico de sus contenidos.

Una vez clarificado el concepto se concibe a la salud y la higiene (hábitos y costumbres que contribuyen a lograr la salud) en el recinto universitario como un proceso construido de manera personal y grupal por los participantes en el trabajo de los centros de Educación Superior, que abarca la participación de las áreas de trabajo y de la actividad de aprendizaje en las aulas¹⁶.

La cooperación para la higiene es una expresión del nivel de satisfacción, autorrealización y experimentación de bienestar de cada persona utilizando los recursos personales para prevenir padecimientos variados conociendo los factores predisponentes y desencadenantes del proceso, de manera que se pueda crear un ámbito saludable para el desarrollo pleno de la vida de cada persona mientras se permanece en estas instalaciones y, más allá del tiempo de permanencia, para estructurar un estilo de vida que sea expresión del empleo óptimo de las

¹⁵ Sánchez Vidal, A.: Evaluación comunitaria: necesidades y programas. En Selección de lecturas sobre Psicología social y comunitaria pp 11-30. La Habana: Servigraf. 2000.

¹⁶ Ruiz, M. La arquitectura del conocimiento en la Educación Superior. México: Instituto Politécnico Nacional. 1999.

funciones orgánicas, mentales, del sistema de relaciones sociales y el logro de metas personales.

Esta aproximación al concepto de salud en el ambiente universitario tiene las siguientes implicaciones:

1. Comprender que la salud es un proceso continuo, porque está en constante desarrollo, es tener conciencia de que está determinada por el funcionamiento de los distintos niveles constituyentes de la corporeidad humana dentro del desarrollo social y cultural recreado en la universidad.
2. Se pone al estudiante en conciencia para que experimente satisfacción, al contribuir a preservar su salud para su completo bienestar. Se sabe que la salud es una experiencia subjetiva de la armonía del todo integrado. Es común que no se tenga conciencia de que se está saludable hasta que aparece la enfermedad o el desequilibrio transitorio, hecho que deberá repercutir siempre de algún modo en diferentes momentos de la actuación de la persona en concreto¹⁷. Incluso, en casos graves de enfermedad esta deberá valorarse como experiencia.
3. Se crea una conciencia de salud y el concepto se sitúa en el plano de la persona, de sus vivencias, de sus conocimientos hasta ese momento adquiridos sobre la función vital, aparece el sentido de responsabilidad y de tener la capacidad para aceptar sus padecimientos y su potencial vulnerabilidad ante las enfermedades, para determinar su papel activo con respecto al ambiente físico y cultural que asume, crea y vive y de las consecuencias del estilo de vida estructurado.
4. Implica la integración del concepto desde la visión del médico y el paciente concebidos como persona.

¹⁷ González, Rey F., Mitjans Martínez, A. La personalidad su educación y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1989.

5. Al ser constituido subjetivamente, caracteriza a personas y grupos de personas, y se convierte en un indicador de la calidad de vida de estos.

La calidad de vida concebida con los componentes subjetivos: bienestar, forma de vida y los componentes objetivos: cantidad de constituyentes, indicadores sociales, bienes materiales y accesos a diferentes derechos de manera integrada y con visión de higiene y salud pública, que es el centro de toda la concepción promotora de salud en las universidades.

Debido a que el centro de la educación para vivir plenamente y mantener el respeto a la vida propia y ajena, es necesario tratar algo sobre lo que es la prevención.

El *Webster Dictionary* define el término prevención como el "acto de evitar que algo pase". Según esta definición, casi todas las actividades de la vida diaria podrían ser consideradas como prevención. Lo mismo cabría decir de las actividades de la medicina, ya que su objetivo final es evitar la incapacidad o la muerte.

Pero en el trabajo médico, el término prevención se reserva para las actividades educativas y de ejemplo que tienen como objetivo evitar las enfermedades de manera que se opone conceptualmente al término curación. De hecho, la medicina se ha definido como el "arte y la ciencia de prevenir y curar las enfermedades".

Cabe destacar que no toda la prevención pertenece al campo de la medicina. Cualquier intervención que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad, tanto si es de carácter médico como si no lo es (por ejemplo las intervenciones legislativas, medioambientales o sociales), es una medida de prevención.

La prevención médica se amplía hoy en día a las actuaciones que se aplican durante la etapa presintomática, con objeto de detectar la afección precozmente, lo cual en algunos casos mejora el pronóstico del

padecimiento adquirido en comparación con el tratamiento efectuado cuando el diagnóstico se establece en la fase florida de la enfermedad¹⁸.

A principios del siglo XX, cuando los procesos patológicos predominantes eran de naturaleza infecciosa, la prevención de las enfermedades y la mejora de la salud de la población dependían fundamentalmente de medidas preventivas "no médicas" dirigidas al control sanitario del medio ambiente y de los alimentos. Estas actividades eran desarrolladas por profesionales sanitarios no médicos (veterinarios, farmacéuticos, ingenieros sanitarios) basándose en conocimientos científicos aportados por ciencias distintas de la medicina (veterinaria, farmacia, ingeniería sanitaria).

Puesto que la prevención es multidisciplinaria, por lo visto y porque es un proceso, debe tener diferentes fases las cuales pueden esbozarse con fines de organización del marco teórico de la tesis.

3.1.1.- Niveles de prevención

Cualquier enfermedad es el resultado de un proceso dinámico que parte del desequilibrio entre el agente patógeno y el medio ambiente que involucran al huésped. Los agentes causales son los factores de riesgo que pueden estar presentes en el medio ambiente, pero también en la integridad corpórea del huésped e interaccionan con la mayor o menor susceptibilidad genética, constitución orgánica y hábitos de vida del paciente a la enfermedad. En ausencia de tratamiento, ésta sigue su curso natural que puede llevar a la curación, a la cronicidad, a la invalidez o a la muerte. En cambio, cuando recibe tratamiento oportuno, suficiente y si es efectivo, el curso se modifica favorablemente hacia la curación por crisis. La enfermedad no es, pues, estática, sino dinámica y sigue un curso o historia natural.

Con fines didácticos y para la reflexión crítica para el diagnóstico, en el campo de la medicina preventiva es importante pensar en la historia natural de la enfermedad. En ella cabe distinguir tres períodos:

¹⁸ R. Martínez y Martínez "Pediatria; la salud del niño y del adolescente", 4ª edición, editorial Manual moderno, México D. F. 2001 páginas: 712-713.

El primer *período se llama convencionalmente prepatogénico* o de susceptibilidad se caracteriza porque están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Son factores ambientales (agentes de naturaleza infecciosa, física, química), conductuales (dieta inadecuada, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, uso de drogas) o endógenos (sexo, edad, predisposición familiar). Algunos de estos factores son necesarios (pero no suficientes) para que se produzca la enfermedad. El ejemplo más claro es el de los agentes causantes de enfermedades infecciosas. Otras veces, el factor no es absolutamente necesario para que se desarrolle la enfermedad, la cual puede ocurrir en su ausencia, pero su presencia se asocia a una probabilidad incrementada de aparición de la afección. Éste es el caso de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad).

Debe considerarse que los factores de riesgo o llamados predisponentes, que pueden ser inmutables o pueden ser susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmutables que no pueden ser modificados, pero ayudan a identificar a los grupos de individuos que requieren mayor vigilancia y supervisión. Por el contrario, son susceptibles de modificación, el tabaquismo que puede ser eliminado, la hipertensión arterial que puede ser controlada con un buen tratamiento, los hábitos alimentarios, etc.

En la mayoría de las enfermedades, la interacción de todos estos factores con el huésped acaba desencadenando el estímulo productor de la enfermedad (comienzo biológico), momento en que se inicia el período patogénico.

El segundo *período se llama convencionalmente patogénico* al que se le consideran dos estadios: el presintomático o de incubación (cuando es infeccioso el origen) y el sintomático o de enfermedad clínica. Durante el período presintomático no hay signos clínicos de la enfermedad, pero, como consecuencia del estímulo causal citado, ya se ha producido el comienzo biológico y se han iniciado los cambios

anatomopatológicos y se han echado a andar los mecanismos humorales y funcionales orgánicos de defensa y manifestación de daño. Estos cambios son los responsables de la manifestación de la enfermedad por ejemplo la arteriosclerosis, las enfermedades malignas, metabólicas, hemorragíparas, autoinmunes, etc. En el estadio clínico los cambios en los órganos y tejidos son ya suficientemente importantes para que aparezcan signos, síntomas y síndromes de la enfermedad en el paciente.

El tercero y *último período* de la historia natural de la enfermedad refleja el *resultado* del proceso: crisis o lucha hasta la recuperación, incapacidad orgánica o funcional, estado crónico o bien la lisis o muerte del paciente por falla orgánica.

Las actividades preventivas se derivan de cada período y se clasifican en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La *prevención primaria* tiene por objeto disminuir la probabilidad de que aparezcan las enfermedades. Se trabaja en esta prevención por la educación para la salud una vez que se conoce a la perfección la historia natural de un padecimiento, se conoce el medio ambiente y los agentes potencialmente patógenos que viven ahí, los hábitos y costumbres del huésped y su constitución orgánica y genética. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir el riesgo de enfermar y la incidencia de los padecimientos según la epidemiología del lugar.

Las medidas sanitarias de la prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo con el huésped determine la producción del estímulo causante de la enfermedad.

Hoy en día suelen distinguirse dos tipos de actividades de prevención primaria: las de *protección de la salud*, que se ejercen sobre el medio ambiente, y las de *promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, que se llevan a cabo también con la protección específica con inmunizaciones pero principalmente por la educación que cambia

hábitos de comportamiento en todos los sentidos de la vida y, en algunos casos, quimioprofilaxis y quimioprevención cuando hay heridas potencialmente infectadas.

La *prevención secundaria* es conocer cuanto antes el problema, plantear la solución conociendo el medio y los avances de la ciencia más la dotación de medicamentos e instrumentos para la atención para la limitación del daño o detener el curso natural del padecimiento, esta prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido o, si ha existido, ha fracasado.

Una vez que ha aparecido y actuado el estímulo causante de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno, lo cual en algunos casos mejora el pronóstico de la afección en comparación con el tratamiento efectuado después del diagnóstico habitual.

La *prevención terciaria* corresponde al rescate de funciones deterioradas recuperables o de la rehabilitación cibernética para la función o la estética como es el uso de las prótesis o la paliación de síntomas. Es la prevención más costosa y menos efectiva de rescate del todo corpóreo para integrar a la persona a la sociedad y a continuar su autodesarrollo.

Métodos de prevención en el ámbito clínico. Medicina clínica preventiva

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante acciones que inciden sobre las personas, ejecutadas en el ámbito clínico, se lleva a cabo con cuatro grandes grupos de acciones preventivas: tres de prevención primaria (inmunizaciones preventivas, quimioprofilaxis y quimioprevención, y educación para la salud) y una de prevención secundaria como diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y suficiente del cuadro clínico presente y evolutivo.

Inmunizaciones preventivas.- Las inmunizaciones son el instrumento más clásico de la medicina preventiva en el terreno de la

enfermedad infecciosa. *Quimioprofilaxis y quimioprevención.*- Esta profilaxis consiste en la administración de fármacos (antibióticos, ácido acetilsalicílico) o productos biológicos como los estrógenos, antiestrógenos para pacientes con neoplasias hormonodependientes que se dan a personas asintomáticas como prevención primaria para reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad o frenarla. En general se utiliza el término *quimioprofilaxis* cuando el objetivo es la prevención de una enfermedad infecciosa, y el de *quimioprevención* si se trata de prevenir una enfermedad crónica.

Más reciente es la introducción de la quimioprevención para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ácido acetilsalicílico para la prevención de las lesiones vasculares por estrechez coronaria que provoca el infarto del miocardio, prevención que se hace en los varones asintomáticos mayores de 40 años con alto riesgo de padecer la enfermedad; el empleo de estrógenos en mujeres posmenopáusicas asintomáticas pero con riesgo elevado de desarrollar osteoporosis).

En los últimos años se han efectuado o están en curso numerosos ensayos controlados para evaluar la eficacia y seguridad de diversos fármacos (betacarotenos, vitamina A, retinoides, tamoxifeno) en la prevención primaria de diferentes tipos de cáncer. Los ensayos llevados a cabo para la prevención primaria del cáncer de mama mediante el tamoxifeno en las mujeres posmenopáusicas en alto riesgo de padecer cáncer de mama han dado resultados positivos.

Los beneficios en términos de prevención primaria de la afección parecen superar claramente a los efectos adversos del fármaco, por lo que es previsible que en un futuro próximo el tamoxifeno sea aprobado por el *Food and Drug Administration* de Estados Unidos para ser utilizado en la quimioprevención del cáncer de mama.

Educación para la salud.

La educación para la salud requiere de formación comunicativa y de la capacidad de elaborar programas por medio de la planeación,

organización, ejecución y evaluación por un equipo de médicos salubristas y médicos generales, pertenece al campo médico de acción clínica asistencial es el instrumento con mayor potencial preventivo de la medicina clínica preventiva que ahorra sufrimiento y economía.

Los comportamientos propiciados por la tecnología y los estilos de vida se han vuelto insanos por su mal uso, no por tomarse como apoyo para aliviar la carga de la vida en cuanto a esfuerzo y extensión de los sentidos para el trabajo, por eso constituyen, en esta modernidad el principal determinante de las enfermedades y el deterioro de la salud en los países industrializados como por ejemplo la obesidad por la comida rápida "sabrosa" por el contenido graso y los condimentos.

En los países con hábitos sedentarios por el transporte mecanizado, la alimentación fundamentada en el sabor, la promoción de la salud es principalmente una cuestión de comportamientos (conductas en relación con la alimentación, ejercicio físico, sueño, reposo, recreación, relaciones interpersonales). En esos países la prevención de la enfermedad está relacionada con el control de los factores conductuales que no pueden ser mejorados más que con el convencimiento de cambiarlos por los saludables, ya que, en la actualidad, los estilos de vida son una de las causas más significativas de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, cirrosis hepática, etc.), de los accidentes en el hogar y en tránsito por las calles y de otros muchos problemas de salud como las enfermedades venéreas, la drogodependencia, los abortos por embarazos no deseados, etc.

La educación para la salud comienza en el hogar y sigue en la escuela. Para la difusión y penetración de los programas educativos para la salud se utilizan los medios masivos de comunicación y los servicios clínicos asistenciales en clínicas y hospitales. Tiene particular importancia los programas de atención primaria. Los responsables de la difusión de conductas saludables y la organización de los programas y su aplicación, son los profesores de escuela, los estudiantes de

medicina, los médicos y los demás profesionales de la salud en sus distintos ámbitos de trabajo como la enfermería, la psicología, odontología, los departamentos de consejo familiar, los nutriólogos, etc., además de tener un importante papel activo en el consejo médico, cumplen también un importante papel pasivo o ejemplar como "modelos" en el caso de hábitos muy extendidos entre la población como la obesidad por ingesta inmoderada y desequilibrada de alimentos o el tabaquismo y alcoholismo y drogadicción en profesionales de la salud.

Entre las medidas preventivas disponibles para los clínicos, las más importantes son las dirigidas a modificar los estilos de vida insanos en los pacientes.

Las actividades de la medicina convencional (p. ej., las pruebas diagnósticas o los chequeos) pueden tener menos valor para los pacientes que otras actividades, por ejemplo la educación para la salud en individuos asintomáticos que tradicionalmente se ha considerado que no formaban parte del ámbito del médico práctico. La prevención primaria mediante el consejo médico sobre factores de riesgo tan importantes como el consumo de tabaco, la falta de actividad física, la alimentación desequilibrada, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales y la falta de uso del cinturón de seguridad al conducir vehículos de motor, entre otros, debe comenzar por ejemplo del profesional de la salud al manifestarlos públicamente.

La prevención secundaria en cambio, requiere mayor gasto y mayor preparación y concierne a los profesionales de la salud formados en general y en especialidad y gastan muchos recursos. Es preferible que la población prevenga y no que se ponga en riesgo grave mientras espera atención en los hospitales y consultorios.

Hay una modalidad de prevención con el llamado chequeo periódico con el fin de detectar inicios de padecimiento o cronicidad de alguno degenerativo o la etapa subclínica de un padecimiento como la degeneración neuronal, la isquemia vascular cerebral y coronaria, las displasias precursoras de cáncer, etc.

El chequeo médico en su concepto más amplio, se puede definir como la aplicación de procedimientos de selección (cuestionario, examen físico, test) a poblaciones de individuos aparentemente "sanos" con objeto de identificar en la fase de latencia, durante el período subclínico detectable, a aquellos que pueden estar enfermos o que tienen un riesgo incrementado de padecer una enfermedad determinada porque presentan un factor de riesgo determinado. Se trata sólo de hacer una selección, es decir, de separar a los individuos que pueden estar enfermos o que tienen el riesgo de padecer una determinada enfermedad de los que no.

Cuando la prueba de detección oportuna se aplica a grandes poblaciones no seleccionadas, el proceso se denomina *catastro de población*. La realización de telerradiografías de tórax en escolares como requisito de inscripción para el ciclo escolar y las pruebas sanguíneas de glucemia, urea y creatinina en sangre, en búsqueda de diabetes subclínica o insuficiencia renal de origen a determinar, son ejemplos de este tipo de chequeo preventivo por diagnóstico precoz, fue este procedimiento muy utilizado por la salud pública en el pasado, pero sus costos y el avance de nuevos métodos de rastreo efectivo los han sustituido pero con un sustento en la educación preventiva.

La medicina clínica, en cambio, emplea las pruebas de detección oportuna en un contexto diferente. Su interés por las enfermedades o los factores de riesgo no conocidos no se refiere a la población total, sino a los pacientes que atiende. Cuando un clínico busca una enfermedad o factor de riesgo mediante pruebas de cribado aplicadas a un paciente que consulta por motivos que no tienen nada que ver con la enfermedad o afección investigada, se dice que está haciendo *búsqueda activa de casos*.

La distinción entre el catastro masivo y la búsqueda activa de casos es sutil pero importante. En el caso del catastro en la sociedad laboral en una fábrica o en una escuela, los profesionales que efectúan los exámenes (en general personal de la salud no médico) no tienen

responsabilidad personal alguna en el seguimiento de los pacientes que presentan resultados anormales, quienes son remitidos a su médico para confirmar el diagnóstico y, en su caso, efectuar el tratamiento.

En la búsqueda activa de casos, el clínico tiene la responsabilidad explícita de atender a los pacientes con resultados patológicos. Si el clínico no se compromete a efectuar el seguimiento posterior de los pacientes que presentan resultados anormales, es preferible que no practique la búsqueda activa de casos.

El diagnóstico precoz de una enfermedad crónica en una etapa presintomática mejora el pronóstico de la afección, incrementando la expectativa de vida y reduciendo la mortalidad, no siempre se ha confirmado cuando la efectividad de la detección y la intervención precoces se han evaluado mediante estudios experimentales, los cuales son los únicos que minimizan la presencia de sesgos.

En la investigación no clínica, los resultados falsos positivos generan, a menudo, una importante angustia innecesaria en el caso de enfermedades de pronóstico grave, como el cáncer. Además, en la búsqueda intencional masiva es muy frecuente el incumplimiento por parte de los pacientes positivos de las recomendaciones de seguimiento para confirmar el diagnóstico y efectuar el tratamiento en una fase precoz. Además, los costos de la búsqueda masiva de padecimientos como la detección del Ca con marcadores en la población, son cada vez más elevados, con lo que se plantean también problemas de eficiencia.

El primer problema, el de la efectividad, ha conducido al abandono de los chequeos multifásicos anuales y a la recomendación para llevar a cabo sólo los programas que hayan demostrado ser efectivos en estudios epidemiológicos bien diseñados, si es posible de tipo experimental. El programa de detección del cáncer de mama en las mujeres mayores de 50 años, el de la hipertensión arterial y el del colesterol son ejemplos que parecen claros.

Por todo ello, hoy día todo el mundo está de acuerdo en que el futuro de las campañas de detección oportuna es la *búsqueda de casos*

en la atención primaria en los consultorios de medicina familiar. El médico aprovecha la visita del paciente, cualquiera que sea el motivo, para interrogarlo, explorarlo y someterlo a pruebas en busca de factores de riesgo o de enfermedades no relacionadas con los síntomas que lo han llevado a la consulta. Como es lógico, las actividades de búsqueda activa de casos se deben llevar a cabo de acuerdo con un calendario y un paquete de preguntas, exámenes y pruebas de selección preestablecidas, según los problemas de salud prevalentes en la comunidad, la evidencia disponible de la efectividad de la detección precoz de estos problemas y la edad y el sexo del paciente.

3.1.2.- Integración de la prevención en la práctica médica

La práctica médica se lleva a cabo en el marco de los servicios de asistencia de medicina familiar y del segundo nivel que, clásicamente, se ha dividido en dos niveles, asistencia extrahospitalaria y asistencia hospitalaria, actualmente denominadas *atención primaria* (atención de primer nivel) y *atención hospitalaria*, respectivamente.

Los servicios de asistencia médica tienen como misión fundamental la *promoción* y la *restauración* de la salud de los habitantes de la comunidad a la que sirven mediante acciones médicas *preventivas* y *curativas*. En los sistemas de asistencia médica integrada, los dos tipos de acciones se prestan de forma integrada en los mismos servicios y por el mismo personal, en especial a nivel primario. En el ámbito hospitalario las acciones son principalmente *curativas*.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el ámbito clínico, mediante acciones de *prevención primaria*, se lleva a cabo con tres tipos de intervenciones preventivas: educación para la salud, inmunizaciones preventivas (vacunaciones e inmunizaciones pasivas) y quimioprofilaxis-quimioprevención.

La *prevención secundaria* en el ámbito clínico se realiza mediante los programas de atención establecidos en la política de salud. De las dos modalidades posibles de detección oportuna, el masivo y la

búsqueda activa de casos, este último es el que más se ajusta a las necesidades y conveniencias de los servicios de salud, de los médicos prácticos y de los pacientes, ya que permite llevar a cabo la detección precoz en el marco de los servicios clínicos asistenciales.

Mediante la búsqueda activa de casos, los miembros del equipo de atención primaria intentan hallar, por medio del interrogatorio, la exploración física y las pruebas pertinentes, enfermedades o factores de riesgo (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, alimentación desequilibrada, falta de ejercicio físico, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, exceso de peso) no relacionados con los signos y síntomas que han llevado al paciente a su consulta.

En los servicios de medicina familiar los pacientes reciben atención según un calendario y un esquema de trabajo preestablecido, en función de los problemas de salud existentes en la comunidad y de la efectividad de las intervenciones disponibles para su prevención, los médicos generales y familiares investigan la posible presencia de un factor de riesgo o enfermedades en su paciente y, si los encuentran, una vez confirmado el diagnóstico, proceden a tomar las medidas oportunas para su corrección. Esto es muy beneficioso para el paciente, en términos de prevención secundaria, y no es muy costoso, en términos económicos, para el sistema de salud.

Para llevar a cabo estas actividades preventivas sistemáticas es imprescindible la utilización de la historia clínica. En ella sería aconsejable disponer de una hoja de registro de las actividades preventivas, de forma sencilla y específica, en la que se recogieran todas las actividades realizadas y que pudiera servir también como recordatorio para los profesionales, facilitando al mismo tiempo la evaluación de las actividades desarrolladas.

Una vez hechas las consideraciones de medidas preventivas dentro de la formación profesional y lo que conviene a la política de saneamiento ambiental y Salud pública, es necesario hacer un repaso de la historia natural de los padecimientos que se incluyeron en el

cuestionario para la colección de datos en el propósito de la investigación educativa.

3.2.- Los padecimientos bacterianos.

3.2.1.- Las gastroenteritis

La inflamación de la mucosa del segmento superior y medio del tubo digestivo, manifestada predominantemente por síntomas tales como: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, es lo que se denomina una gastroenteritis que generalmente es de origen infeccioso causada por una variedad amplia de gérmenes: bacterias, virus y parásitos.

Esta entidad nosológica constituye la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, en África, Asia y América Latina. En esas regiones mueren por esta causa alrededor de 4 a 6 millones de niños/año o, lo que es lo mismo, 12.600 al día.

En los países desarrollados se calcula que los episodios de gastroenteritis infecciosa acontecen entre 2-3 veces por año por tener las mejores condiciones higiénico-sanitarias, en particular las relacionadas con el control de la transmisión por agua y alimentos.

Los factores predisponentes.- Las epidemias de diarrea vírica suelen propagarse por medio del agua o alimentos contaminados o por la vía fecal-oral igual que sucede con la giardiasis.

Factores desencadenantes.- La transmisión de persona a persona es especialmente frecuente en la gastroenteritis causada por *Shigella*, *Escherichia coli* O157:H7, virus Norwalk y rotavirus. Un parásito causante de gastroenteritis es la *Giardia lamblia*, el *Cryptosporidium parvum*, gérmenes que causan diarrea acuosa acompañada a veces por espasmos abdominales, náuseas y vómitos.

Estos gérmenes se adquieren por beber agua contaminada. Aunque los ovoquistes de *Cryptosporidium* suelen hallarse en los

suministros de agua de la red general, se desconoce qué porcentaje de redes de abastecimiento contienen ovoquistes infecciosos viables.

Mecanismos de defensa del huésped.- En condiciones normales, el organismo humano posee suficientes mecanismos de defensa para combatir la enorme cantidad de microorganismos entéricos potencialmente patógenos ingeridos en cada comida. El mejor conocido es el 99% de la flora intestinal saprófita, situada predominantemente en el último tramo del intestino delgado y en el colon, está constituida por microorganismos anaerobios (*Bacteroides*, *Clostridium*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* y muchos otros). Otras bacterias, como *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella* y *Enterococcus*, representan el 1% restante. Esta flora constituye un mecanismo de defensa eficaz impidiendo la colonización de bacterias enteropatógenas.

En personas con escasa población bacteriana intestinal tras la ingesta de antibióticos por vía oral, los microorganismos enteropatógenos pueden causar infección con inóculos más pequeños.

El otro mecanismo es la *acidez gástrica* con la que la mayoría de los microorganismos patógenos nunca llegan lejos en el tracto intestinal. El pH gástrico normal que es inferior a 4, destruye el 99,9% de las enterobacterias ingeridas en un lapso de 30 minutos de manera que las situaciones con hipoclorhidria por ingesta de antiácidos y medicamentos que bloquean la producción de ácido como los bloqueadores de los receptores de Histamina₂ o los pacientes gastrectomizados, se consideran de un mayor riesgo de infecciones entéricas que aquellos que están normales.

También el *peristaltismo* es una barrera natural contra la invasión de patógenos bacterianos. La motilidad intestinal es un importante mecanismo para la eliminación de microorganismos del tracto gastrointestinal proximal. Sin embargo, la automedicación con antidiarreicos alteran el peristaltismo, y los padecimientos crónicos que son degenerativos de los tejidos, tal es el caso de la diabetes y la esclerodermia que facilitan el sobrecrecimiento bacteriano.

La *inmunidad humoral y tisular*. Es muy importante el funcionamiento del tejido linfoide intestinal que se concentra en las placas de Peyer y los ganglios del mesenterio, también la inmunidad humoral intacta mediada por inmunoglobulinas de superficie como la A y las circulantes como la IgG. Diversos componentes del moco como la lisozima y la lactoferrina y los leucocitos, contribuyen a reducir la población bacteriana del intestino, de manera que una persona saludable plenamente se protege por sí misma contra gérmenes que ingresan al cuerpo de manera fortuita, pero no así cuando ingresan en grandes cantidades como los alimentos y el agua contaminados con materia fecal.

El agente patógeno.- La cantidad de agentes patógenos ingeridos: varía considerablemente de una especie a otra. En el caso de *Shigella*, *Entamoeba* o *Giardia lamblia* son suficientes de 10 a 100 bacterias o quistes para provocar infección, mientras que se requiere la ingesta de 10^5 - 10^8 microorganismos para causar enfermedad en el caso de *Salmonella* o *Vibrio cholerae*.

La adhesión a la mucosa se refiere con el término *adherencia*. Que es la capacidad que tienen los microorganismos de adaptarse al huésped y producir enterotoxinas o citotoxinas, por su adhesión y colonización¹⁹. Esta propiedad ha sido bien descrita en *E. coli* enterotoxigénica, adherida para colonizar el epitelio intestinal previamente a la producción de la enterotoxina. Las cepas enteropatogénicas y enterohemorrágicas de *E. coli* producen factores de virulencia que le permiten adherirse y destruir el borde en cepillo del epitelio intestinal. *V. cholerae* se adhiere al borde en cepillo de los enterocitos.

Las bacterias producen la enfermedad por la *producción de toxinas*. La producción de exotoxinas por diversos microorganismos enteropatógenos es importante en la patogénesis de la diarrea. Las

¹⁹ Salyers, A. A. Whitt, D. D. Bacterial pathogenesis: A molecular approach. Am. Society for microbiology press. 1994.

toxinas pueden estar preformadas en los alimentos o bien ser liberadas por el agente causal en la luz intestinal. Se distinguen las enterotoxinas, responsables de diarrea acuosa, actuando directamente en los mecanismos secretores de la mucosa intestinal; las citotoxinas, que provocan la destrucción de las células de la mucosa intestinal, originando diarrea inflamatoria, y neurotoxinas, que actúan directamente en el sistema nervioso central o periférico²⁰. Algunas exotoxinas promueven la secreción de líquidos porque se estimula activamente la secreción de iones cloro y bicarbonato por parte de las células de las criptas intestinales.

Las citotoxinas bacterianas, por su parte, destruyen las células de la mucosa intestinal produciendo el síndrome disentérico, algunos de estos microorganismos enteropatógenos incluyen *Salmonella dysenteriae* y *Clostridium difficile*.

Otro mecanismo de producción de enfermedad gastroentérica es la *invasión* bacteriana a tejidos profundos y en extensión. Los cuadros disenteriformes pueden resultar no solamente de la producción de citotoxinas, sino también de la *invasión* bacteriana y destrucción de las células de la mucosa intestinal²¹.

El caso particular de la *Salmonella typhi* y *Yersinia enterocolitica* que son bacterias que penetran la mucosa intestinal y se multiplican intracelularmente en las placas de Peyer y ganglios linfáticos intestinales y se diseminan por el torrente sanguíneo causando fiebre entérica, provocando un síndrome caracterizado por fiebre, cefalea, bradicardia relativa, dolor abdominal, esplenomegalia y leucopenia²².

Epidemiología y clínica.- Las consideraciones en el huésped.- El riesgo de contraer una gastroenteritis infecciosa depende de la edad, las condiciones de vida, hábitos culturales y personales y grupos de riesgo. Los adultos, que durante años han vivido en el mismo ambiente, son

²⁰ Abbas, A. K. Lichtman, A. H., Cellular and molecular immunology. Saunders, 1997.

²¹ Janeway, C. A., Immunobiology. Garland, 1977.

²² Jones, B. D. Falkow, S. Salmonellosis: Host responses and bacterial virulence. Ann. Rev. Immunol. 14: 533. 1994.

reservorios asintomáticos de microorganismos patógenos. Generalmente las condiciones de vida reflejan la situación socioeconómica. Asimismo, el tipo de vivienda, la densidad de población, las condiciones sanitarias y las fuentes de agua son determinantes mayores de la exposición ambiental a patógenos entéricos.

La localización geográfica.- La enfermedad y el agente etiológico causal de la gastroenteritis infecciosa varían considerablemente según el clima, estación y localización geográfica. Por ejemplo, *E. coli* produce una enterotoxina que causa enfermedad primariamente en los trópicos. El cuadro clínico se debe a la ingestión de agua o comida contaminadas.

Tipos de infección gastrointestinal.- Las Intoxicaciones de origen alimentario causadas por enterotoxinas por *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides cereus*, *Clostridium perfringens*, *C. botulinum*, son secundarias a la manipulación de los alimentos por portadores humanos.

La infección por *Salmonella spp* puede manifestarse como síndrome febril aislado o bien como enteritis, con diarrea a menudo intensa. Una característica de este germen es su recurrencia, sobre todo cuando se suprime el tratamiento antibiótico (hasta el 50%).

El caso particularmente grave de infección por Escherichia coli O157:h7.- Provoca un síndrome caracterizado típicamente por diarrea sanguinolenta aguda y que a su vez puede producir un síndrome hemolítico-urémico a menudo mortal.

Escherichia coli O157:H7 tiene un reservorio bovino; tanto los brotes como los casos esporádicos de colitis hemorrágica se producen tras la ingestión de carne de vacuno poco cocinada (en especial carne triturada) o leche no pasteurizada. Alimentos o agua contaminada con estiércol de vaca o la carne molida cruda también pueden transmitir la infección. El microorganismo puede transmitirse también de una persona a otra por la vía fecal-oral (especialmente en los lactantes que utilizan pañales).

Aproximadamente un 5% de los casos están complicados por un síndrome hemolítico-urémico (SHU), que se caracteriza por anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. Cuando se produce en los adultos, este síndrome a veces se diagnostica como púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) sin cuadro diarreico. La PTT aparece en la segunda semana de enfermedad.

La eliminación adecuada de las heces de las personas infectadas, la buena higiene y el lavado cuidadoso de las manos con jabón pueden contribuir a limitar la infección. Las medidas preventivas eficaces son: La pasteurización de la leche y la cocción completa de la carne evitan la transmisión alimentaria. Todas estas características de higiene al comer son deficientes en los comedores cercanos a los centros educativos y son atractivos por el bajo costo de los alimentos y las bebidas regionales habituales que se consumen desde la formación familiar.

3.3.- Los padecimientos virales.

3.3.1.- La hepatitis infecciosa. Hepatitis A.

Es una invasión hepática provocada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por las comidas o de las aguas contaminadas o el contacto con personas infectadas en el momento. El virus de la hepatitis A se aloja en las heces de una persona infectada durante el período de incubación de 15 a 45 días antes de que se presenten los síntomas y durante la primera semana de la enfermedad. La sangre y las secreciones corporales también pueden ser infecciosas²³.

El virus de la hepatitis A después de que la infección se ha resuelto no deja estado de portador.

Los síntomas son similares a los de la gripe, pero con ictericia. La incidencia en los Estados Unidos es de aproximadamente 100.000 personas infectadas cada año y los factores de riesgo son, entre otros: vivir en internados o centros de rehabilitación, infección reciente por

²³ Roesch, D. F. Gastroenterología clínica. Editorial J G H. México. 1999. Páginas 287-289.

hepatitis A en un miembro de la familia, uso de drogas intravenosas y viaje o inmigración reciente desde Asia, Sur o Centroamérica.

Síntomas: Ictericia, fatiga, hiporexia, náuseas y vómito, febrícula, acolia, coluria y prurito. Hepatomegalia y hepatalgia.

No existe un tratamiento específico para la hepatitis A, pero se recomienda al paciente estar en reposo durante la fase aguda de la enfermedad, cuando los síntomas son más severos. Además, las personas con hepatitis aguda deben evitar el consumo de alcohol y cualquier sustancia que sea tóxica para el hígado, incluyendo el acetaminofén.

Las comidas grasosas pueden causar vómito debido a que las secreciones del hígado se necesitan para digerir las grasas y lo mejor es evitarlas durante la fase aguda. Más del 85% de las personas con hepatitis A se recuperan en un período de tres meses y más del 99% se recuperan dentro de un período de 6 meses. La tasa de mortalidad se estima en un 0.1%, generalmente entre personas de edad avanzada y pacientes con enfermedad hepática crónica.

Prevención La transmisión del virus se puede prevenir evitando agua y alimentos que puedan no estar limpios, y mediante un lavado cuidadoso de las manos después de usar el sanitario, así como con una limpieza minuciosa si hay algún contacto con la sangre, las heces o cualquier líquido corporal de una persona afectada.

Se recomienda siempre un lavado minucioso de las manos y buenos hábitos de higiene antes y después de cada cambio de pañal, antes de servir los alimentos y después de usar el sanitario pueden ayudar a prevenir epidemias institucionales.

Existen vacunas disponibles para protegerse contra la infección de la hepatitis A. La vacuna HAV comienza a proteger 4 semanas

después de recibir la dosis inicial y se requiere un refuerzo de 6 a 12 meses para lograr una protección duradera²⁴.

Las personas que se deben vacunar son, entre otras, las siguientes: Aquellas que se involucran en relaciones sexuales anales. Usuarios de drogas intravenosas

3.4.- Los padecimientos por protozoarios y helmintos.

3.4.1.- Disentería amibiana.

Definición.- El término disentería implica la presencia de diarrea sanguinolenta. Existen diferentes microorganismos capaces de producir disentería²⁵. Pero lo común es que sea: *Entamoeba histolytica*.

Uno de los medios de adquirir la amiba patógena es la alimentación, es preferible evitar las verduras crudas y las frutas con piel, así como los helados. De la misma manera, hay que abstenerse de bebidas con cubitos de hielo que no estén hechos con agua esterilizada o desinfectada. En el pozol que se expende en la calle y los establecimientos al aire libre del mercado, se enfría la bebida regional con hielo extraído de los bloques que se adquieren cada mañana y se conservan en un costal al lado de la mesa en que se expenden las medidas de pozol.

Las amibas son protozoarios que se sitúan en el intestino donde pueden vivir como "comensales" sin producir enfermedad alguna, producir una inflamación intestinal o, cuando logran atravesar la pared del intestino, pasan a la sangre y producen

²⁴ Hoffman, M. Hepatitis A vaccine shows promise. Science. 254: 1581-1582. 1991.

²⁵ Jackson, T. F.: *Entamoeba histolytica* and *Entamoeba dispar* are distinct species; clinical, epidemiological and serological evidence. Medical Int J Parasitol 1998; 28: 181-6.

enfermedad en otros órganos como el hígado, el pulmón o el cerebro²⁶.

La amibiasis es un problema mundial, con predilección por los países subdesarrollados, en los trópicos, especialmente México, América central²⁷.

Etiología.- Los pacientes infectados eliminan en sus heces millones de quistes de amebas diariamente, que son bastante resistentes a la desecación y pueden permanecer viables largo tiempo.

El deficiente tratamiento de las aguas residuales y la inexistencia de una red de abastecimiento de aguas de calidad, permiten que se contamine el agua que se utiliza para beber, para regar y para cocinar. Deficientes hábitos higiénicos como no lavarse las manos tras la evacuación, contribuyen también a contaminar los alimentos durante su preparación o manipulación.

Cuando por cualquier circunstancia las amibas enquistadas contaminan el agua o los alimentos y son ingeridas, son capaces de resistir el ácido del estómago y pasar al intestino delgado, donde se liberan los trofozoitos produciéndose una nueva infección. Algunos trofozoitos se enquistan en el colon y se eliminan por las heces, cerrándose así el circuito

Fisiopatogenia.- En la mayoría de las ocasiones, los trofozoitos se unen a la mucosa del colon y viven allí como comensales, sin causar la enfermedad produciendo quistes que se eliminan por las heces y la propagan.

²⁶ Yoshikawa I, Murata I, Yano K, et al. Asymptomatic amebic colitis in a homosexual man. Am J Gastroenterol 1999; 94:2306-2308.

²⁷ Gatti, S.; Lopes, R.; Cevini, C.; Ijaoba, B.; Bruno, A; Bernuzzi, A. M.; de Lio, P.; Monco, A.; Scaglia. Intestinal parasitic infections in an institution for the mentally retarded. Ann Trop Med Parasitol 2000; 94: 453-60.

Algunas cepas producen una serie de proteínas que dañan las células y tejidos, produciendo úlceras en la mucosa del colon. En raras ocasiones consiguen introducirse en los vasos sanguíneos y ser trasladados por la sangre al hígado u otros órganos donde producen grandes destrucciones de los tejidos²⁸.

Síntomas.- Los pacientes asintomáticos no buscan ayuda médica y no son tratadas, pero eliminan quistes en sus heces con lo que contribuyen a diseminar la infección.

Los enfermos con síntomas suelen presentar un cuadro progresivo que se desarrolla en un periodo de 10 a 20 días caracterizado por: Diarrea: en la forma más clásica existen 8-12 evacuaciones escasas al día con tenesmo. Sangre en las heces, dolor abdominal bajo, con frecuencia fiebre y pérdida de peso.

Algunos casos son más graves, al presentar diarreas copiosas y fiebre elevada y pueden presentar complicaciones graves, como perforación del intestino y peritonitis.

Algunas veces, los pacientes con disentería o simple amibiasis, se diseminan por la pared del intestino grueso, van al torrente sanguíneo al hígado y producen absceso amibiano. El absceso amibiano suele manifestarse por fiebre, ataque al estado general y dolor en el hipocondrio derecho del abdomen²⁹.

Diagnóstico.- En los países desarrollados el diagnóstico debe comprobarse³⁰, en los países del tercer mundo se sospecha la enfermedad por los síntomas ya que es conocida la deficiencia de saneamiento ambiental y la ausencia de agua potable entubada.

²⁸ Espinosa-Cantellano M, Martínez-Palomo A. Pathogenesis of intestinal amebiasis: from molecules to disease. Clin Microbiol 2000; 13:318-331.

²⁹ Berry, M. Bazar, R. Amebic liver absceso. Sonographic diagnosis and management. J. Clin. N. Amer. 239: 14, 1986.

³⁰ Leung J, Chin A. Amebic colitis. Gastrointest Endosc 2002; 56:732.

Entonces en el primer mundo, el médico solicitará estudios de las heces con cultivos para descartar que el problema tenga un origen bacteriano y exámenes microscópicos en fresco para demostrar la presencia de amibas. También el análisis de sangre para detectar la aparición de defensas frente a *Entamoeba*³¹. En otros casos puede ser necesario realizar un estudio endoscópico de la parte final del intestino para ver el estado de la mucosa del colon y tomar muestras o realizar USG y TAC³².

Los casos de disentería grave que ocasionan ataque al estado general importante, fiebre elevada o mucho dolor abdominal, los que presentan complicaciones y cuando se sospecha afectación en otros órganos y deben ser remitidos al hospital³³.

Tratamiento.- Es importante extremar las medidas higiénicas que deberían ser habituales, en especial el lavado de manos con jabón después de ir a evacuar y antes de comer o manipular alimentos.

La disentería amibiana se trata con metronidazol. La dosis para el adulto es de 750 mg cada 8 horas durante al menos 5 días. Durante el tratamiento no se puede ingerir alcohol.

Profilaxis.- El ser humano debe evitar el consumo de agua o alimentos potencialmente contaminados adoptando una serie de medidas que sirven para prevenir la disentería y otras enfermedades de transmisión oral-fecal.

Medidas respecto a las bebidas y al agua:

- Usar agua embotellada.

³¹ Abd-Alla MD, Ravdin J. I. Diagnosis of amoebic colitis by antigen capture ELISA in patients presenting with acute diarrhoea in Cairo, Egypt. *Trop Med Int Health* 2002; 7:365-370.

³² Ebecken R. Amebic colitis simulating ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc* 2000; 51:641-642.

³³ Duzendorfer T, Kasznica J. Amebic and/or ulcerative colitis? *Gastrointest Endosc* 1998; 48:450-451.

- No ingerir agua de la llave, fuentes o manantiales sin hervirla previamente durante varios minutos. También se puede tratar el agua con filtros de una micra y luego realizar una desinfección química preferiblemente mediante yodación (tintura de yodo al 2%) porque las amibas resisten bastante bien el cloro.
- No añadir cubitos de hielo a las bebidas porque pueden estar hechos con agua contaminada.
- No lavarse los dientes con agua de la llave.
- El vino, la cerveza, las bebidas enlatadas o embotelladas y las elaboradas con agua hervida (café y té) se pueden considerar seguras.
- En general es preferible beber directamente de la botella que utilizar recipientes que puedan estar sucios o mal secos.

Respecto a los alimentos:

- Evitar los puestos callejeros de comida y lugares de poco aseo.
- Evitar alimentos crudos, poco cocidos o no cocinados recientemente.
- Evitar las ensaladas y otras comidas a base de vegetales crudos.
- Tomar la fruta después de haberla pelado personalmente.

Pronóstico.- El pronóstico en los casos asintomáticos y en la disentería clásica tratada es bueno. Por el contrario, la enfermedad intestinal con complicaciones y la afectación de órganos fuera del intestino requieren de un diagnóstico

elaborado³⁴ y tienen una mortalidad elevada incluso con tratamiento correcto.

3.4.2.- Ascariidiasis.

El *Ascaris lumbricoides*, en el intestino delgado, es el nemátodo intestinal de mayor tamaño. Presenta distribución mundial, con una mayor prevalencia en países tropicales. Se ve con mayor incidencia en preescolares y escolares; la frecuencia es semejante en ambos sexos.

Los huevos infectantes son principalmente transmitidos de mano a boca. La ascariidiasis presenta amplia distribución en climas tropicales y templados, donde los niveles higiénicos y sanitarios son bajos o se utilizan heces humanas como fertilizantes.

La infestación puede desarrollarse en personas de todas las edades y normalmente es ligera o moderada. La transmisión de la enfermedad se realiza por la ingesta de agua o vegetales contaminados y se ve favorecida por la elevada fecundidad de las hembras y la gran resistencia de los huevos a condiciones ambientales adversas³⁵.

Etiología y patogenia: La infección se inicia con la ingestión de huevos del parásito. *Ascaris lumbricoides* vive fundamentalmente en el yeyuno, sin adherirse a la pared, manteniéndose en la luz intestinal gracias a su característico tono muscular. Su vida media es de 1-2 años.

Cuando se ingieren los huevos embrionados, éstos llegan al tubo digestivo, pierden la cubierta por acción del jugo gástrico y las larvas quedan en libertad. A continuación atraviesan la pared intestinal, entran en las arborizaciones de la vena porta se transportan por la sangre, en el plazo de unos 7 días alcanzan el pulmón, penetran los alvéolos, ascienden por la tráquea para ser deglutidas y establecerse en el tubo digestivo.

³⁴ Linder E, Isaguliantz M, Olsson M, et al. Amebiasis in León, Nicaragua: Entamoebae in stool examination and identification of amebic liver abscess cases by serology and PCR. Arch Med Res 1997; 28:314-316.

³⁵ Lilley, B., Lammie, P. An increase in homeworm infection temporally associated with ecologic change. Emerg. Infect. Dis. 3: 391. 1997.

Se ha estimado que se requieren 2 meses para que se desarrollen las hembras grávidas y aparezcan los primeros huevos en las heces. La patogenia que desencadena el parásito es consecuencia de las migraciones y de la carga parasitaria. El ciclo vital se completa en alrededor de 2 meses y los parásitos adultos pueden vivir de 6 a 12 meses.

Síntomas y signos: Se distingue entre la forma pulmonar y la intestinal. La ascaridiasis pulmonar coincide con la migración de las larvas a través del pulmón, y se caracteriza por fiebre, tos, molestias retrosternales, sibilancias y disnea (*síndrome de Löffler*).

Los síntomas pulmonares van asociados con infiltración pulmonar y eosinofilia marcada, así como con reacción urticariforme o con edema angioneurótico, sobre todo si ha existido una sensibilización previa³⁶.

Las manifestaciones de la ascaridiasis intestinal dependen de la carga de parásitos. Con frecuencia es asintomática, aunque si la carga es moderada pueden aparecer trastornos digestivos inespecíficos consistentes en dolor abdominal cólico, anorexia, náuseas, vómitos e incluso malabsorción. Durante esta fase la eosinofilia disminuye e incluso desaparece.

Si la parasitación es elevada, sobre todo en niños, los vermes pueden apelonarse en el intestino delgado y producir obstrucción, invaginación o vólvulo. Además, la gran movilidad de estos vermes facilita su penetración y posterior obstrucción del colédoco, el conducto de Wirsung o el apéndice³⁷. En consecuencia, una colecistitis, un episodio de colangitis o de pancreatitis, la aparición de un absceso hepático o una apendicitis pueden ser manifestaciones de la parasitación. Complicaciones más raras son la perforación de la pared intestinal normal y el paso a través de suturas entéricas tras cirugía reciente.

³⁶Brooks, G. F. "Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg" 17ª edición, Ed. Manual moderno, México 2002, págs.727-734

³⁷Kubaska, S. M. Chef, F. S. Biliary ascaridiasis. Am. J. Radiol. 169: 492. 1997.

Diagnóstico: El diagnóstico se realiza mediante el hallazgo de los huevos del parásito en las heces de los pacientes, a partir del segundo mes de haberse producido el contagio. En raras ocasiones pueden observarse larvas en el esputo y en el aspirado gástrico durante la fase de migración tisular, o adultos en las heces o en el vómito. También la radiología de abdomen permite el diagnóstico de la enfermedad a través de la visualización de los adultos intestinales.

La eosinofilia puede ser intensa mientras las larvas emigran a través de los pulmones, pero de modo habitual cede cuando los parásitos adultos asientan en el intestino delgado.

Prevención y tratamiento: En las diferentes bibliografías consultadas el tratamiento de elección que aparece en primer orden cuando la infestación es evidente, es el farmacológico indicando inmediatamente la dosis de mebendazol. La educación para la salud es la estrategia de un médico humanista que piensa en su paciente como persona pues no se puede ser un médico social y estar de acuerdo con este orden de proceder por lo que se hará hincapié en la prevención, por ser el método más económico, seguro y eficaz de evitar la enfermedad.

La prevención requiere medidas sanitarias adecuadas: Para prevenir la enfermedad resulta fundamental la eliminación adecuada de las heces y la educación sanitaria. La profilaxis individual incluye higiene de las manos antes de las comidas, lavado cuidadoso de vegetales, no utilización de heces humanas como fertilizantes. Con respecto al tratamiento farmacológico en masa de la población en áreas endémicas sólo tiene eficacia si se repite la administración varias veces, a intervalos de 2 a 3 meses.

El mebendazol es el fármaco desparasitante de elección por su eficacia y por su espectro, que abarca tricocéfalos y anquilostomas, los cuales, en áreas endémicas, coexisten a menudo con el ascáride. Se administra por vía oral, a la dosis de 100 mg, dos veces al día durante 3 días. Aproximadamente unas 2 semanas después deben investigarse de

nuevo las heces y, si la infección persiste, hay que repetir el tratamiento.

El mebendazol no se debe administrar durante el embarazo. Si existen otros helmintos intestinales, la ascariidiasis se debe tratar primero para prevenir la migración aberrante de gusanos adultos. Las complicaciones obstructivas pueden requerir intervención quirúrgica o endoscópica.

En cuanto a las manifestaciones pulmonares de hipersensibilidad pueden requerir el empleo de glucocorticoides.

La obstrucción pilórica por gusanos, que se demuestra en forma óptima mediante un estudio radiológico con Bario, es a veces una urgencia en los niños, especialmente en los trópicos, y habitualmente puede aliviarse sin cirugía. Por el contrario, la perforación apendicular requiere una intervención de urgencia para evitar una peritonitis por bacterias y helmintos que ponen en peligro la vida.

3.4.3.- Teniasis.

La teniasis es una enfermedad infectocontagiosa ocasionada por platelmintos. La infección se adquiere por la ingesta de carne cruda de cerdo, pescado y res infectados con tenias: *T. solium*, *T. saginata* y *Diphilobotrium latum*. Al ingerir el quiste, el parásito madura en el intestino del humano y en cinco semanas se reproduce con la puesta de huevecillos. Los huevos fertilizados, contenidos en las proglótides, se eliminan con las heces del huésped. Si son ingeridos por un animal susceptible (huésped intermedio), la cubierta se disuelve por acción de los jugos digestivos, y se liberan embriones que, tras atravesar la mucosa, se convierten en larvas. El aspecto de la larva y el tejido donde ésta se enquistaba varían según el parásito. El ciclo se cierra cuando el hombre, u otro animal, ingieren carne que contiene quistes vivos. Los escólex contenidos en la larva originarán nuevos parásitos adultos³⁸.

³⁸ "Manual Merck" 9ª edición española, Editorial Océano/centrum, España 1994.

El hombre puede intervenir en el ciclo del parásito como huésped definitivo, en cuyo caso alberga el gusano adulto en su tubo digestivo (*Taenia saginata*), puede hacerlo como huésped intermediario cuando las larvas se enquistan (cisticercos) en sus tejidos (*Taenia echinococcus granulosis*) o actuar a la vez como huésped definitivo e intermediario (*Taenia solium*). Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de los quistes que en orden de frecuencia para *T. solium* es el Sistema Nervioso Central en el parénquima o en el espacio líquido y en los tejidos subcutáneos.

La sintomatología de la neurocisticercosis se caracteriza por síndrome de cráneo hipertensivo cuando afecta al sistema hidráulico: con cefalea intensa, vómitos, fotofobia, inquietud. Cuando afecta al parénquima del sistema nervioso aparecen crisis convulsivas, datos de focalización neurológica, trastornos del estado mental, el proceso inflamatorio evoluciona a aracnoiditis y la hipertensión intracraneala produce el coma³⁹.

La infestación con *T. saginata* generalmente es asintomática y cuando los síntomas se presentan suelen ser inespecíficos, con cólicos abdominales o malestar general.

La educación para la salud comienza con las medidas para evitar la infección que consisten en hervir perfectamente la carne de pescado, res y cerdo. La segunda opción preventiva es en la etapa patogénica, consiste en hacer el diagnóstico precoz y dar el tratamiento de forma oportuna y limitar las complicaciones.

Nuevamente es claro, que en los puestos de alimentos a la intemperie existe una alta probabilidad de no seleccionar las carnes sanas y también mantener el hábito cultural de la ingesta de carne cruda tratada con limón o vinagre.

³⁹ Robbins, S. T. "Patología estructural y funcional" 3ª edición, Ed. Interamericana, México, 1988, pag: 512.

3.5.- La prevención de las infecciones e infestaciones intestinales.

Los padecimientos infectocontagiosos son cada vez más comunes en todas las sociedades humanas y son una oportunidad para valorar las actitudes de los médicos en formación en cuanto a su convencimiento del beneficio que reporta controlarlos.

Los comportamientos personales sin educación médica o para la salud y los estilos de vida insanos, constituyen el principal determinante de la salud de las personas en la actualidad. La promoción de la salud es principalmente una cuestión de comportamientos, de conductas en relación con la alimentación, ejercicio físico, sueño, reposo, recreación, relaciones interpersonales, etc. Del mismo modo, la prevención de la enfermedad está también relacionada en gran medida con el control de los factores conductuales.

Una condición cultural.- Es la deficiente organización del tiempo para preparar los alimentos, obligan a las personas a consumirlos fuera de casa. Es difícil precisar quienes los preparan de forma adecuada y con las medidas asépticas debidas y quienes no lo hacen, y aún más difícil que el sector salud pueda evitar que las personas las consuman si no hay suficiente educación para la salud. Si a esto agregamos el deficiente saneamiento del medio, el peligro se incrementa exponencialmente.

Las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes se contraen más fácilmente por deficientes hábitos saludables, costumbres que propician enfermedades no sólo transmisibles sino metabólicas como la obesidad y las enfermedades músculo esqueléticas, los accidentes laborales y automovilísticos.

Las enfermedades transmisibles son secundarias al problema de educación para la salud que debería cambiar hábitos y costumbres

nocivos, tales enfermedades frecuentes son Enteritis por E. coli, Salmonella, hepatitis, teniasis, y amibiasis, ascaridiasis⁴⁰.

⁴⁰ Moreno, A. L. y col. Epidemiología clínica. Editorial Interamericana, McGraw Hill. México. 2ª edición, 2000.

CAPITULO IV.

EVALUACIÓN DE LA RUTA SEGUIDA EN LA FORMACIÓN MÉDICA POR LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA.

Se ha planteado previamente que la formación médica en el arte del ejercicio de la medicina, requiere un cambio de actitud de vida en el alumno, hasta lograr asimilar totalmente los beneficios de la prevención sobre la asistencia. La mejor manera de conocer si han penetrado los conocimientos de la medicina preventiva y el método de estudio de un paciente considerado persona, es preguntarle al alumno sobre su pasado en salud y sus nuevos hábitos para mantenerse saludable, a la vez si tiene en mente que lo más importante en su profesión es promover el estudio de "persona a persona" cuando se trata de un paciente y no mediar la atención por estudios paraclínicos. También es conveniente pensar en la prevención y no en la mejora específica de los medicamentos y las técnicas quirúrgicas como prioridad para el alivio de males, porque no se trata a un paciente como cuerpo sino como integridad de partes.

Los hallazgos esperados serán el parámetro para decir que en la facultad de medicina humana de la UNACH se profundiza, se concientiza, se insiste en la prevención de los males que pueden prevenirse, por medio de la educación para la salud y el saneamiento ambiental.

El modelo educativo que percibe la totalidad orgánica y funcional de un paciente es el humanista y en el método epidemiológico de estudio está la tríada ecológica como base de trabajo. En el aprendizaje de la profesión médica se emplea también toda la potencialidad psicológica del alumno para razonar los temas que aprende con el modelo cognoscitivista y también los recursos estratégicos que proporciona la sociedad y que en conjunto forman parte de la corriente constructivista de aprender una profesión con ciencia y humanismo,

por eso se planteó el estudio presente con el apoyo de los conocimientos adquiridos en la maestría en docencia en ciencias de la salud.

Se hizo un estudio exploratorio transversal, prospectivo con fines diagnósticos con alumnos de seis módulos de la carrera de medicina humana en la Facultad UNACH en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, incluyendo en el estudio a quienes quisieron responder el cuestionario, en el inicio está la búsqueda de antecedentes culturales de vida, que sirven de referencia de comportamiento basal y que indican la posible deficiencia en la prevención de enfermedades gastrointestinales y sistémicas prevenibles, acaecidas en su vida previa al estudio de la medicina o durante ella y por otra parte, la conciencia de que se han asimilado los conocimientos de prevención de las mismas enfermedades después de que han cursado materias de medicina preventiva, de agresión y defensa y del conocimiento de la microbiología y la parasitología, exceptuando a los alumnos del primer módulo.

4.1.- Instrumento de colección de datos

Se elaboró un cuestionario con los datos del marco teórico y la formación médica lograda en las aulas de la facultad. El cuestionario consta de preguntas abiertas y cerradas, contiene las actitudes y conocimientos científicos de quienes responden y que norman su conducta para atender los padecimientos gastrointestinales provocados por la ingesta de alimentos contaminados. (Ver el anexo 1)

4.2.- Los resultados obtenidos:

Se presentan los resultados con frecuencias y porcentajes para tener una visión de las respuestas obtenidas y hacer las conclusiones pertinentes en cada ítem.

1.- El universo.

Del módulo I participaron 78 alumnos, del III lo hicieron 101, del IV la participación fue de 83, del VIII 29 alumnos, del IX 26 alumnos y del X 166. Los alumnos de este módulo son los que más actividades preventivas deben manifestar por estar al final de la carrera.

Los módulos

Módulo	Frecuencia	Porciento	Porcentaje acumulado
Módulo I	78	14.4	25.0
Módulo X	166	30.7	55.7
Módulo III	101	18.7	74.4
Módulo IV	83	15.4	89.8
Módulo VIII	29	5.4	95.2
Módulo IX	26	4.8	100.0
Total	540	100.0	

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

2.- El sexo.

El sexo de los alumnos tiene importancia por saber la manera en que las futuras amas de casa, además de profesionistas, prepararán los alimentos y darán el consejo higiénico para consumir alimentos y prevenir enfermedades transmisibles y previsibles.

Del sexo masculino hay 245 alumnos y del femenino 238 con una diferencia sensiblemente nula.

El sexo de los alumnos

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	245	45.4	50.7
Femenino	238	44.1	100.0
Total	483	89.4	

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

3.- El lugar de procedencia de los alumnos participantes.

El lugar de procedencia de los alumnos es importante porque algunos han vivido en el medio rural, en donde no siempre el saneamiento ambiental es idóneo y las costumbres son naturales al alimentarse, es decir, no se preparan asépticamente los alimentos sino que se consumen tal como se presentan. Se tienen dos opciones, los que proceden de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez que son 253 alumnos y los foráneos, 229 y 1 que no señaló la opción.

Se espera que los alumnos ciudadanos tengan mejores medidas de prevención y que hayan referido tener un menor porcentaje de padecimientos transmisibles gastrointestinales.

El lugar de procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado.
Local	253	46.9	52.4
foráneo	229	42.4	99.8
No señalaron	1	00.2	100.0
Total	483	89.4	

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

4.- La forma de hospedaje de los alumnos en Tuxtla Gutiérrez.

La forma como se hospedan los alumnos en la ciudad sede de la Facultad de medicina, tiene importancia porque la asistencia para la alimentación tendrá más posibilidades de asepsia por la influencia que tiene la familia del estudiante por su cercanía y confianza, no así con los anfitriones o cuando el alumno vive solo y prepara sus alimentos o se ve obligado a asistir a sitios donde se da asistencia, ya sea permanente o fortuita, como las “taquerías”.

Quienes se hospedan con la familia son 315 alumnos, quienes lo hacen con parientes son 30 alumnos, con amigos 57 y quienes están solos 81.

La estancia en Tuxtla

Estancia en Tuxtla	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Familia	315	58.3	65.2
Parientes	30	5.6	71.4
Amigos	57	10.6	83.2
Solo	81	15.0	100.0
Total	483	89.4	

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

5.- La distribución de los alumnos participantes por sexo.

La distribución por sexo en los módulos es semejante a la prevista en el análisis total de los alumnos que participaron en el estudio.

Módulo y Sexo de los alumnos.

Módulo	masculino	femenino	Total
Módulo I	35	43	78
Módulo X	77	89	166
Módulo III	58	43	101
Módulo IV	42	41	83
Módulo VIII	15	14	29
Módulo IX	18	8	26
Total	245	238	483

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

6.- La distribución de los alumnos según procedencia y módulo.

Hay 253 alumnos que viven y han vivido en Tuxtla Gutiérrez y 229 son foráneos con dominio de las mujeres (56%) lo que indica que deben ellos darse asistencia para la alimentación o recibirla de familiares.

El lugar de procedencia de los alumnos por módulo.

Procedencia	Módulo	masculino	femenino	Total
Local	Módulo I	20	25	45
	Módulo X	56	30	86
	Módulo III	24	20	44
	Módulo IV	26	20	46
	Módulo VIII	7	8	15
	Módulo IX	11	6	17
	Total		144 (57%)	109 (43%)
Foránea	Módulo I	15	18	33
	Módulo X	21	59	80
	Módulo III	33	23	56
	Módulo IV	16	21	37
	Módulo VIII	8	6	14
	Módulo IX	7	2	9
	Total		100 (44%)	129 (56%)

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

7.- Hospedaje del alumno en Tuxtla según el módulo.

Una vez que el alumno se ha integrado a sus estudios o los continúa, es necesario conocer con quien y en donde se hospeda, porque de en ese ambiente se ejercen las costumbres aprendidas y mantenidas o modificadas, siendo una de las básicas la alimentación y la limpieza previa de las manos propias y de quien prepara los alimentos para comer o ingerir bebidas.

Se hospedan con su familia 315 alumnos, 51% mujeres y 49% hombres con un mayor porcentaje de los alumnos del módulo X. Con parientes 30 alumnos, 60% mujeres, 40% hombres con mayor porcentaje de los alumnos del módulo III. Con amigos 57, 63% los hombres y 37% mujeres. Viven solos 81, con un ligero predominio de los hombres sobre las mujeres y del módulo X. De estos alumnos se espera una elevada asimilación de la prevención durante su alimentación diaria.

Hospedaje del alumno en Tuxtla según el módulo.

Hospedaje	Módulo	Masculino	Femenino	Total
Familia	Módulo I	23	29 (56%)	52
	Módulo X	51	65 (56%)	116
	Módulo III	36	25	61
	Módulo IV	27	26	53
	Módulo VIII	8 (50%)	8 (50%)	16
	Módulo IX	10	7	17
	Total	155 (49%)	160 (51%)	315
Parientes	Módulo I	4	4	8
	Módulo X	2	2	4
	Módulo III	3	9	12(40%)
	Módulo IV	1	2	3
	Módulo VIII	1	1	2
	Módulo IX	1		1
	Total	12 (40%)	18 (60%)	30
Amigos	Módulo I	2	6	8
	Módulo X	13		13
	Módulo III	10	3	13
	Módulo IV	5	9	14 (24%)
	Módulo VIII	4	3	7
	Módulo IX	2		2
	Total	36 (63%)	21 (37%)	57
Solo	Módulo I	6	4	10
	Módulo X	11	22	33 (41%)
	Módulo III	9	6	15
	Módulo IV	9	4	13
	Módulo VIII	2	2	4
	Módulo IX	5	1	6
	Total	42 (52%)	39 (48%)	81

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

8.- Módulo y la opción de alimentarse en casa o fuera de ella.

No es suficiente saber que los alumnos se hospedan con personas de hábitos higiénicos alimentarios supuestamente aceptables en Tuxtla Gutiérrez sino que interesa saber si hacen su alimentación en casa o fuera de casa, en este caso puede hacerse en restaurantes, fondas, puestos en la calle o alimentación no formal.

El 77% de los alumnos se alimenta fuera de casa con mayor porcentaje en los alumnos del módulo X de quien se espera una buena orientación preventiva aplicada a ellos mismos.

La alimentación ¿la haces en casa?

Módulo	Si	No	A veces	Nunca	Total
Módulo I	13	65			78
Módulo X	59	107(29%)			166
Módulo III	14	86(23%)	1		101
Módulo IV	19	64			83
Módulo VIII	1	27		1	29
Módulo IX	5	21			26
Total	111	370 (77%)	1	1	483

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

9.- La alternativa para la alimentación regular o fortuita.

La alternativa alimentaria seleccionada por 471 alumnos es dominante que se hace en la facultad de medicina (51%) sin embargo el 35% lo hace en comedores fuera de la facultad, esta es el área de riesgo. Los alumnos del III módulo 36% de los 164 que se alimenta en comedores cerca de la facultad son la mayoría en frecuencia y dentro de su mismo grupo más de la mitad se alimenta de esa manera. Son alumnos que cursan el módulo de agresión y defensa que incluye bacteriología y parasitología. Están en mayor riesgo que los alumnos de los demás módulos y deben asimilar la prevención lo más pronto posible y ser congruentes con la misión de la facultad de prevenir la enfermedad y preservar la vida.

La alternativa para la alimentación regular o fortuita.

Módulo	Restaurant	En la facultad	Comedores cerca de facultad	Puestos ambulantes	Total
Módulo I	3	47 (63%)	20 (27%)	4	74
Módulo X	28	84 (51%)	36 (22%)	18 (0.1%)	166
Módulo III	1	41 (42%)	55 (57%)		97
Módulo IV	9	38 (48%)	32 (40%)		79
Módulo VIII		18 (62%)	11 (38%)		29
Módulo IX	4	11 (42%)	10 (38%)	1	26
Total	45 (.9%)	239 (51%)	164 (35%)	23 (0.4%)	471

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

10.- Ingesta de bebidas preparadas como factor de riesgo de enfermedad.

Ingerir bebidas preparadas en un medio cálido del trópico es también un hábito, que puede incluir medidas higiénicas o ser riesgo como vehículo de bacterias y parásitos por el contenido o la forma de ser preparadas, particularmente las bebidas manipuladas al exprimir la

fruta con las manos, cortar los trozos o emplear agua corriente no potable. Tienen elevado riesgo de enfermar quienes tienen el hábito de ingerir bebidas preparadas fuera de casa pues las bebidas envasadas tienen que pasar por vigilancia sanitaria por ley.

Ingieren bebidas preparadas 46% de los 481 alumnos que intervienen en el estudio, hay que agregar al 39% de quienes a veces lo hacen. Los alumnos del X módulo lo hacen en 76% en su grupo y en el 31% de 406 alumnos que están en riesgo por ingerir bebidas preparadas. Son estos alumnos quienes deben desplegar mejor las medidas preventivas aprendidas en la facultad.

Ingesta de bebidas preparadas

Módulo	No	A veces	Si	Total
Módulo I	7	31	39	77
Módulo X	40	47(28%)	79 (47%)	166
Módulo III	14	48	39	101
Módulo IV	12	37	33	82
Módulo VIII		12	17	29
Módulo IX	2	11	13	26
Total	75	186 (39%)	220 (46%)	481

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

11.- Ingestión de bebida tradicional, pozol.

En la región zoque, a la que pertenece Tuxtla Gutiérrez, se acostumbra a ingerir pozol al medio día, como una bebida energética y refrescante, en la modernidad se le añade hielo fraccionado de bloques que proporciona la fábrica y que se conserva en lienzos o en costales mientras se requiere su uso, se fracciona con un pica hielo y se pone en el recipiente del pozol con las manos. Se sirve la bebida en jícaras, posuelos de plástico o de aluminio que se “enjuagan” antes de ser nuevamente ocupados. Los puestos de pozol están al aire libre o en los puestos de la plaza pública. No se tiene certeza de la procedencia del agua en donde se bate el maíz semi molido.

Ingieren pozol 79% de alumnos a veces. Se considera a esta costumbre de “a veces” como un riesgo de contaminación por bacterias, parásitos y virus. La población de riesgo, aunque mínimo, está en los alumnos del módulo X.

Ingestión de bebida tradicional, posol

Módulo	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Total
Módulo I	14	53	10		77
Módulo X	17	144	5		166
Módulo III	15	76	10		101
Módulo IV	15	59	8	1	83
Módulo VIII	1	27	1		29
Módulo IX	1	21	3	1	26
Total	63 (13%)	380 (79%)	37 (0.8%)	2	482

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

12.- Consumo de verduras crudas.

Consumir verduras crudas es muy saludable siempre y cuando estén libres de las aguas negras con las que se acostumbra cultivarlas y libres del contacto de materia orgánica nociva mientras se transportan, almacenan y se preparan para su consumo. Como esto no sucede en esta región por falta de educación para la salud y conciencia social de prevención de enfermedades, se coteja que solamente donde hay control sanitario se pueden consumir con seguridad las verduras crudas, estos son los restaurantes con franquicia. En casa, las verduras crudas serán lavadas y tratadas con soluciones hipertónicas o antisépticas antes de ser preparadas con manos limpias y ser aderezadas para su consumo.

Se ha visto en los anteriores resultados que 77% de alumnos tiene alimentación fuera de casa y que 51% del total de alumnos hace alguna comida en la facultad de medicina. En los platillos se acostumbra a incluir lechuga, col y jitomate, pepinos, chiles crudos y cebolla. Esta es la población de riesgo de enfermedad transmitida por las verduras crudas no bien preparadas. Se señala el riesgo pero no la certeza de que ingieran fauna nociva.

Nuevamente como en el caso anterior, 69% del total de encuestados consume verduras crudas "a veces" y 16% "casi siempre", aunque debieran hacerlo si fueran confiables para su ingestión, se libran de transmisión de enfermedades al reducir la frecuencia de consumo. Es una variable débil para considerarse. Son los alumnos del módulo X quienes tienen el mayor porcentaje de riesgo y practican

hábitos que los ponen en riesgo de enfermarse, y ellos lo saben, falta el convencimiento. Siguen los alumnos del módulo III.

Consumo de verduras crudas

Módulo	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Total
Módulo I	19	49	10		78
Módulo X	16	113	34	3	166
Módulo III	12	77	9	3	101
Módulo IV	13	50	18	2	83
Módulo VIII		27	2		29
Módulo IX	1	18	4	3	26
Total	61 (13%)	334 (69%)	77 (16%)	11 (0.2%)	483

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

13.- Consumo de cocteles de frutas.

También es costumbre consumir diferentes frutas preparadas en trozos, servidas en vasos o conos y previamente almacenadas en una vitrina de puestos ambulantes cuyos servidores se la pasan en el puesto o ambulantes por las calles sin tener agua corriente para lavarse manos y utensilios. Con las manos limpian y cortan la fruta.

Comer fruta es saludable por las vitaminas, azúcares y la fibra vegetal que proporcionan funcionamiento digestivo y metabólico necesario para la salud, pero el agregado de fauna nociva por la manera y condiciones de preparar las raciones es la fuente de riesgo.

El 68% del total de alumnos “a veces” consume cocteles de frutas, más el 18% que lo hace “casi siempre” dan un 86% de riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por ese medio. Nuevamente son los alumnos del X módulo y el módulo III los más expuestos. Comienza a verse que los alumnos del X módulo no están aplicando medidas preventivas para evitar el contagio por lo que ingieren.

Consumo de cocteles de frutas

Módulo	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Total
Módulo I	5	56	13	3	77
Módulo X	10	116	30	10	166
Módulo III	18	69	12	2	101
Módulo IV	9	52	17	3	81
Módulo VIII		19	10		29
Módulo IX	5	16	3	2	26
Total	47 (0.9%)	328 (68%)	85 (18%)	20 (0.4%)	480

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

14.- Los padecimientos frecuentes en la historia de vida.

El siguiente análisis conduce a la detección de que ha habido enfermedades gastrointestinales en la vida de cada alumno y que puedan relacionarse con la cultura deficiente de la prevención, en el pasado por ignorancia sobre el tema, pero en el presente por falta de sensibilidad y convencimiento de que la prevención es mejor que la atención al enfermo que ya sufre algo y pierde algo para recuperar la salud.

Las gastroenteritis ocupan el 35% en la lista de alumnos, sigue la tifoidea con 11% pero 44% no se ha enfermado de los padecimientos señalados que se consideran epidemiológicamente más comunes.

De los enfermos, los alumnos del módulo X tienen el 34.5% del total de enfermos de gastroenteritis y el 33% del total de reportes de tifoidea, 25% del reporte total de hepatitis infecciosa, hecho que no habla bien de su formación preventiva de enfermedades transmitidas por alimentos y hábitos alimentarios.

Qué padecimientos frecuentes has tenido.

Módulo	Gastroenteritis	Tifoidea	Disentería	Hepatitis A	Teniasis	Otros	Ninguno	Total
Módulo I	28	14		1	1	4	30	78
Módulo X	58(34.5%)	18(33%)		3(25%)		16	69 (42%)	164
Módulo III	27	8	1	4		4	57 (56%)	101
Módulo IV	34(20%)	8	1	3		5	31 (38%)	82
Módulo VIII	13	4	1	1			10 (34%)	29
Módulo IX	8	2	1			1	14 (54%)	26
Total	168 (35%)	54 (11%)	4	12	1	30	211 (44%)	480

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

15.- Forma en que se comprobó el padecimiento.

La siguiente fase tiene la finalidad de cerciorarse de que la educación para la salud es más importante de ser asimilada desde la facultad, que recurrir a medidas técnicas para detectar los padecimientos que han adquirido los alumnos participantes.

El 73% de los alumnos se han referido a la clínica como medio diagnóstico, otra vez y de manera loable dominan los alumnos del módulo X tomando en cuenta al total de quienes respondieron así, en

su grupo 78% lo hacen así, en cambio 83% de alumnos del módulo VIII son clínicos, 77% del módulo IV también lo son. En cambio, el 33% de alumnos del módulo I y 24% de alumnos del módulo III, recurrieron a los análisis de laboratorio.

¿De qué forma se comprobó el padecimiento?.

Módulo	Síntomas	Radiografías	Coproparasitoscópico	Análisis sanguíneos	7	Total
módulo I	32	2	3	18		55
módulo X	97		6	21		124
módulo III	41		7	15		63
Módulo IV	44		6	7		57
módulo VIII	24		3	2		29
módulo IX	21		1	3	1	26
Total	259 (73%)	2	26 (0.7%)	66 (19%)	1	354

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

16.- Enfermedades que se padecen actualmente.

Los alumnos del módulo VIII tienen gastroenteritis en el momento de la encuesta, sin embargo la mayoría de los participantes no está enferma de lo que se explora en la pregunta.

Los datos solamente indican que hay algún control de los padecimientos que antes se han tenido, pero no indica que hayan cambiado los hábitos de consumo de alimentos con riesgo de contaminación y enfermedad.

¿Qué enfermedades padeces actualmente?

Módulo	Gastroenteritis	Tifoidea	Disentería	Hepatitis A	Otros	Ninguno	Total
Módulo I	6	3			1	68	78
Módulo X	7				2	157	166
Módulo III	4		1		2	94	101
Módulo IV	2			1	3	76	82
Módulo VIII	9				1	19	29
Módulo IX	2	1	1			22	26
Total	30	4	2	1	9	436	482

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

17.- Propuestas para el control de la gastroenteritis.

La toma de decisiones también tiene que ver con la asimilación de la importancia de la salud pública por la educación para la salud y no recurrir en primera instancia a los medios técnicos de diagnóstico y manejo.

La propuesta de mejorar los hábitos alimentarios es del 75%, complementada con el 23% que propone el saneamiento ambiental, sin embargo la asimilación personal del cuidado de la salud es la parte más sustantiva que se busca, el saneamiento ambiental es un estrato más elevado de conciencia sanitaria.

Los módulos de más conciencia son el VIII, el III, el IV y el X. Se considera favorable la visión.

Que propones para el control de gastroenteritis

Módulo	Mejorar hábitos alimentarios	Saneamiento ambiental	Mejores y baratos antimicrobianos	Mejores consultorios y hospitales	Total
Módulo I	50 (64%)	27	1		78
Módulo X	125 (75%)	41			166
Módulo III	79 (78%)	21	1		101
Módulo IV	63 (76%)	17	3		83
Módulo VIII	29 (100%)				29
Módulo IX	18 (69%)	6	1	1	26
Total	364 (75%)	112 (23%)	6	1	483

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

18.- Propuestas para el control de la tifoidea.

Para el control de la tifoidea se mejora la visión hasta el 88% de alumnos que refieren la prevención al evitar ingerir alimentos contaminados, sin embargo hay quienes proponen que mejoren los consultorios y hospitales para el control de la tifoidea, son los módulos I y III.

Qué propones para el control de tifoidea

Módulo	Evitar ingesta de contaminados	Mejores y baratos antimicrobianos	Mejores consultorios y hospitales	Total
Módulo I	61	3	14	78
Módulo X	159		7	166
Módulo III	80		20	100
Módulo IV	72	4	7	83
Módulo VIII	29			29
Módulo IX	22	2	2	26
Total	423 (88%)	9	50 (10%)	482

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

19. Propuesta para la prevención de las enterocolitis.

La prevención de la enterocolitis es mejorar los hábitos y costumbres, como una propuesta unánime. En teoría se sabe que es la

mejor opción, habrá que cotejar con la práctica de los alumnos en su comportamiento.

Cual es la prevención de enterocolitis

Módulo	Mejores hábitos y costumbres	Consulta oportuna	Mejorar y abaratar antimicrobianos	Total
Módulo I	74 (95%)	4		78
Módulo X	158 (95%)	4	4	166
Módulo III	92 (91%)	8	1	101
Módulo IV	71 (86%)	9	2	82
Módulo VIII	29 (100%)			29
Módulo IX	24 (92%)	1	1	26
Total	448 (93%)	26	8	482

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

20.- El manejo ideal para la amibiasis.

El manejo ideal para la amibiasis es una decisión dividida entre recomendar alimentos hechos en casa y que se proporcionen amebicidas mejores y más baratos, es decir, hay una inclinación por la medicina para tratar enfermos y no para prevenir. Es un señalamiento del 33% del total de participantes en donde los alumnos del módulo III llega al 49% de recomendación y el módulo X está en 41% dentro de su grupo cuando deberían optar por la prevención.

Cual es el manejo ideal para amibiasis

Módulo	Recomendar alimentos caseros	Asistir oportunamente al médico	Desparasitación semestral	Amebicidas baratos y mejores	Total
Módulo I	47	7	7	17 (22%)	78
Módulo X	93 (56%)	5		68 (41%)	166
Módulo III	47 (46%)	2	2	50 (49%)	101
Módulo IV	49 (59%)	12		22	83
Módulo VIII	29 (100%)				29
Módulo IX	20 (77%)	1	2	3	26
Total	285 (59%)	27 (0.5%)	11	160 (33%)	483

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

21.- La prevención deseable para hepatitis A.

La prevención deseable contra la hepatitis A está en mejorar los hábitos y costumbres alimentarios y no en la inmunización completa del cuadro de biológicos, además, la vacuna contra hepatitis A es reciente y no está estandarizada. La opción deseable es de 57% del total de participantes, los alumnos del módulo VIII están en el 100% y siguen

el módulo X y IX. No hay una asimilación aceptable sobre educación para la salud con la responsabilidad del paciente en el manejo.

Cual es la prevención deseable contra la hepatitis A

Módulo	Mejorar hábitos y costumbres alimentarios	Consulta periódica	Inmunización completa	Total
Módulo I	34 (44%)	7	36 (47%)	77
Módulo X	110 (66%)	26	30	166
Módulo III	38 (38%)	11	52 (51%)	101
Módulo IV	47 (57%)	13	23	83
Módulo VIII	29 (100%)			29
Módulo IX	17 (65%)	1	8	26
Total	275 (57%)	58 (12%)	149 (31%)	482

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

22.- La prevención deseable para la teniasis.

La prevención deseable para la teniasis es evitar comer carne cruda, opción prevista por el 58% del total de alumnos seguida de cerca por la costumbre de desparasitarse cada 6 meses. Un hábito común en esta región de México. Los alumnos del módulo X señalan esta opción en 46% del total de alumnos de su grupo y los mejor orientados son los alumnos del módulo VIII que cursan gastroenterología en el ciclo escolar presente.

Cual es la prevención deseable de la teniasis

Módulo	No comer carne cruda	Desparasitarse cada 6 meses.	Hacerse análisis periódicamente	Total
Módulo I	36 (46%)	40 (51%)	2	78
Módulo X	90 (54%)	76 (46%)		166
Módulo III	54 (53.4%)	46 (45.5%)	1	101
Módulo IV	55 (66%)	26 (31%)	2	83
Módulo VIII	29 (100%)			29
Módulo IX	14	8	2	24
Total	278 (58%)	196 (41%)	7	481

Fuente: Facultad de Medicina H. UNACH, Rosa Ma. Coutiño Cruz, enero 2008.

4. 3.- Conclusiones del análisis del estudio:

Los módulos incluidos fueron: el módulo I con 78 alumnos, el III con 101, el IV con 83, el VIII con 29 alumnos, el IX con 26 alumnos y el X con 166. Lo deseable es que los alumnos del último módulo sean los que más actividades preventivas manifiesten por estar al final de la carrera en las aulas. El sexo no tiene ninguna diferencia en proporción en el total y entre grupos.

El lugar de procedencia es importante porque son diferentes los hábitos alimentarios en la ciudad capital y en la provincia del estado. Los que proceden de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez son 253 alumnos y los foráneos, 229 y 1 que no señaló la opción.

Hay 315 alumnos que se hospedan con la familia, 30 alumnos se hospedan con parientes, con amigos 57 y quienes están solos 81. Esto es, 168 alumnos están en riesgo de enfermarse en el proceso de alimentarse puesto que deben hacerlo fuera de casa, en algún lugar que no siempre es seguro en cuanto a asepsia de los alimentos y bebidas.

El 77% de los alumnos se alimenta fuera de casa con mayor porcentaje en los alumnos del módulo X de quien se ha esperado una buena orientación preventiva aplicada a ellos mismos.

En la alternativa de alimentación seleccionada por 471 el 35% lo hace en comedores fuera de la facultad, siendo esta el área de riesgo (sin embargo pueden evitar la ingesta de alimentos potencialmente contaminados en su preparación como bebidas preparadas y verduras crudas o alimentos no hervidos o fritos). Los alumnos del III módulo 36% de los 164 que se alimenta en comedores cerca de la facultad son la mayoría en frecuencia y dentro de su mismo grupo más de la mitad se alimenta de esa manera. Son alumnos que cursan el módulo de agresión y defensa que incluye bacteriología y parasitología. Están en mayor riesgo que los alumnos de los demás módulos y deben asimilar la prevención lo más pronto posible y ser congruentes con la misión de la facultad de prevenir la enfermedad y preservar la vida.

Ingieren bebidas preparadas 46% de los 481 alumnos que intervienen en el estudio, hay que agregar al 39% de quienes a veces lo hacen. Los alumnos del X módulo lo hacen en 76% en su grupo y en el 31% de 406 alumnos que están en riesgo por ingerir bebidas preparadas. Son estos alumnos quienes deberían desplegar mejor las medidas preventivas aprendidas en la facultad.

Ingieren pozol 79% de alumnos "a veces". Se considera a esta costumbre de "a veces" como un riesgo de contaminación por bacterias,

parásitos y virus. La población de riesgo, aunque mínimo, está en los alumnos del módulo X.

Consumen verduras crudas 69% del total de encuestados “a veces” y 16% “casi siempre”, aunque debieran hacerlo si fueran confiables para su ingestión, se libran de transmisión de enfermedades al reducir la frecuencia de consumo. Es una variable débil para considerarse. Son los alumnos del módulo X quienes tienen el mayor porcentaje de riesgo y practican hábitos que los ponen en peligro de enfermar, y ellos lo saben, falta el convencimiento. Siguen los alumnos del módulo III.

El 68% del total de alumnos “a veces” consume cocteles de frutas, más el 18% que lo hace “casi siempre” dan un 86% de riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por ese medio. Nuevamente son los alumnos del X módulo y el módulo III los más expuestos. Comienza a verse que los alumnos del X módulo no están aplicando medidas preventivas para evitar el contagio por lo que ingieren.

De los enfermos, los alumnos del módulo X tienen el 34.5% del total de enfermos de gastroenteritis y el 33% del total de reportes de tifoidea, 25% del reporte total de hepatitis infecciosa, hecho que no habla bien de su formación preventiva de enfermedades transmitidas por alimentos y hábitos alimentarios.

El 73% de los alumnos se han referido a la clínica como medio diagnóstico, otra vez y de manera loable dominan los alumnos del módulo X tomando en cuenta al total de quienes respondieron así, en su grupo 78% lo hacen así, en cambio 83% de alumnos del módulo VIII son clínicos para el diagnóstico, 77% del módulo IV también lo son. En cambio, el 33% de alumnos del módulo I y 24% de alumnos del módulo III, recurrieron a los análisis de laboratorio como método confiable.

Los alumnos del módulo VIII tienen gastroenteritis en el momento de la encuesta, sin embargo la mayoría de los participantes no está enferma de lo que se explora en la pregunta.

Los datos solamente indican que hay algún control de los padecimientos que antes se han tenido, pero no indica que hayan cambiado los hábitos de consumo de alimentos con riesgo de contaminación y enfermedad.

La propuesta de mejorar los hábitos alimentarios es del 75%, complementada con el 23% que propone el saneamiento ambiental, sin embargo la asimilación personal del cuidado de la salud es la parte más sustantiva que se busca, el saneamiento ambiental es un estrato más elevado de conciencia sanitaria.

Los módulos de más conciencia son el VIII, el III, el IV y el X. Se considera favorable la visión.

Para el control de la tifoidea se mejora la visión hasta el 88% de alumnos que refieren la prevención al evitar ingerir alimentos contaminados, sin embargo hay quienes proponen que mejoren los consultorios y hospitales para el control de la tifoidea, son los módulos I y III.

La prevención de la enterocolitis es mejorar los hábitos y costumbres, como una propuesta unánime. En teoría se sabe que es la mejor opción, habrá que cotejar con la práctica de los alumnos en su comportamiento.

El manejo ideal para la amibiasis es una decisión dividida entre recomendar alimentos hechos en casa y que se proporcionen amebicidas mejores y más baratos, es decir, hay una inclinación por la medicina para tratar enfermos y no para prevenir. Es un señalamiento del 33% del total de participantes en donde los alumnos del módulo III llega al 49% de recomendación y el módulo X está en 41% dentro de su grupo cuando deberían optar por la prevención. La prevención deseable contra la hepatitis A está en mejorar los hábitos y costumbres alimentarios y no en la inmunización completa del cuadro de biológicos, además, la vacuna contra hepatitis A es reciente y no está estandarizada. La opción deseable es de 57% del total de participantes, los alumnos del módulo VIII están en el 100% y siguen el módulo X y

IX. No hay una asimilación aceptable sobre educación para la salud con la responsabilidad del paciente en el manejo.

La prevención deseable para la teniasis es evitar comer carne cruda, opción prevista por el 58% del total de alumnos seguida de cerca por la costumbre de desparasitarse cada 6 meses. Un hábito común en esta región de México. Los alumnos del módulo X señalan esta opción en 46% del total de alumnos de su grupo y los mejor orientados son los alumnos del módulo VIII que cursan gastroenterología.

4.4.- LAS TESIS.

1.- En teoría la mayoría de los alumnos que integraron el universo de trabajo saben qué hacer para la prevención sin embargo los hábitos alimentarios demuestran que sigue habiendo deficiencias en poner en práctica los conocimientos preventivos por razones que no pueden detectarse por este estudio.

2.- La orientación diagnóstica de los alumnos para detectar enfermedades infecciosas prevenibles adquiridas por la ingesta de alimentos contaminados es clínica.

3.- Los alumnos del módulo X tienen deficiencias para aplicar las medidas preventivas de la teoría a la práctica, lo que indica que hace falta asimilación mayor de la educación para la salud durante su formación. Si no la logran con ellos mismos difícilmente la transmitirán con prioridad a sus pacientes.

CAPÍTULO V.

ORIENTACIÓN PROFESIONAL EDUCATIVA DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNACH.

5.1.- Lo ideal.

Fundamentación para la enseñanza de la prevención de la enfermedad por la educación.

La función de la educación es, ayudar a las personas a autodesarrollarse con base en los principios fundamentales, que puedan ser entendidos y sentidos con tanta convicción y necesidad como el aire que se respira. La simple enseñanza teórica, por cumplir programas impuestos no puede lograr el objetivo de autodesarrollo con visión de ahorro de sufrimiento y gasto económico.

En la mayoría de las universidades de América Latina hay influencias europeas y norteamericanas sobre la formación profesional médica, la tendencia es hacia el éxito para el alivio de las dolencias inmediatas, cueste lo que cueste en el plano técnico económico, sin embargo, las propias universidades manifiestan su propia autonomía que las ha ido moldeando en los últimos años del siglo pasado y el primer decenio del siglo XXI en particular hacia el ahorro, el uso óptimo del presupuesto y la visión sobre costo/beneficio en los servicios médicos y también tomando en cuenta que la población exige educación para conservar su medio ambiente y alimentarse saludablemente.

En este sentido, el enfoque de la promoción de salud e higiene en los espacios de la formación profesional y las escuelas de educación media y superior tienen sus antecedentes fundamentales en la Psicología Comunitaria y la Salud Comunitaria. La salud comunitaria surge en la década de los 60 y 70 del pasado siglo, y es considerada, según autores como San Martín y Pastor⁴¹ y Knapp⁴², una estrategia

⁴¹ San Martín, H. y Pastor: Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Díaz de Santos: Madrid. 1984.

dirigida a la aplicación de los programas de salud pública a la comunidad como espacios de residencia y desarrollo de los riesgos para la salud, y también las oportunidades para la promoción, prevención de la salud, el mejoramiento de las condiciones de vida, la curación de enfermedades y la readaptación social, hechos de los cuales no escapa el médico como ciudadano y persona vulnerable.

La Psicología comunitaria se apoya en 3 indicadores fundamentales de desarrollo según Tobar⁴³ el aprendizaje de contenidos sobre higiene de los estudiantes (porque el objeto estudiado es también sujeto estudiante), la comunidad como centro de poder (concientización de necesidades y asunción del control de su actividad) y la unión imprescindible entre teoría y praxis (única forma de lograr una explicación integradora y una comprensión verdadera de la situación).

Sobre estas concepciones surgen, la escuela y la universidad como promotoras de la salud, evolucionando hacia la conformación de modelos de intervención comunitaria y de promoción de la salud para ejercerse en el contexto educativo.

La concepción de Escuelas y Universidades Promotoras de Salud se integra en la estrategia de lograr municipios y comunidades saludables a como de lugar con el objetivo general de lograr la promoción permanente de la salud a nivel de localidad, área y campo y con ello el control de sus factores determinantes dentro del ambiente y dentro de cada persona. En Cuba, la Red de Municipios Saludables se creó en 1994, proyecto que fue inspirado en los postulados de la Cumbre educativa de Alma-Ata⁴⁴, en el Informe Lalonde (Canadá) y en los contenidos de la Carta de Ottawa 1986, donde se plantea la

⁴² Knapp, E.): Psicología de la Salud. La Habana: Editorial Félix Varela. 2005.

⁴³ Tobar, M. A. (1994): Selección de lecturas sobre Psicología de las Comunidades. La Habana: Editorial Ciencias Sociales. 1994.

⁴⁴ Conferencia de Alma-Ata (1978), el Informe Lalonde, y Duran Strauch, E. 2005. La estrategia de escuelas saludables. *Tipica*, 1, .Extraído el 25 de marzo, 2006, de <http://www.tipica.org/pdf/1>

necesidad de la salud para todos en la escuela y la comunidad señalando previamente las directrices para su promoción⁴⁵.

Sin embargo, siempre surgen los problemas de presupuesto económico ante todo proyecto con vistas a mejorar la formación profesional dentro del proceso educativo, también las desviaciones que surgen de la intervención política y la filiación partidista de los grupos dentro de la escuela, particularmente se hacen presentes tales asuntos, en el período de elecciones que tienen como punto central afianzar el poder, además de que hay un predominio **de un modelo educativo y de docencia**, que está señalado en la política educativa de la universidad, la facultad y la visión oficial, modelo que está inclinado hacia el saber científico y no al humanista de servicio (en el tercer mundo se imagina a la ciencia y es aludida, pero escasamente se la trata como real en las aulas), de tal manera que el profesionista egresado está siempre en la búsqueda permanente de su ser y quehacer⁴⁶.

En realidad se vive en la escuela con un impulso constante de cambio y pero sin dedicarle tiempo para reflexionarlo, simplemente se acepta la imposición de modas que pasan y vienen otras sin consolidar una forma de vivir coherente con la cultura y el progreso. En la salud la moda dominante es el cultivo del cuerpo y la belleza, mientras que se mediatiza la salud integral, sin embargo la educación para la salud pensando en la integridad de la persona y con la convicción de que es el centro que distribuye beneficios saludables al todo se mantiene implícita y dada por vista sin hacer el intento de aflorar sus postulados.

Las universidades necesitan innovación dentro de su autonomía, leyendo constantemente los signos de los tiempos, también un cambio de mentalidad y de conducta puesto que la tecnología ha despersonalizado a los habitantes del planeta, pero esto es tarea difícil,

⁴⁵ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 1986.

⁴⁶ Lombardi, A. La universidad en tiempos de cambio. Publicación de la Rectoría de la Universidad del Zulia. Venezuela. 1993. p.16.

pues la universidad es una de las instituciones más resistentes al cambio⁴⁷ y más cuando ha puesto toda su confianza en la ciencia positiva. En la universidad centrada en el cientificismo, todo se mide y se contrasta y ese es el centro de la visión y la misión con dedicación devota y que es el signo de modernidad que distingue a la universidad. Ortega y Gasset decía que “*hacer cambios en las universidades es como remover cementerios*”⁴⁸.

Por definición, la universidad debe ser dialogante y no determinista, es verdad que asume el compromiso de la tarea por apearse a la ciencia y la técnica para el desarrollo, sin embargo también debe atender más al respeto a la dignidad de las personas pues es a ellas a quienes sirve el producto de su trabajo puesto que en su misión se destaca su compromiso por la creación y renovación de un mundo humano y solidario.

La universidad debe presentarse siempre como la más sabia de las instituciones para educar a la especie humana contemporánea en sus necesidades de desarrollo, en sus conflictos y en el análisis de sus confusiones en el proceso de adoptar formas de vivir más idóneas a cada sociedad.

La universidad tiene que revolucionar su naturaleza actual para cambiar sin pausa, para crear impronta en su comunidad de que **el aprendizaje** es la capacidad del hombre para anticiparse al futuro, para resolver las situaciones nuevas, para arriesgarse a pensar y para seguir pensando⁴⁹. La dignidad humana es el centro de la reflexión y del beneficio que surge de la institución educativa y nunca debe quedar al margen dedicándole más importancia a la materia y los bienes materiales.

⁴⁷ Janne, Henri. Citado por Tünnermann, C. en: La educación en el umbral del siglo XXI. UNESCO/CRESAL. Caracas. Venezuela. 1996. p.114

⁴⁸ González, L. E. Epígrafe del Ensayo: Innovación en la Educación Universitaria en América Latina. CINDA. Santiago. Chile.1993

⁴⁹ Escotet, M. Visión de la universidad del siglo XXI: Dialéctica de la misión universitaria en una era de cambios. Ponencia en la XVI reunión de Gulerpe. Venezuela. Junio 1990.

La universidad es la institución capaz de lograr los sueños de progreso y elevada vitalidad de las personas que integran a la sociedad al formar recursos humanos de alto nivel científico si, pero particularmente con humanismo, estimulando el servicio constante de sus educandos al mismo tiempo que se investigan nuevas formas de educación al pueblo para crear conciencia de que es mejor prevenir que curar siendo ese un aporte de conocimientos que promueve la cultura⁵⁰.

Esa es la razón por la que la institución educativa debe establecer y mantener vínculos firmes y estrechos con la sociedad con la visión de guiarla dándole alternativas para la visión clara de los problemas y su posible solución con participación de todos para que tal solución sea duradera y de ser posible permanente, pero antes, sus profesionales en formación y egresados, deben dar muestras de que están convencidos de lo que enseñan para vivir bien.

La formación de buenos profesionales de la salud se trabaja dentro de la realidad social, lugar en donde los valores dictan las normas de conducta, pero es necesario conocer esos valores dominantes por ejemplo, confío en lo que la industria de la alimentación me da pero si falla, se que hay médicos, sin embargo estos están formados para emplear medicamentos y cirugías, de manera que no tengo que reflexionar nada, solo debo confiar y tener un seguro médico de cobertura amplia par no tener angustia en la vida.

Pero, educar para la salud requiere emplear la esencia de los valores más elevados, aquellos que conducen a la salud corpórea y por lo tanto a la vida plena y abundante. Así puede verse que la universidad se limita si se dedica con prioridad a instruir a sus alumnos para alcanzar el ejercicio técnico de una profesión sin mirar para quien y para qué, cuando lo hace así se ve como una universidad "profesionalista" que niega su propia misión de dar sentido a la realidad y a la vida a través de la instauración de un diálogo entre el hombre y el

⁵⁰ Duplá, J. Cambio de rumbo de las universidades. SIC. Marzo 1994. p. 64-65.

universo, y la reflexión del hombre consigo mismo, del hombre con los demás hombres, con las cosas y con el ambiente⁵¹

Hoy más que antes es urgente la educación efectiva para la salud integral del hombre y el trabajo pedagógico sobre procedimientos, actitudes y valores centrales y necesarios, porque las sociedades, demandan reordenaciones éticas y morales y, educar para la salud con convencimiento, es un acto moral porque no bastan tanto las soluciones técnicas o científicas para solucionar los problemas de salud individual y masiva⁵².

La educación para llevar una vida sana y plena es una oportunidad de reflexión individual y colectiva en la que los futuros profesionistas pueden asimilar un conjunto de principios y normas no sólo de la ciencia natural sino del comportamiento humano, conocer mejores y naturales formas de ser, para que sus hábitos sean coherentes con los establecidos en la historia del conocimiento⁵³. La educación para la salud, no limita el camino hacia una vida plena sino que hace brillar la verdad sin pretender ser la preparación para el sacrificio por ser esta educación un acto moral⁵⁴.

La formación biófila de los médicos es ingresar a la cultura de la vida y se manifiesta en **la actitud que se adopta frente a una determinada situación**, pues una persona con buenas intenciones que no actúa con base en ellas, pero que conoce intelectualmente la virtud, no es plenamente una persona convencida y sus acciones profesionales

⁵¹ Fajardo, J. Del Rey. Discurso en la recepción del Doctorado Honoris Causa en la Universidad Rómulo Gallegos, en San Juan de Los Morros, 02 de Julio de 1993. Publicación del Rectorado de la Universidad del Zulia. Ed. Ars Gráfica S.A. Maracaibo. Venezuela. p. 6

⁵² Martínez, M. M. La educación moral: una necesidad en las sociedades plurales y democráticas. Revista Iberoamericana de Educación. [En Línea] N° 7. Enero-Abril 1995. p.18.

⁵³ Martínez M., M. La educación moral: una necesidad en las sociedades plurales y democráticas. Revista Iberoamericana de Educación. N° 7. Enero-Abril 1995. p.17.

⁵⁴ Cortina, A. La educación del hombre y del ciudadano. Revista Iberoamericana de Educación. 7: 10 1995.

se alejan de la moral⁵⁵. Una persona actúa siempre de acuerdo con sus convicciones, con sus valores que conducen a la vida y alejan de la enfermedad y la muerte prematura.

El "perfil médico" con inclinación biófila, muestra a sus pacientes y la sociedad en general una preferencia permanente por la bondad y se aleja de la duda que le presenta la visión cosificante ante una acción o situación.

El trabajo desplegado en la formación médica, debe hacer que el docente vaya guiando las sensibilidades responsables del alumno para que conozca lo conveniente, lo que se acepta por imposición cultural y política y aquello que no siempre es conveniente. En la formación médica se insistirá en el deber de ser crítico al tomar decisiones, ser reflexivo siempre ante las situaciones nuevas o problemáticas para que ese perfil profesional se identifique con el bien hacer y el bien ser, perfil que se va logrando durante el aprendizaje teórico y práctico de la profesión con una orientación, si no bioética, al menos humanista, como se propone en la misión y visión exaltada en su plan de trabajo.

La tecnificación de la medicina y la forma de hacer llegar los beneficios de la salud a los pacientes, dentro de la globalización social, ha despertado un interés creciente de mucha gente para la incorporación en las facultades de medicina, de la enseñanza de los valores centrados en la persona y no en aquellos del tener y del poder, insistentes en alcanzar el éxito profesional y el prestigio alejados del beneficio social.

El problema educativo humanista aparece por la escasez de docentes que hayan adquirido habilidades y conocimientos adecuados y suficientes para educar a sus alumnos desarrollando habilidades de razonamiento crítico, dirigido a evaluar los temas controversiales de la ciencia médica, porque los actuales están absortos con aquello que la corriente científica dicta.

⁵⁵ Berkowitz, M. W. Educar la persona moral en su totalidad. Revista Iberoamericana de Educación. Biblioteca virtual. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) 8: 4, 1995. p.4.

5.2.- La prevención inserta en el plan de estudios.

Las escuelas que forman en ciencias de la salud, deberían considerar insertar en su plan de estudios un eje transversal que contenga un componente ético en todas las asignaturas, para filosofar acerca de lo humano, es decir, tratar los temas médicos también en el plano antropológico, analizando las consecuencias de las acciones del hombre, con el fin de responder a interrogantes de orden práctico, de manera que cuando se pretende prevenir una enfermedad se considerará a toda la integridad corpórea de cada paciente, no sólo tendrá a la vista aliviar los males del cuerpo, de las células y los tejidos, no dedicará su ciencia solamente a corregir la función medible sino a toda la integridad que es la verdadera función del espíritu, por eso pondrá particular atención a servir con solidaridad y subsidiariedad inspirada en la búsqueda del bien común y personal.

En la formación en ciencias de la salud, conviene incluir en el currículum un modelo educativo que logre un científico médico y un servidor social que emplee la educación para mejorar a la persona y la comunidad de personas, al mismo tiempo que reconstruye la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y de la función social para atender las necesidades de salud⁵⁶ haciendo que el estudiante se apoye en su capacidad de sobrevivir, pues tiene capacidades psíquicas para actuar y estrategias pedagógicas para aprender del que enseña.

A principios de este siglo, se propuso la formación científica tecnológica del médico por medio de un cambio en el currículum para la formación médica, contenido en el Informe de Flexner⁵⁷, apoyado ese

⁵⁶ León C. S. "El método Clínico de aprendizaje en el aula" Tesis de maestría en Docencia en ciencias de la salud. Facultad de Medicina Humana. 2004. UNACH.

⁵⁷ Moros Ghersi, C. A. El futuro de la enseñanza de la medicina *Universitas* 2000. 15: 4: 45-47. 1991 "En 1910 se publicaron en los Estados Unidos los resultados de una encuesta realizada por Simón Flexner, Profesor de la Universidad de Filadelfia, en 140 Escuelas de Medicina de Estados Unidos y 7 de Canadá; estos resultados se conocen como el "Informe Flexner", el cual marcó una etapa en la educación médica. A partir de este informe se sumaron escuelas de medicina a las universidades, en donde se desarrolló la investigación y se incorporaron los hospitales a las escuelas de medicina para utilizarse como campo necesario del adiestramiento clínico. Estos hechos introdujeron la influencia norteamericana a la educación médica latinoamericana que antes seguía el modelo francés y alemán del siglo XIX. La

propósito por la Asociación Médica Americana y por las grandes industrias, pero sin preocupación alguna por las cuestiones éticas. Así es como se produjo el divorcio entre la medicina ya tecnificada y objetiva y la medicina centrada en la persona integral, es decir, se puso a la ética en la orilla del camino de la formación médica. La persona humana, que antes era vista como sujeto del proceso terapéutico, respetada en su dignidad, voluntad y libertad, se transformó en objeto de estudio atendida con la tecnología⁵⁸.

Desde entonces el pensamiento del profesional se centró en la ciencia y la técnica que se erigieron como instrumentos que todo lo abarcan sin límites y parecen no necesitar de otros criterios que los gestados por ellas⁵⁹. El progreso científico y técnico, siguieron el camino señalado por Flexner y, persisten muchas influencias de él en la formación médica, aunque haya modificaciones curriculares⁶⁰ con fuertes tendencias a la despersonalización y a la "cosificación" del hombre.

Hoy día, la influencia de la bioética ha hecho que se reflexione más en la protección temprana del hombre contra la enfermedad que las costosas atenciones cuando ya está enfermo.

La solución, para recuperar la naturaleza humana y profesional perdida, está en la bioética, pero no la corriente de la ética de los deberes legales llamada deontología, porque aunque esta ética está incluida en el código profesional médico, por cuestiones legales, no es suficiente con cumplir lo que se ha obligado a cumplir como legal so pena de sanción; la solución para recuperar la naturaleza del hombre en su atención, no se reduce a esa ética de las obligaciones, porque un proceder humano correcto no se limita al método clásico de los códigos.

incorporación del Hospital a las Escuelas de Medicina y la creación de los departamentos, tuvo como consecuencia la separación del área básica del área clínica".

⁵⁸ Ziem, G. Medical Education Since Flexner. Health Pac. Bull. 1977 3:42 . El Informe Flexner no habría sido sino un informe más, si entre 1910 y 1930 las fundaciones privadas norteamericanas no hubiesen invertido en su implementación cerca de 300 millones de dólares.

⁵⁹ Correia, F. A. A alteridade como criterio fundamental e englobante da Bioética Tesis. Departamento de Filosofía. Universidad de Campinas. Barcelona, 1994. p.22

⁶⁰ Moros., C. A. El futuro de la enseñanza de la medicina. Universitas 2000. 15 (4):45-47. Caracas. Venezuela. 1991.

La educación para la salud concebida como la obligación profesional de servicio por medio de la educación efectiva a la población y a los pacientes en particular, incluye algunos valores preestablecidos como el derecho a ser educado para vivir mejor en todos los ambientes y en todos sus niveles constitutivos, no solo el corporal, el respeto a la vida y el cuidado de la salud, la solidaridad con el "ignorante en medicina" por no estar preparado lo suficiente para conocer las funciones de su cuerpo y el reconocimiento de las noxas que están en el medio ambiente.

La educación médica no debiera darle prioridad a emplear fórmulas y recetas simplistas extraídas de la reflexión científica, porque la relación médico paciente no es científica y sin embargo es la fundamental en el trabajo médico.

La educación médica no debiera asentarse en valores rígidamente establecidos o fórmulas hechas, para indicar lo que está bien y lo que está mal. Tampoco debiera parecer un conjunto de mandatos y prohibiciones absolutas, o una serie de afirmaciones subjetivas y relativas.

La educación para la salud va más allá de la persona como ser individual, y se refleja como testimonio de vida, impulsando la capacidad cognoscitiva, la responsabilidad por el cuidado de sí mismo, la comprensión de los procesos que llevan a la salud, la tolerancia ante los programas sociales que mediatizan la atención, el respeto a las demás personas y al medio ambiente, la solidaridad con la sociedad en la que se vive y la justicia como valor supremo de convivencia.

La Salud pública es la visión de la integridad de una persona interactuando con otras y el medio ambiente y está conformada por un conjunto de disciplinas que estudian los problemas que ponen en riesgo la integridad de las personas de una sociedad dentro de un medio ambiente definido, por posibles desequilibrios que se suscitan en la vida del hombre y que tienen un origen biológico, social o espiritual como las creencias y sus efectos sobre el ser y la comunidad y que son evidentes

en todas las culturas, regiones y la historia según los escritos antiguos⁶¹.

5.3.- El camino pedagógico para la prevención.

El aprendizaje de la actitud preventiva requiere de la acción compartida entre docentes, alumnos y sociedad, en la que se muestran los hábitos y actitudes para vivir, pero también para aprender a vivir, es decir, la ruta de llegar a un mundo desarrollado en todos los sentidos. Por lo tanto, la dimensión práctica del saber para la vida plena no es exclusivamente aprendizaje teórico, sino un saber que está en cada actividad clínica y en el aula y que se estudia con el método clínico de aprendizaje con el que se dinamiza la asimilación de conocimiento médico que se refleja en todos y en todo.

Para lograr esta meta deseable, es imprescindible que todos los docentes de una escuela de medicina, que centra su pedagogía en el estudiante, conozcan una corriente bioética como un saber práctico, porque la realidad actual en las sociedades de consumo es el desconocimiento de lo más elemental del saber para beneficiar en lo máximo al hombre, generalmente es un saber reducido a lo objetivo y material cuando lo social no es objetivo sino intersubjetivo, a veces se percibe que hay algún docente con visión preventiva, pero no basta tener ese elemento para cumplir con la misión de obtener egresados con una formación científico humanista, hay que transmitirla con el ejemplo y la palabra argumentada.

El problema planteado visualiza dos tareas: la formación de los docentes en un modelo educativo en el que se pueda incluir en cualquier rama de la medicina, la educación para la salud, en forma de un eje transversal (el método clínico de aprendizaje en el aula) y, la formación de los alumnos en un ambiente humanista; en los dos casos se necesita crear primeramente conciencia del valor de esta actitud

⁶¹ Macer, D. Bioethics: ¿descriptive or prescriptive?. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. EJAIB University of Tsukuba. Japan. 5(6):144-146, 1995. <http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/DP.html>

terapéutica en la disciplina del especialista y la profilaxis consecutiva, para que no se desprecie por no conocer formalmente las benignidades de la prevención.

El currículo innovado tendrá más coherencia si el arte médico se aprende por una persona crítica, responsable, tolerante, solidaria y comprometida con un orden que promueve la calidad vital del ecosistema mundial, es decir, hay que actualizar a los docentes en la pedagogía cognoscitiva, humanista y sociohistórica en donde obligadamente estará la atención a la totalidad de la persona para la vida plena.

La Educación para la salud, dentro de la Salud pública, como higiene, es en parte una ciencia teórica que muestra los principios fundamentales y las normas y prácticas, pero en realidad es interdisciplinaria en sus acciones y se sitúa entre las ciencias biológicas y las humanísticas que llevan al concepto del hombre como un ser digno por ser único e irrepetible.

5.4.- La prevención requiere de una visión ética personalista.

La formación profesional requiere de un **modelo educativo personalista** para que florezca la actitud de servicio integrado a toda la corporeidad de cada paciente por el nuevo médico ya que las circunstancias en las cuales trabaja cada quien, son distintas cada vez y, son imposibles de predecir, por eso el aprendizaje más duradero se centra en la reflexión y análisis fundamentado en una teoría.

Para cumplir con estos objetivos, el contenido curricular deberá tener una lógica temática que incluya a la antropología, a la ontología, la filosofía, el derecho y la ética que sustenten el aprendizaje de las actitudes humanísticas del alumno que se forma como médico, todo ello incluido en el desarrollo de los temas de cada día y de todo el currículum.

A través de la experiencia en el aula y la clínica, el gabinete y el campo social, de la teoría y práctica sobre la educación para la salud, el estudiante podrá modificar sus actitudes, si es preciso ya que la actitud, nace de la voluntad para actuar partiendo de un saber y de un modelo que se desea imitar.

La "actitud" es una disposición de ánimo, manifestada por una idea frente a una acción, y se aprende por influencia de otro, de tal forma que una persona hace algo porque quiere hacerlo y quiere hacerlo de un modo en particular. La sociología ha demostrado que las actitudes se aprenden, pero no recibiendo instrucciones acerca de cómo hacerlo, sino por observación en el obrar de alguien.

El médico en formación posee actitudes primarias que adquiere en su cultura y en el seno familiar como experiencias tempranas en los primeros meses de su vida, esas actitudes son de carácter irreversible y determinan de manera decisiva el comportamiento y las pautas de la conducta social⁶². Sin embargo no hay absolutos de 100% hay espacios pequeños para el cambio de conducta por el aprendizaje sociocultural y la cultura es dinámica, cambia y establece modas. El médico aprende de las ciencias médicas y asimila para sí una nueva forma de conducirse.

El primer paso en el aprendizaje de actitudes biófilas es orientar las experiencias tempranas creando conciencia de la actuación buscando progreso y justicia. Conviene que el docente que coordina aprendizajes médicos tenga una formación ética cuyo centro sea la persona pero esa formación esté contrastada con las otras corrientes, como la pragmática utilitarista y la propiamente científica de honradez ante la investigación y que actúe en consecuencia a la corriente que más se adapte a hacer el bien más grande. Este tipo de docencia debe considerarse como formación de personas y no como instrucción a los empleados de la salud en una institución.

⁶² Gracia, Diego. Fundamentación y Enseñanza de la bioética. Editorial El Búho Ltda. Santa Fe de Bogotá. Colombia. 1998. p.176.

Las capacidades del estudiante que ingresa a la carrera de medicina incluyen su propia moralidad frente a los demás y frente a sí mismo, y la consideración de que es un ser libre y autónomo, pero al momento de ingresar a los estudios, entra en conflicto con los demás por sus actitudes individuales ante una situación que requiere toma de decisiones en las que aparece una sensación de injusticia pero eso sucede por no ser visto como un ser respetable y capaz de aprender con responsabilidad⁶³; ahora bien, una estrategia de solución a la injusticia de la imposición sin argumento es el diálogo y el ejemplo, se trata de una estrategia de solución con intercambio de vivencias y argumentos alrededor de un centro teórico y usando métodos variados (clínico, filosófico, antropológico, médico, etc.) para acercarse a la verdad de los hechos.

El objetivo de la educación personalista en el médico, es potenciar su capacidad para orientarse con autonomía y racionalidad en las situaciones que suponen conflictos de valores (recetar medicamentos sin educar o educar integralmente para que el paciente no vuelva a enfermar de lo mismo), por lo tanto sirve discutir los fenómenos de salud enfermedad con el método clínico que abarca al ecosistema, a la filogenia y a la vida corpórea del paciente a la vez que es adiestrado en el conocimiento declarativo y las habilidades reflexivas⁶⁴ por medio de la higiene aplicada y reforzada con la experiencia de los docentes y la visión de los contenidos temáticos significativos.

En la formación del médico del siglo XXI, el profesional que rescata el concepto de ser humano y mejor el concepto de persona, sigue un patrón que consiste en desarrollar en cada alumno y en cada paciente después, la capacidad de juicio y de acción ante los problemas en los que, no parece existir solución segura ni evidente sin un costo

⁶³ Puig R., J. M. "Construcción dialógica de la personalidad moral". Revista Iberoamericana de Educación. Biblioteca virtual. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) 8. página 12, 1995.

⁶⁴ Gracia, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Editorial el Búho. Bogotá. 1998. p.176-77.

elevado, ofreciéndole el método para que, en cualquier circunstancia, lo use en la toma de decisiones y sea coherente con su formación.

En la formación médica se pretende también que se adquiera la capacidad y la habilidad de no quedarse únicamente a nivel de razonamientos y opiniones sino de realizar lo que se piensa a través de la acción⁶⁵; teniendo en cuenta que, aún con valores morales y actitudes apropiadas, el médico se enfrente a una situación moralmente ambigua o paradójica, y deberá decidir sobre que valor basar su solución (usar tecnología de punta o prevenir el sufrimiento y el gasto innecesario)⁶⁶.

No hay que olvidar nunca que en todo momento el profesionista médico es un agente moral capaz de emitir un juicio moral racional. Por ello se aprenderá a elaborar juicios clínicos, y a construir juicios éticos para que el manejo terapéutico sea moral.

El problema aparece por el amor del docente y el alumno al conocimiento científico y tecnológico de la medicina, lo que hace cada vez más opaco el juicio ético en la práctica clínica y en la docencia, en la investigación, en la administración y en los aspectos gremiales, por lo mismo, el juicio para actuar requiere de un adiestramiento en el conocimiento de los valores en toda la escala de la misma manera que el juicio clínico requiere de la ciencia.

Puede notarse sin más investigación formal, que son insuficientes los docentes médicos preparados para alcanzar el propósito formativo en la prevención, puesto que la higiene ha estado fuera de los currícula universitaria en las ciencias biomédicas y generalmente se confunde con los hábitos de aseo y acicalamiento, se da por descontado que es parte del comportamiento del docente y no se toma en cuenta formalmente con créditos durante cada módulo, materia y ciclo escolar.

⁶⁵ Martínez M. M. La educación moral: una necesidad en las sociedades plurales y democráticas. *Revista Iberoamericana de Educación. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI)* 7: 4 1995.

⁶⁶ Berkowitz. Educar la persona moral en su totalidad. *Revista Iberoamericana de Educación.* 8:12 1995.

Al egresar, el médico se encuentra con programas de Salud Pública que no entiende pero está obligado a aplicar, reportar y evaluar como impacto. Eso es injusto y es una aberración formativa.

Se insiste que es necesario incluir en los propósitos formativos del médico, lo siguiente: Que se conozcan las distintas escuelas del pensamiento humanista, preventivo a través de la educación para el paciente y la sociedad, (...) que la formación profesional no sea sólo en conocimientos teóricos técnicos científicos, sino muy fundamentalmente en las actitudes, (...) para lograrlo, habrá alguien que posea cualidades de visión integral y personalista, esos son los docentes quienes deben tener actitudes biófilas permanentes y se vean como modelos de conducta para los alumnos⁶⁷.

En la universidad se instruye y se educa pero hay que diferenciar y tener el sentido en mente a cada momento de lo que es instruir y lo que es educar: Según Simón Rodríguez: Instruir no es educar: ni la instrucción puede ser equivalente de la educación, aunque instruyendo se eduque⁶⁸. Instruir es comunicar de manera sistemática, coherente y organizada, determinadas ideas; mientras que *educar* es crear voluntades, desarrollar en el educando sus facultades, sus aptitudes, sus capacidades y sus sentimientos, para conocer sus derechos y sus deberes frente a sí mismo y frente a los demás, para defender el bien público, para forjar el desarrollo social, político, cultural y económico de su país.

La educación es básicamente un proceso hacia el perfeccionamiento de la formación, por ello es siempre humanismo, es la capacitación de la conciencia individual, para su participación en la conciencia total de la sociedad⁶⁹.

⁶⁷ Parra, Ciro. ¿Se puede enseñar la Bioética? Memorias del I Congreso Internacional de Bioética. Chía. Colombia. 16 a 19 de Julio 1997. Molher Impresores Ltda. Chía. Colombia. 1997. p: 97

⁶⁸ Rodríguez, Simón. Luces y Virtudes Sociales. Concepción. Chile. 1834. En "Escritos de Simón Rodríguez", Editorial Caracas. 1954. Tomo II. p. 107.

⁶⁹ Altuve Z., Magaly. Simón Rodríguez, Ideas Educativas. Impresos Santino S. R. L. 2ª Edición. Caracas. 1975. pp 85.

Las razones expuestas para incluir a la higiene en la formación profesional médica, conduce a las escuelas y facultades de medicina a trabajar con una base teórica y práctica que de una visión amplia de lo que es el desempeño profesional cuyo objetivo es la atención a la persona concebida como un ser multidimensional.

5.5.- La metodología en la formación profesional del médico.

La manera didáctica debe crear el hábito de reflexionar sobre acciones y situaciones por medios analógicos, pensar con actitud crítica antes de opinar para la toma de decisiones o tomarlas, porque toda decisión afecta en su integridad al hombre y su espacio vital de manera imprevista.

La metodología analógica reflexiva y crítica del constructivismo educativo le da mucho valor a la reflexión sistemática y reduce al mínimo el margen de error por una visión parcial. Se busca⁷⁰, hacer uso de un conocimiento metodológico generador teórico/práctico porque de esta forma se apropia el alumno del conocimiento, para ello, la historia del trabajo médico ha consagrado el método clínico de aprendizaje en el aula vigente a pesar de los paradigmas científicistas de la evidencia, la comprobación y la contrastación del método científico aplicado a la educación.

La formación médica con bases en el constructivismo del conocimiento para mantener la salud siempre cultiva la reflexión y el análisis en el plano antropológico de esta manera se crea un punto de partida real para comprender después lo esencial del hombre, lo que en filosofía pertenece al plano ontológico, busca el nivel tolerable de lo lícito conveniente y vital, mientras la ciencia se aplica a la tarea de explicar y comprobar⁷¹.

⁷⁰ Perkins, David. *La escuela inteligente*. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 1995. pp: 18-20.

⁷¹ Sarmiento M., Pedro J. *La Bioética en la Crisis de la Cultura*. Memorias del I Congreso Internacional de Bioética. Chía. Colombia. 16 a 19 de Julio 1997. Molher Impresores. Chía. Colombia. 1997. p: 150.

La higiene aparece como una ética aplicada, complementaria al arte de medicar y operar lesiones, por eso parece que no tiene sentido enseñarla, y que no es necesario saberla formalmente para actuar profesionalmente pero, el saber teórico es condición indispensable para la praxis de ese saber, aunque no sea suficiente para dirigir la acción, porque en ésta interviene la voluntad para actuar.

Por lo antes dicho, los docentes en medicina humana deben actuar con apego a la atención a la persona y deben ser capaces de saber por qué lo hacen así. Esto implica que es perfectamente factible enseñar y aprender lo teórico y normativo de la higiene (la educación para la salud), en búsqueda de los universales (lo efectivo, ético y científico del comportamiento en todos lugares y tiempos) para adoptarlos y colocarlos en la ciencia médica como denominador común.

La tecnología al servicio de la medicina sin el complemento educativo para la prevención de la enfermedad y el desarrollo del ser humano, olvida al individuo como persona y a su medio ambiente que cada día modifica el hombre, no toma en cuenta la satisfacción de sus necesidades básicas, emocionales sociales y sueños de desarrollo y en cambio lastima la dignidad al reducir su atención solo a la parte visible del ser humano, pero lo hace con o sin intención prevista⁷².

En todo momento es necesario recordarle al estudiante que la persona es la destinataria de los aportes de la ciencia y la tecnología, producto de la reflexión educativa es el compromiso de convencer al paciente de que es capaz de cuidar de su salud, del ambiente y mantener en su lugar a los agentes patógenos que conviven con la especie humana, porque una piedra en su lugar no lesiona a nadie, una bacteria controlando el suelo del bosque no daña y sí ayuda, una bacteria en el colon derecho está bien ahí, pero cuando cambia a otro sitio mata. Por ello se hace la propuesta de que la higiene sea un eje

⁷² Ospina, J. E. Fin y principio de un milenio. Educación y práctica médica. Encuentro continental de educación médica. Memorias. Punta del Este. Uruguay. Octubre 10-14. 1994. p.9.

transversal en la formación médica y que esté en todas las disciplinas que se enseñan dentro del Plan de estudios.

Así la educación para la salud es parte de la bioética porque forma conciencia e incide en el carácter de la persona por la vía del conocimiento⁷³, tiene actividades, es práctica porque atiende hechos reales que desarrollan la facultad de juzgar entre las acciones que convienen y las que dañan.

Se pretende que el estudiante conciba que su paciente, es persona en todo el sentido de la palabra y lo principal es impulsar su desarrollo para lo cual debe estar vivo y saludable. Esto implica incluir en el currículo con créditos y con evaluaciones con número para acreditar los objetivos de educación para la salud que garanticen un nivel de aprendizaje creativo en todos los niveles de formación médica, desde el ingreso hasta el postgrado.

El proceso educativo debe ser académico en las aulas y auditorios y laboral en la clínica hospitalaria la consulta externa, el campo social, los grupos de intervención, etc., en las aulas para profundizar la esencia del objeto de estudio, y en los escenarios reales para integrar todos los contenidos y acercarlos a la futura actividad del egresado para que conozca su aplicación⁷⁴.

El método pedagógico apropiado para el aprendizaje de la higiene es el clínico de aprendizaje en el aula que comprende al aprendizaje basado en problemas, al aprendizaje por descubrimiento dentro del aprendizaje significativo, al aprendizaje centrado en la persona, al aprendizaje con el método sociohistórico y todo ello dentro del constructivismo como actividad pedagógica.

⁷³ Parra M., Ciro H. ¿Se puede enseñar la Bioética? Memorias del I Congreso Internacional de Bioética. Colombia. 16 a 19 de Julio 1997. Molher Impresores. Colombia. 1997. p: 96.

⁷⁴ Álvarez de Zayas, Carlos M. Hacia una Escuela de la Excelencia. Editorial Academia. La Habana. Cuba. 1996. p. 16.

CONCLUSIONES.

La universidad tiene la responsabilidad de ser la institución social con mayor grado de especificidad para contribuir a la misión de preservar, desarrollar y promover la cultura de la vida a través de sus procesos sustantivos en vínculo con la sociedad haciéndola responsable de su desarrollo. Los esfuerzos que despliega la universidad se concentran en optimizar el proceso formativo para preparar profesionales competentes, con una sólida preparación científica, técnica y amplia formación humanística, el desarrollo del pensamiento filosófico, caracterizado por valores morales, éticos y sociales en general y con un alto nivel de compromiso social, dispuesto a poner su conocimiento al servicio del desarrollo personal, en todos los sentidos y en la población el desarrollo vital, económico y social de cada región.

La preocupación por formar un profesional también saludable, que comience por asimilar sus conocimientos benéficos en cada ciclo escolar, se ve reflejado en la presencia de problemáticas comunes que denotan la insuficiente asimilación significativa de lo que se trata en el aula y el hospital de enseñanza con respecto a la salud:

1. Baja e inadecuada percepción de riesgos con respecto a los hábitos alimentarios, tóxicos (alcoholismo, tabaquismo, droga) y de comportamiento con los demás.
2. Manifestación de problemas relacionados con la salud sexual y el estilo de vida.
3. La insuficiente programación de actividades de desarrollo sociocultural y empleo del tiempo libre.
4. Deficiencias en el cuidado progresivo de la salud ambiental en el entorno universitario (entorno físico y sociopsicológico).

Estos hallazgos que evidencian la transformación de los patrones de morbilidad y mortalidad relacionadas con el incremento de las enfermedades crónicas no trasmisibles y derivadas de los estilos de

vida, obligan a replantear la educación dirigida a la formación de un profesional con actitudes que lo hagan saludable.

La salud es una responsabilidad que concierne a todos, y que comienza en los centros de educación superior al constituir amplios marcos sociales de formación. Las necesidades de educación con respecto a la salud no deben abandonarse a la espontaneidad y la buena suerte de estudiantes y trabajadores, ni a la vocación, perseverancia y creatividad del personal educativo solamente sino involucrar sustantivamente a los alumnos a quienes desde el ingreso a la facultad se les considera futuros médicos.

1.- Los planes de estudio en la formación médica.

En el ideario curricular de la formación profesional de médico en la UNACH, está la organización de contenidos temáticos en módulos para tener una visión integral de cada uno de los bloques de conocimiento y su correlación con un propósito: entender funciones complejas utilizando la teoría de los conjuntos incluida en la Teoría General de los Sistemas, es decir, al hablar de hemodinamia se organiza la actividad pedagógica con los aparatos y sistemas que intervienen en la regulación del flujo de líquidos corporales (cardiovascular, hematología, neumología y nefrología), sin embargo, en cada una de estas secciones que componen al módulo, los docentes ven a una materia aislada, rompiendo así el propósito integrador y no se visualiza más allá del cuerpo.

La estructura modular del currículo tiene en su conformación la integración de docencia, investigación y servicio en su dinámica por cada ciclo escolar, con un ahorro de docentes y horas-clase al no darse estas materias aisladamente, sin embargo, aunque hay esas facilidades descritas no se aprovecha el recurso dentro de la facultad de medicina, para entender que una falla que provoca enfermedad, repercute en el todo corporal y en el medio social y que puede ser susceptible de prevención.

Por el resultado del estudio y la deducción de deficiente sensibilización en las medidas preventivas en los futuros médicos, se puede decir que los docentes parecen estar en constante adecuación en la profesión de formar médicos, además de que todavía no asimilan del todo la benignidad del plan modular que es integral en la visión de cada tema médico.

En una sección de módulo, los docentes tienden a reconocer la función normal y la evolución normal de la salud, pero también a detectar las anormalidades de esa estructura y función en cualquiera de las edades del paciente, de manera que se ven patologías hereditarias, congénitas y adquiridas. Se reconocen factores causales de la enfermedad, unos que predisponen y otros que desencadenan el mal, es ahí donde está la fuente del aprendizaje de la protección específica y de la prevención por la educación de la salud. Este es el propósito central de formación de un médico para el primer nivel de atención semejante al perfil del egresado de esta Facultad, es el centro de reforzamiento pedagógico y no en la medicina científica fría, desligada del para qué.

2.- La realidad social.

La realidad social aparece en el sector salud y los profesionistas de la salud de manera ambigua. Por un lado, desean los pacientes ser favorecidos por la aplicación de la tecnología de punta en el diagnóstico y el tratamiento, todo esto debido a la cobertura de información a través de los medios masivos; y por otro lado, desean una atención personalizada en la que se cuide su dignidad, sin embargo esta percepción es detonada por la masificación de las instituciones de salud, la presunción de beneficiarse con los medicamentos de última emisión sabiendo que la institución no los tiene. Es en el sector salud donde la angustia por la atención hace olvidar al médico educar para la salud.

El médico formado en el primer nivel de atención tiene las características del niño que se ha formado en el hogar con los valores familiares y los valores de la cultura, es decir, con humanismo para el

trato, con la visión de la prudencia, de la justicia y de la equidad, por lo tanto, el médico es el educador de la sociedad, de ese grupo que acude a atenderse en las instituciones o de los pacientes que van al servicio médico privado.

El médico general formado con el espíritu humanista y científico, es el modelo educativo para la prevención de las enfermedades y no quien orienta a la población hacia el consumo de tecnología y de modas terapéuticas.

La sociedad en la realidad, está en búsqueda de líderes, en este caso, que le digan como vivir sanamente ayudando a su desarrollo, por eso deberán extenderse los temas de reflexión en salud pública e higiene durante todo el currículum de la carrera como un hecho educativo deseable inscrito en la misión de la universidad y la visión de la facultad.

En cuanto a los hallazgos, es aceptable el número de alumnos que tienen una formación preventiva y la pone en práctica, sin embargo, hace falta trabajar por aquellos que no la tienen y con los alumnos que tienen dudas de la benignidad de la prevención y quienes tienen el conocimiento porque aprobaron los test sobre el tema, pero no aplican conocimientos o no los conocen según respondieron. Los ejemplos detallados están en las tablas cuantificables.

Puede decirse que es aceptable el trabajo pedagógico y de asimilación de conocimientos, sin embargo, no es un rendimiento óptimo como se espera para un médico egresado de la Facultad de Medicina Humana, y se sugiere insistir en cada bloque temático sobre la educación para la salud, la profilaxis y el tratamiento oportuno particularmente en los alumnos del módulo X.

Existen condiciones que no están relacionadas directamente con el aprendizaje, como el caso de tener estudiantes alejados de su familia, pero que a su vez deberían asistir a alimentarse en restaurantes porque tienen más control sanitario de los alimentos que expenden y no en puestos ambulantes de alimentos.

3.- El proyecto educativo como alternativa de integración de la educación para la salud.

La promoción de la salud en las universidades debe realizarse, según Figueroa⁷⁵, desde una metodología de investigación acción participativa que contribuya al desarrollo de habilidades para vivir. La investigación acción participación, en este marco, sería un proceso de búsqueda colectiva de conocimiento desde y hacia la brigada, en los grupos de trabajo, como escenario para la autogestión del proceso de salud e higiene universitaria, y sus necesarias acciones transformadoras. Lo cual implica, tomar en cuenta acciones según los criterios que propone Quintana⁷⁶:

1. Concientizar a la comunidad universitaria de su realidad, sus necesidades y de los factores inmediatos y distantes que son causa de sus necesidades.
2. Dotarla de habilidades y capacidades para tomar las decisiones pertinentes y el modo de tratarlas para solucionarlas.
3. Lograr el compromiso de la comunidad para trabajar en la acción transformadora.
4. Darle oportunidad a la autogestión de la acción transformadora de modo que se realice con autonomía sin dependencia de los sistemas de control que pretenden mantener el orden establecido.

La asociación de estudiantes, los departamentos docentes y de servicios, como ámbito fundamental de construcción y desarrollo de la subjetividad, tienen su forma propia de trabajar, a través de las relaciones y vínculos entre sus miembros y el personal educativo, donde va apareciendo una subjetividad social que se comparte pero que es propia de cada grupo. El objetivo es preparar para la acción a cada miembro como un agente educativo en salud, y al grupo como un

⁷⁵ Figueroa Verdecia, D. Salud e higiene Universitaria: objetivo estratégico para los centros de educación superior. *Tipica*, 1. Extraído el 25 de marzo, 2006, de http://www.tipica.org/pdf/1_2005.

⁷⁶ López, M. y Chacón, F. : Investigación Acción Participativa. En Selección de lecturas sobre trabajo social comunitario. La Habana: Editorial Ciencias Sociales. 2001.

agente educativo intrínseco, siendo un medio educativo a través de la interacción social de sus miembros y de su capacidad mediadora en el desarrollo sociopsicológico de estos.

Está en mente que pueden lograrse universidades promotoras de la salud con el método de la investigación acción participativa comenzando con los módulos, grupos estudiantiles, la asociación de estudiantes y los grupos de trabajo dentro de la facultad, y puede abordarse desde 3 ejes, enriqueciendo la experiencia de la metodología de escuelas que promueven la salud, cuyo enfoque es desde una perspectiva educativa en donde los principios pedagógicos integran y determinan el accionar en cada eje.

1. *El eje docente educativo:* Comprende la educación para la salud personal y el desarrollo de conocimientos, valores y habilidades sociales para la vida y la convivencia saludable. Diseñado a partir de las necesidades manifestadas por la población y las potencialidades particulares del contexto en el que se encuentra cada institución educativa.
2. *El eje ambiental:* Comprende la creación y el mantenimiento de ambientes físicos y psicosociales saludables, promotores de salud e higiene como la organización de las cafeterías y los expendios de bebidas dentro del plantel. Pensar en los problemas ambientales que repercuten en la salud y tienen como determinantes el saneamiento, la contaminación, las condiciones de los lugares de estudio y trabajo, espacios y propuestas para el empleo del tiempo libre, y la recreación, los sistemas de relación, comunicación y la posibilidad de expresión autónoma.
3. *Eje de acciones en salud:* Proponer actividades dirigidas hacia la corrección de las prácticas de un estilo de vida con repercusión orgánica dañina. Comprende la orientación psicológica individual y grupal, la prevención y la promoción de comportamientos irresponsables y hábitos no saludables (tóxicos y no tóxicos). Es actuar sobre la salud sexual y procreativa, la prevención de las

enfermedades de transmisión sexual; la prevención de hábitos tóxicos del consumo de alcohol, drogas y otros psicoactivos, de hábitos nutricionales saludables y que se promueva la salud mental y emocional, la orientación a sujetos con necesidades especiales y sus familias.

La manera de promover la salud y hacer una universidad comprometida en educar para la salud puede ser una inclusión de tareas evaluables dentro del plan de estudios como señala Horruitiner⁷⁷, teniendo como campo de trabajo a la comunidad universitaria primero para responder a su objetivo central de formar integralmente al estudiante en el perfil de egreso propuesto en el ideario del currículum.

El proyecto educativo expresará los planes concretos para cada ciclo escolar y nivel de avance educativo, es decir los módulos en ascenso cursados, las medidas educativas por cada materia que se ve como sección de un módulo y propuestas políticas para los directivos y las autoridades municipales y los medios masivos de comunicación como acción de extensión universitaria. Ese será el universo y el programa educativo evaluable que se sustenta en las necesidades educativas detectadas con estudios diagnósticos previos que nacen de los docentes que se preparan en maestría para servir en la universidad y la facultad específica en ciencias de la salud.

El proyecto educativo, para que sea atractivo debe hacerse legal y darle un valor para la promoción de grado será un instrumento integrado al plan de estudios, a los programas en actividades teóricas, de campo y de investigación que es una actividad extracurricular en las diferentes estructuras organizativas de la universidad (institución, facultad, el departamento), las que serán reguladas a través de las respectivas entidades metodológicas. Esta integración constituye un todo armónico, coherente, que garantiza que cada nivel desempeñe el

⁷⁷ Horruitiner Silva, P. La formación de profesionales en la Educación Superior cubana. Revista Pedagógica Universitaria, 3. 1997.

rol que le corresponde dentro del proceso de formación integral del estudiante.

De este modo se logra desde la carrera, como plantea Horruitiner (OP. Cit.) una visión global del accionar conjunto de todos los proyectos, para lo cual se diseña, en cada una de ellas, una estrategia educativa, concebida a partir de los requerimientos de la profesión precisados en el plan de estudio y de las estrategias educativas propias de la Facultad, y que permite la adecuada conducción de los proyectos, en correspondencia con los propósitos más generales previstos en ella. Esto quiere decir que la estrategia educativa de promoción para la salud se conforma como un núcleo de acciones atractivo, que obligará a docentes, alumnos, directivos y evaluadores en la participación activa y que atenderán la realidad individual de cada grupo⁷⁸.

El proyecto educativo en cada módulo expresará la estrategia y las acciones que las diferentes unidades organizativas del proceso formativo de acuerdo con el objeto de transformación del módulo y en base a los postulados de la salud pública en su manera de proceder para alcanzar sus objetivos. De esta manera se supera el esfuerzo aislado atomizado y disperso de las conferencias y enseñanzas que pretenden la promoción de salud que han demostrado displicencia de quienes las reciben y frustración por quienes las promueven aisladamente.

El proyecto educativo es la alternativa idónea para sistematizar e integrar la promoción de salud en las escuelas y facultades de una universidad esperando un alto grado de participación del estudiantado y los profesores, del análisis de su realidad concreta y la elaboración de una respuesta integral a los objetivos más generales que en el plano educativo (incluimos la promoción de salud) se ha propuesto la sociedad y que incorpora además los aspectos particulares del quehacer

⁷⁸ Martín, C.; Perera, M.; Díaz, M. y Milán, G. Representaciones sociales de la Vida Cotidiana en Cuba. Revista Cubana de Psicología, 1. 2001.

educativo que responde a las características de cada uno de los módulos y grupos comprometidos.

Corresponderá en el ciclo académico a los epidemiólogos docentes asesorados metodológicamente por los departamentos de investigación y las academias y colegios de la facultad hacer el análisis exhaustivo de las potencialidades en promoción de salud de cada sección modular, que en los currícula por materias es una disciplina como la cardiología, la gastroenterología, la nefrología, etc. sistematizando las principales estrategias extracurriculares que deberán seguirse. Constituirá el trabajo de los epidemiólogos una necesidad avalada por la alta dirección de las universidades que podrá apoyar y participar en todo el proceso concebido desde el grupo de control de acciones, que dará origen a la innovación con los principales cambios⁷⁹.

Esta concepción permite que se cumplan los objetivos que colaboran a formar el perfil de egreso y la visión de la facultad de formar profesionales humanistas comprometidos con la gestión y promoción de la salud de la población. De este modo la promoción de salud e higiene universitaria se estructura como parte esencial del sistema de dirección, a través del proyecto educativo clásico para cada gestión directiva.

El enfoque integral para la labor educativa en las universidades constituye la alternativa para la integración de la forma de extender este modelo de promoción a todos los campus y hacer una interacción conjunta para que en el servicio social de cada carrera, la acción benéfica para la población sea más poderosa.

Debe considerarse que el proyecto de Escuela y Universidad Promotora de Salud está considerada dentro de las estrategias mundiales de mejora social, promovida desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, para fortalecer la promoción y educación para salud en todos los niveles educativos como necesidad de dar ejemplo cuando se trabaje de manera autónoma o dentro de los grupos laborales sociales. Las aulas y el recinto escolar

⁷⁹ Álvarez de Zayas, C. La escuela en la vida. La Habana: Editorial Félix Varela. 1999.

son los espacios donde los estudiantes y el personal educativo conviven, estudian, trabajan, comentan, donde se entrama todo un sistema de relaciones sociales que evolucionan hacia la modificación de las costumbres con fines saludables a través de la socialización, como parte de la vida cotidiana.

Se percibe como un beneficio a mediano plazo lograr hábitos saludables y la creación y mantenimiento de ambientes físicos y psicosociales saludables mientras se desarrollan habilidades que permitan lograr estilos de vida sanos en cada estudiante, en cada miembro del personal educativo y sus familiares. De este modo las nuevas generaciones, imbricadas en la sociedad a través de su profesión y su vida diaria, estarán en condiciones de promover y cuidar su salud, la de su familia, centro laboral y su comunidad. Es la promoción y desarrollo del autocuidado de los individuos y grupos sociales.

Progresivamente docentes, administrativos y personal especializado convergen en la necesidad de promover la salud en los centros de Educación Superior, superando el empirismo y las acciones aisladas. Enfrentar la promoción de salud en las universidades sin ignorar los presupuestos anteriores, conlleva a formular el siguiente problema: ¿Cómo promover salud de forma integrada al proceso formativo para contribuir a la educación en salud de profesionales en la educación superior?

Estas consideraciones conducen a plantearse alternativas que permitan promover la salud de forma integrada al proceso formativo profesional para contribuir a la educación en la cultura de la vida para los nuevos profesionistas⁸⁰.

Tradicionalmente, la promoción de salud ha sido implementada desde la educación para la salud o identificada con esta, aunque en la

⁸⁰ Estrategias para la Elaboración de los Planes Nacionales de Acción en Promoción de Salud. México: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 2000.

actualidad sea considerada como un tipo de intervención educativa independiente.

Para Maes⁸¹ hablar de promoción implica reconocer el crecimiento personal, habilitación y desarrollo de hábitos saludables, el cuidado y mantenimiento de la salud y también la promoción del óptimo estado de vitalidad física, espiritual y social de las personas, los grupos y las comunidades. En este mismo sentido Knapp⁸² la concibe centrada fundamentalmente en la educación para la salud, en la generación de hábitos y estilos de vida saludables, en el aprendizaje de competencia y habilidades básicas, en el control de las variables actitudinales y motivacionales, en la promoción de bienestar y autorrealización, y el trabajo por la salud ambiental⁸³.

El maestro en docencia en ciencias de la salud contribuirá en la investigación educativa, en la planeación de la evaluación educativa por cada módulo y en toda la carrera y en la metodología del aprendizaje integrador de los contenidos disciplinarios y las acciones preventivas e higiénicas para la formación verdaderamente humanista y dentro de la cultura de la vida de cada alumno en cada nivel y al final de su carrera. Estos investigadores serán pieza clave de organización, planeación, ejecución y evaluación de los programas que harán avanzar la formación profesional de calidad dentro de una facultad acreditada, certificada, sí, burocráticamente pero efectivamente con la percepción social de bienestar creado por sus profesionales egresados.

⁸¹ Maes, S. *Topics in Health Psych.* New Cork: John Wiley and Sons. 2001.

⁸² Knapp, E.: *Psicología de la Salud.* La Habana: Editorial Félix Varela. 2005.

⁸³ Hernández, O. *Municipios por la salud.* En Toledo Curbelo (comp.), *Fundamentos de Salud Pública*, páginas 563-567). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2005.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio diagnóstico cuyos resultados deberán ser contrastados con estudios cuantitativos específicos para reconocer el factor dominante de la respuesta hipotética que da el resultado final de esta tesis, es decir, no se sabe si es la docencia la que produce el 67% de rendimiento en prevención, o es la cultura dentro de la facultad, o es el aprendizaje motivado o significativo en el alumno el factor de dominancia, por eso mismo, el próximo estudio deberá contemplar estos tres indicadores de rendimiento.

Tampoco se sabe si es el docente de cada módulo, hasta llegar al décimo, el responsable de la programación educativa hacia la prevención o es la forma de estudiar los textos en el trabajo del alumno que luego se manifiesta en duda o en solución a sus respuestas.

No se sabe también si es el docente o el alumno, o el enfoque temático los que hacen que los participantes en el estudio estén francamente dedicados a la medicina asistencial y menos a la prevención.

La mayor debilidad se encuentra en la asimilación de conocimientos preventivos en sus hábitos y la mayor fortaleza se encuentra en las medidas terapéuticas preventivas así como la adopción de las estrategias para el diagnóstico clínico en oposición con el paraclínico.

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II

Te pedimos colaboración para responder este cuestionario que servirá para tener un perfil epidemiológico de la Facultad.

Elige una sola opción. No pongas tu nombre.

Modulo que cursas: _____ **Sexo:** _____

Lugar de procedencia:

- a) Tuxtla Gutiérrez b) Foráneo.

Especifica de donde procedes _____

1.- ¿Con quién vives mientras cursas la carrera?

- a) Familia b) parientes c) Amigos d) Solo

2.- ¿Comes solamente en tu casa?

- SI NO

3.- ¿En dónde comes mientras no estás en tu casa?

- a) En un restaurante. b) En la facultad c) En los comedores cerca de la facultad. d) En los puestos ambulantes o en el mercado.

4.- ¿Acostumbas a tomar refrescos preparados?

- NO A veces SI

5.- ¿Tomas pozol?

- Nunca A veces Casi siempre Siempre

6.- ¿Comes verduras crudas?

- Nunca A veces Casi siempre Siempre

7.- ¿Comes cocteles de frutas?

- Nunca A veces Casi siempre Siempre

8.- ¿Cuál de los siguientes padecimientos has tenido con más frecuencia?

- a) Gastroenteritis b) Tifoidea c) Disentería d) Hepatitis A
e) Teniasis f) Otros padecimientos g) Ninguno.

9.- ¿Cuál de los siguientes padecimientos no has tenido?

- a) Gastroenteritis b) Tifoidea c) Disentería d) Hepatitis A
e) Teniasis f) Otros padecimientos g) Ninguno.

10.- Si has padecido alguna de estas enfermedades ¿cómo lo comprobaste?

- a) Por los síntomas b) Por las radiografías c) Por análisis del copro
d) Por análisis sanguíneos

11.- Actualmente ¿cuál de las siguientes enfermedades padeces?

- a) Gastroenteritis b) Tifoidea c) Disentería d) Hepatitis A
e) Teniasis f) Otros padecimientos ____ g) Ninguno

12.- ¿Qué conviene hacer para controlar las gastroenteritis en Chiapas?

- a) Mejorar hábitos alimentarios b) Saneamiento ambiental
c) Mejores y baratos antimicrobianos d) Mejores consultorios y hospitales

13.- ¿Cuál es la mejor opción para controlar las tifoideas en Chiapas?

- a) Evitar bebidas y alimentos potencialmente sépticos b) Mejores y baratos antimicrobianos c) Inmunización específica antitifoídica

14.- ¿Cómo podrías evitar padecer frecuentemente enterocolitis?

- a) mejorar hábitos y costumbres alimentarios b) Acudir al médico oportunamente c) mejorar y abaratar los antimicrobianos

15.- ¿Qué le conviene al médico hacer con las personas que padecen frecuentes cuadros de amibiasis?

- a) Recomendar consumir alimentos y bebidas preparados en casa
b) Pedir a los pacientes que acudan cuanto antes al médico
c) Utilizar amebicidas baratos y de mejor efectividad
d) Desparasitación semestral oportuna

16.- ¿Qué conviene al paciente hacer para no padecer hepatitis A?

- a) Mejorar hábitos y costumbres alimentarios b) Acudir al médico periódicamente c) Inmunización completa

17.- ¿Cuál es la mejor opción para no padecer teniasis?

- a) Evitar el consumo de carne cruda b) Desparasitarse cada 6 meses c) Realizarse estudios periódicamente

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bibliografía básica.

Aguado García y Cols., Medicina Interna, Editorial Farreras Rozman, México 13 Edición.

Altuve Z., Magaly. Simón Rodríguez, Ideas Educativas. Impresos Santino S. R. L. 2ª Edición. Caracas. 1975. pp 85.

Álvarez de Zayas, Carlos M. Hacia una Escuela de la Excelencia. Editorial Academia. La Habana. Cuba. 1996. p. 16.

Brooks, G. F. "Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg" 17ª edición, Ed. Manual moderno, México 2002, págs.727-734.

Drane J. F. Cómo ser un buen médico. Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993.

Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición.

Diccionario de la Rial Academia de la Lengua Fraylescana. Méndez-Uribe, Gastroenterología, 2ª. Edición, editorial McGraw Hill, México.

Duplá, J. Cambio de rumbo de las universidades. SIC. Marzo 1994. p. 64-65.

González Rey, F. Personalidad, modo de vida y salud. La Habana: Editorial Félix Varela. 1994.

González, Rey F., Mitjans Martínez, A. La personalidad su educación y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1989.

Gracia Diego. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá. Editorial. El Búho. Ltda., 1998.

Gracia, D. Fundamentos de Bioética, Madrid, Eudema Universidad, 1989, pp. 38-52.

Hernández, O. Municipios por la salud. En Toledo Curbelo (comp.), Fundamentos de Salud Pública, páginas 563-567). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2005.

- Janne, Henri. Citado por Tünnermann, C. en: La educación en el umbral del siglo XXI. UNESCO/CRESAL. Caracas. Venezuela. 1996. p.114.
- Janeway, C. A., Inmmunobiology. Curry biology. Garland, 1977.
- Jones, B. D. Falkow, S. Salmonellosis: Host responses and bacterial virulence. Ann. Rev. Immunol. 14: 533. 1994.
- Knapp, E.: Psicología de la Salud. La Habana: Editorial Félix Varela. 2005.
- López, M. y Chacón, F. : Investigación Acción Participativa. En Selección de lecturas sobre trabajo social comunitario. La Habana: Editorial Ciencias Sociales. 2001.
- Maes, S. Topics in Health Psych. New Cork: John Wiley and Sons. 2001.
- Manual Merck 9ª edición española, Editorial Océano/centrum, España 1994.
- Martínez y Martínez, La salud del niño y del adolescente, 4ª. Edición, editorial Manual Moderno, México. 2001.
- Melnick y Adelberg/Brooks/Batel/Morse, Microbiología médica de Jawetz, 17 edición, editorial Manual Moderno, México.
- Moreno, A. L. y col. Epidemiología clínica. Editorial Interamericana, McGraw Hill. México. 2ª edición, 2000.
- Perkins, David. La escuela inteligente. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 1995. pp: 18-20
- Polo, L. ¿Quién es el hombre? Editorial Rialp, Madrid. 1991.
- Robbins, S. T. "Patología estructural y funcional" 3ª edición, Ed. Interamericana, México, 1988, pag: 512.
- Rodríguez, Simón. Luces y Virtudes Sociales. Concepción. Chile. 1834. En "Escritos de Simón Rodríguez", Editorial Caracas. 1954. Tomo II. p. 107.

Roesch, D. F. Gastroenterología clínica. Editorial J G H. México. 1999. Páginas 287-289.

Romero Caballero, Microbiología y parasitología humana, Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas/ /2ª edición, editorial Médica Panamericana.

Ruiz, M. La arquitectura del conocimiento en la Educación Superior. México: Instituto Politécnico Nacional. 1999.

San Martín, H. y Pastor: Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Díaz de Santos: Madrid. 1984.

Sgreccia, E. Bioética. Editorial UIA y Diana, México, 2002.

Stuart W. T. microbiología, Primera edición al español, 2000, Mc Graw Hill-Interamericana.

Tobar, M. A. (1994): Selección de lecturas sobre Psicología de las Comunidades. La Habana: Editorial Ciencias Sociales. 1994.

Wikipedia, enciclopedia en línea.

2. Bibliografía específica.

Abbas, A. K. Lichtman, A. H., Cellular and molecular immunology. Saunders, 1997.

Abd-Alla MD, Ravdin J. I. Diagnosis of amoebic colitis by antigen capture ELISA in patients presenting with acute diarrhoea in Cairo, Egypt. Trop Med Int Health 2002; 7:365-370.

Aberoni, F. y Veca S., El altruismo y la moral, Editorial Garzanti, Milán, 1992.

Berkowitz, M. W. Educar la persona moral en su totalidad. Revista Iberoamericana de Educación. Biblioteca virtual. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) 8: 4, 1995. p.4.

Berry, M. Bazar, R. Amebic liver absceso. Sonographic diagnosis and management. J. Clin. N. Amer. 239: 14, 1986.

- Caprio, L. Analiza Di Palma. "La medicina y la muerte". Medicina y Ética. Universidad Anáhuac 10(3): 305-320. 1993.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 1986.
- Conferencia de Alma-Ata (1978), el Informe Lalonde, y Duran Strauch, E. 2005. La estrategia de escuelas saludables. Tipica, 1, Extraído el 25 de marzo, 2006, de <http://www.tipica.org/pdf/1>
- Cortina, A. La educación del hombre y del ciudadano. Revista Iberoamericana de Educación. 7: 10 1995.
- Correia, F. A. A alteridade como criterio fundamental e englobante da Bioética Tesis. Departamento de Filosofía. Universidad de Campinas. Barcelona, 1994. p.22
- Cruz, Marcelo. "Las Expectativas de los alumnos de la carrera de medicina humana y el perfil del egresado" Tesis de maestría en docencia en ciencias de la salud, Facultad de medicina Humana UNACH, febrero, 2006. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Dunzendorfer T, Kasznica J. Amebic and/or ulcerative colitis? Gastrointest Endosc 1998; 48:450-451.
- Ebecken R. Amebic colitis simulating ulcerative colitis. Gastrointest Endosc 2000; 51:641-642.
- Espinosa-Cantellano M, Martínez-Palomo A. Pathogenesis of intestinal amebiasis: from molecules to disease. Clin Microbiol 2000; 13:318-331.
- Erich Fromm, El corazón del hombre. Editorial FCE, México, 1987.
- Escotet, M. Visión de la universidad del siglo XXI: Dialéctica de la misión universitaria en una era de cambios. Ponencia en la XVI reunión de Gulerpe. Venezuela. Junio 1990.
- Estrategias para la Elaboración de los Planes Nacionales de Acción en Promoción de Salud. México: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 2000.

Fajardo, J. Del Rey. Discurso en la recepción del Doctorado Honoris Causa en la Universidad Rómulo Gallegos, en San Juan de Los Morros, 02 de Julio de 1993. Publicación del Rectorado de la Universidad del Zulia. Ed. Ars Gráfica S.A. Maracaibo. Venezuela. p. 6.

Fernández Crehuet Navajas, J. "Antropología, bioética y cultura actual" en, Medicina y Ética. 8(2): 137-147, 1997.

Figuroa Verdecia, D. Salud e higiene Universitaria: objetivo estratégico para los centros de educación superior. Tipica, 1. Extraído el 25 de marzo, 2006, de <http://www.tipica.org/pdf/12005>.

Gatti, S.; Lopes, R.; Cevini, C.; Ijaoba, B.; Bruno, A; Bernuzzi, A. M.; de Lio, P.; Monco, A.; Scaglia. Intestinal parasitic infections in an institution for the mentally retarded. Ann Trop Med Parasitol 2000; 94: 453-60.

Goleman, Daniel., La inteligencia Emocional, 38ª edición, Editorial Vergara, Barcelona.

González, L. E. Epígrafe del Ensayo: Innovación en la Educación Universitaria en América Latina. CINDA. Santiago. Chile. 1993.

Horrutiner Silva, P. La formación de profesionales en la Educación Superior cubana. Revista Pedagógica Universitaria, 3. 1997.

Hoffman, M. Hepatitis A vaccine shows promise. Science. 254: 1581-1582. 1991.

Jackson, T. F.: Entamoeba histolytica and Entamoeba dispar are distinct species; clinical, epidemiological and serological evidence. Medical Int J Parasitol 1998; 28: 181-6.

Kubaska, S. M. Chef, F. S. Billiary ascaridiasis. Am. J. Radiol. 169: 492. 1997.

Leavell H. R., Clark, E. G. Preventive medicine for the doctor in his community. New York, MacGrawHill, 1969.

- León C. S. "El método Clínico de aprendizaje en el aula" Tesis de maestría en Docencia en ciencias de la salud. Facultad de Medicina Humana. 2004. UNACH.
- Lilley, B., Lammie, P. An increase in homeworm infection temporally associated with ecologic change. *Emerg. Infect. Dis.* 3: 391. 1997.
- Linder E, Isagulians M, Olsson M, et al. Amebiasis in León, Nicaragua: Entamoebae in stool examination and identification of amebic liver abscess cases by serology and PCR. *Arch Med Res* 1997; 28:314-316.
- Lombardi, A. La universidad en tiempos de cambio. Publicación de la Rectoría de la Universidad del Zulia. Venezuela. 1993. p.16.
- Lonergan B. *Insight*. Edit. Universidad Iberoamericana, 2002.
- Leung J, Chin A. Amebic colitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:732.
- Mandell, I., *Europe drafts a convention*, en *Nature*, 1992, pp. 368-
- Marmar, R. "The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction". *J. Of Fam. Prat*, 1991.
- Martín, C.; Perera, M.; Díaz, M. y Milán, G. Representaciones sociales de la Vida Cotidiana en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 1. 2001.
- Martínez, M. M. La educación moral: una necesidad en las sociedades plurales y democráticas. *Revista Iberoamericana de Educación*. [En Línea] N° 7. Enero-Abril 1995. p.18.
- Macer, D. Bioethics: ¿descriptive or prescriptive?. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. EJAIB University of Tsukuba. Japan. 5(6):144-146, 1995.
<http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/DP.html>
- Moros Ghersi, C. A. El futuro de la enseñanza de la medicina *Universitas* 2000. 15: 4: 45-47. 1991.

Ospina, J. E. Fin y principio de un milenio. Educación y práctica médica. Encuentro continental de educación médica. Memorias. Punta del Este. Uruguay. Octubre 10-14. 1994. p.9.

Parra, Ciro. ¿Se puede enseñar la Bioética? Memorias del I Congreso Internacional de Bioética. Chía. Colombia. 16 a 19 de Julio 1997. Molher Impresores Ltda. Chía. Colombia. 1997. p: 97.

Powell, J. ¿Por qué temo decirte quien soy? Editorial Sal terrae. México, 1998.

Puig R., J. M. "Construcción dialógica de la personalidad moral". Revista Iberoamericana de Educación. Biblioteca virtual. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) 8. página 12, 1995.

Salyers, A. A. Whitt, D. D. Bacterial pathogenesis: A molecular approach. Am. Society for microbiology press. 1994.

Sánchez Vidal, A.: Evaluación comunitaria: necesidades y programas. En Selección de lecturas sobre Psicología social y comunitaria pp 11-30. La Habana: Servigraf. 2000.

Sarmiento M., Pedro J. La Bioética en la Crisis de la Cultura. Memorias del I Congreso Internacional de Bioética. Chía. Colombia. 16 a 19 de Julio 1997. Molher Impresores. Chía. Colombia. 1997. p: 150

Yoshikawa I, Murata I, Yano K, et al. Asymptomatic amebic colitis in a homosexual man. Am J Gastroenterol 1999; 94:2306-2308.

Ziem, G. Medical Education Since Flexner. Health Pac. Bull. 1977 3:42.