



Análisis de las estrategias pedagógicas utilizadas por endocrinólogos expertos en educación en diabetes para la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de esta enfermedad

Maestrante

Ana Beatriz Rossi Pérez

Director de tesis:

Pedro José Vargas, Ph D.

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Bogotá, D. C., 26 de mayo de 2017

Análisis de las estrategias pedagógicas utilizadas por endocrinólogos expertos en educación en diabetes para la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de esta enfermedad

Memoria que presenta el maestrante:

Ana Beatriz Rossi Pérez

Para optar al grado de Magister por la Universidad Antonio Nariño

Bogotá, D. C., 26 de mayo de 2017

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo a Dios, a mis profesores de la Maestría, a la decana de Medicina, doctora Alejandra Salcedo y a la Universidad Antonio Nariño.

DEDICATORIA

A mi madre, que siempre ha estado a mi lado motivándome y apoyando todos mis proyectos y a mis hijos que son el motivo de mi vida.

Tabla de contenido

	Pág
1. Resumen.....	1
2. Problemática.....	4
2.1 Pregunta problema.....	6
3. Objetivo	
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
4. Referentes teóricos	
4.1 Concepciones de salud y enfermedad.....	8
4.2 ¿Qué significan la promoción y la prevención?.....	9
4.3 Políticas de promoción de la salud.....	10
4.3.1 Perspectiva internacional.....	10
4.3.2 Perspectiva nacional.....	13
4.4 El empoderamiento es esencial.....	16
4.5 Estrategias pedagógicas para la educación en salud.....	18
4.6 Educación por competencias.....	20
4.7 Formación de profesionales para ejercer el rol de educador en salud.....	29
5. Diseño metodológico.....	31
5.1 Tipo de estudio.....	33
5.2 Participantes.....	34
5.3 Técnicas e instrumentos.....	39
5.4 Recolección de datos.....	41

5.5 Trascrición de datos.....	41
5.6 Categorización.....	41
6. Análisis.....	42
6.1 Descripción de las respuestas.....	42
6.1.1 Caso 1.....	42
6.1.2 Caso 2.....	50
6.1.3 Caso 3.....	61
6.1.4 Caso 4.....	66
6.2 Análisis de datos.....	71
7. Conclusiones y recomendaciones.....	95
Referencias bibliográficas.....	100
Anexos.....	107

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Hitos del desarrollo normativo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia.....	15
Gráfica 2. Perfil de los entrevistados.....	37
Gráfica 3. Rol docente.....	38
Gráfica 4. Pertenece a grupos de educación en diabetes.....	39
Gráfica 5. Estrategias pedagógicas utilizadas para educar en salud.....	84
Gráfica 6. Competencias para desempeñar el rol de educador en salud.....	92
Gráfica 7. Currículo- educación en salud.....	93

Índice de Tablas

Tabla 1. Competencias genéricas.....	25
Tabla 2. Competencias específicas de la profesión médica.....	27
Tabla 3. Formación académica de los entrevistados.....	36
Tabla 4. Resumen de información acerca de concepciones en educación en salud.....	74
Tabla 5. Resumen de información sobre las estrategias pedagógicas en educación en diabetes.....	86
Tabla 6. Resumen de información de las competencias que debe tener el profesional de la salud.....	93

1. Resumen

Tipo de documento: trabajo de grado para optar por el título de Magister en Educación.

Acceso al documento: Universidad Antonio Nariño.

Título del documento: análisis de las estrategias pedagógicas utilizadas por endocrinólogos expertos en educación en diabetes para la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de esta enfermedad

Autor: ROSSI PÉREZ, Ana Beatriz.

Palabras clave: educación en salud, empoderamiento, autocuidado y comunicación en salud.

Resumen: el estudio de las estrategias pedagógicas en educación en salud interesa por la importancia que tiene en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades. Esta es una investigación cualitativa que sigue el estudio de caso. Se realizaron entrevistas a profundidad a cuatro médicos internistas y endocrinólogos con cerca de 30 años de dedicación a la educación en diabetes para averiguar A) Concepciones sobre educación en salud, B) Estrategias pedagógicas y C) Competencias que debe tener el profesional para educar en salud. Se hizo un análisis de los datos y se concluyó que la relación médico paciente sigue siendo la principal estrategia para educar individualmente y que las charlas, conferencias y mapas de conversación son las más usadas para el aprendizaje de grupos. También se propone incluir en el currículo de los profesionales médicos

competencias relacionadas con pedagogía, comunicación, liderazgo y relaciones interpersonales.

Contenidos: el presente escrito retoma la estructura básica para la elaboración de un informe de investigación culminada, describiendo de forma ordenada el planteamiento del problema, los objetivos, los referentes teóricos, la metodología, el análisis, los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

En particular, los referentes teóricos se dividen en cuatro partes. En la primera parte, se habla de los orígenes del concepto de salud-enfermedad y los factores que intervienen para que las personas se enfermen. En la segunda parte, se presentan las tendencias globales, regionales y nacionales que sustentan los conceptos de promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades. En la tercera parte, se resalta la importancia que tiene la educación en salud para las personas, así como también la relevancia del concepto de empoderamiento y por último, se aborda el tema de la formación de profesionales, haciendo hincapié en las competencias necesarias para ejercer la profesión médica, según el proyecto Tuning de Latinoamérica.

Metodología: presenta un proceso investigativo de carácter cualitativo y estudio de caso, a través del cual se identifican las tendencias, se caracterizan las estrategias pedagógicas y se proponen competencias para agregar al currículo de los médicos en formación con el fin de que estén capacitados para desempeñar su rol de educadores en salud.

Fecha de elaboración del resumen: 26 de mayo de 2017

Para todos los efectos, declaro que el presente trabajo es original y de mi total autoría; en aquellos casos en los cuales he requerido del trabajo de otros autores o investigadores, he dado los respectivos créditos.

2. Problemática

Actualmente se reconoce la educación en salud no solo como una posibilidad, sino una necesidad para empoderar a las personas en el autocuidado para prevenir así las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) y sus complicaciones. Las ENT tienen un curso lento y como rasgo general se caracterizan porque no pasan de una persona a otra; sin embargo, según la OMS (2015), cerca del 75% de las muertes en países bajos y medios son causadas por enfermedades de este tipo. En este grupo se ubican afecciones tales como: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), la diabetes y las enfermedades respiratorias (incluye el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Las ENT se favorecen por factores de riesgo tales como la edad avanzada, la urbanización acelerada y no planificada y los estilos de vida no saludables. En este último aspecto existen algunos riesgos que son de carácter comportamental, y por tanto modificables, relacionados con el consumo del tabaco, la inactividad física, las dietas no saludables y el uso exagerado del alcohol, entre otros, que son de origen metabólico/fisiológico; y que aumentan otras condiciones como: la hipertensión arterial, el sobrepeso/obesidad, la hiperglucemia (niveles altos de azúcar en sangre) y la hiperlipidemia (incremento de los niveles de lípidos en la sangre).

Un ejemplo de la morbi-mortalidad a causa de estas enfermedades es la diabetes. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), actualmente existen en el mundo cerca de 415 millones de personas adultas que la padecen y se estima si no

se hace algo para prevenirla, que para 2040 serán 642 millones los afectados (FID, 2015).

En la población colombiana, la prevalencia nacional de diabetes mellitus tipo 2 en personas de 20 a 79 años, para el 2015, es de 9.6% (FID, 2015, p.125).

En Bogotá, con ocasión de la conmemoración del Día Mundial de la Diabetes, la Secretaría Distrital de Salud, el pasado 15 de noviembre de 2016, informó en comunicado de prensa, que 836 personas de todas las localidades de la ciudad perdieron la vida a causa de esta enfermedad en el 2015.

De acuerdo con lo anterior, es perentorio hacer algo más de lo que se está adelantando en esta materia para frenar las tendencias epidemiológicas y se tiene la certeza de que aún hay mucho por hacer en prevención de enfermedades, pues es un problema donde intervienen varios actores, pero específicamente interesa para este trabajo lo que anota la Carta de Ottawa: “la reorientación de los servicios de salud exige que se haga investigación en este campo y que se hagan cambios en la educación y la formación profesional” (OMS, 2006, p.3). A partir de esta consideración, en esta esta tesis se quiere centrar la atención en el análisis de las estrategias pedagógicas usadas por expertos en educación en diabetes y la formación de los futuros profesionales con una visión de educadores en salud.

El propósito de este estudio basado en la tradición de investigación cualitativa, estudio de caso, es analizar las estrategias pedagógicas utilizadas por cuatro médicos endocrinólogos dedicados a la educación en diabetes por cerca de treinta años, frente a la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de las complicaciones de la diabetes, de forma que se puedan reforzar las existentes y proponer unas competencias que debería incluirse en el currículo del médico en

formación para desempeñar exitosamente el rol de educador en salud de sus pacientes, familiares y comunidad general.

2.1 Pregunta problema

De acuerdo con lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Qué estrategias pedagógicas utilizan endocrinólogos expertos en educación en diabetes para la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de esta enfermedad?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar las estrategias pedagógicas utilizadas por endocrinólogos expertos en educación en diabetes para la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de esta enfermedad.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las estrategias pedagógicas utilizadas por especialistas en endocrinología con experiencia docente en la educación en diabetes.
- Identificar las competencias que deben tener los médicos en formación para desempeñar su rol de educadores en diabetes con el fin de prevenir dicha patología o sus complicaciones.
- Revisar los conceptos de salud, enfermedad y promoción de la salud y prevención de enfermedades

4. Referentes teóricos

En este apartado se hace una revisión de los orígenes de los conceptos básicos de salud y enfermedad; los factores que intervienen para que las personas se enfermen; las tendencias internacionales que sustentan los conceptos de promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades, qué hay de esto en Colombia; qué importancia tiene la educación en salud para las personas; qué es el empoderamiento; qué competencias son las ideales en la formación de los profesionales para ejercer el rol de educadores en salud y cuáles son las necesarias para la profesión médica, según el proyecto Tuning para Latinoamérica.

4.1 Concepción de salud y enfermedad

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, se indica que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano [...], y define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”().

Con el pasar del tiempo esto cambió y apareció el concepto de los determinantes sociales en salud, que son las condiciones de vida (biológicas y sociales) que actúan y se relacionan en diferentes niveles y afectan la forma como nace, crece, vive, trabaja y envejece la gente. Esto implica la idea de niveles, por lo que se le dio el nombre de determinantes estructurales (de posición socioeconómica, estructura y clase social) y los determinantes intermediarios (condiciones de vida, de trabajo, de la disponibilidad de alimentos, los comportamientos y los factores biológicos y psicosociales) Gómez, Eslava y Camacho (2012, p.23).

Ahora, es necesario precisar cuál es la diferencia entre factores de riesgo y determinantes sociales. Los primeros, hacen referencia al “atributo de un grupo que presenta mayor incidencia de una patología en comparación con otros grupos poblacionales donde ese atributo no se presenta o lo hace con baja frecuencia”, (Gómez, *et al.* 2012, p.28).

En cambio, cuando se habla de los segundos se afirma que:

“Los determinantes adquieren un sentido más general al no asociarse solo con la idea de riesgo y manifiestan más la idea de afectación por niveles. Así, la noción de determinantes rebasa la idea de factor de riesgo, pues se trata de condiciones que propician formas de vida (y no solo enfermedad y muerte) y de una jerarquización más explícita de elementos en una estructura que podríamos llamar de causalidad compleja”. (Gómez, *et al.*, 2012, p.28).

4.2 ¿Qué significan la promoción y la prevención?

Es importante aclarar estos conceptos. La diferencia entre promoción y prevención radica en el hecho de que la acción preventiva tiene como fundamento la enfermedad o los factores de riesgo relacionados, en cambio la promoción tiene como eje la salud, que es sinónimo de bienestar biopsicosocial (Gómez, *et al.*, 2012).

Un ejemplo, de la acción de promoción de hábitos de vida saludable, es enseñar a la población general a realizar actividad física regular, a consumir dieta saludable, a evitar el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo, a tener un peso saludable y en general evitar conductas que pongan en riesgo a las personas.

A continuación se revisará parte de la historia de la promoción y prevención. El 21 de noviembre de 1986 se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre

Promoción de la Salud en Ottawa y se hizo pública la Carta que llevaba su nombre. En esta se reconocen los factores sociales, ambientales y los estilos de vida como partes importantes en la promoción de la salud y ha sido una influencia relevante en la teoría de la salud pública de la región de las Américas, porque cambia las antiguas concepciones de salud, por los determinantes de la salud.

Así, la promoción de la salud debe trabajar con otros entes, tales como gobierno, sistemas de salud, la sociedad, los gremios económicos, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación, entre otros. Pero al grupo de profesionales de la salud corresponde una función importante y es el ser educador para promocionar la salud y prevenir enfermedades en cada uno de los países donde se hallen (OMS, 2006).

4.3 Políticas de la promoción de la salud

Han sucedido muchas transformaciones en salud pública después de la creación de la Carta de Ottawa que surgen a través del tiempo, como se describirá a continuación.

4.3.1 Perspectiva internacional

La Carta de Ottawa se emitió en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, con el objeto de brindar “Salud para todos en el año 2000”, en una época de transición del paradigma biológico de la salud al surgimiento y entendimiento de los determinantes sociales de la salud.

La Carta de Ottawa hace énfasis en la intersectorialidad de la promoción de la salud, la relevancia de las políticas públicas y el empoderamiento de la comunidad en el proceso. De ésta surgieron cinco acciones estratégicas que se han desarrollado en el transcurso de 20 años después de creada, estas son: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos saludables, la participación de la población en acciones de salud pública y de atención primaria, las habilidades personales reforzando la comunicación social y la educación en salud y la reorientación de los servicios de salud.

Con respecto al establecimiento de políticas públicas saludables, se pensó que para promover la salud se debe superar más el simple cuidado de la misma. Por lo que la salud debe hacer parte del orden del día de las personas que elaboran los programas políticos, en los diferentes sectores. Brasil tiene un sistema único de salud y ha mostrado sus políticas públicas saludables en los municipios con el soporte de los consejos de secretarios municipales y estatales de salud. Argentina ha trabajado la política de control del tabaco y en la capacitación de personal de salud comunitaria en promoción de la salud. Chile, tiene su política de promoción de la salud con un enfoque intersectorial con el objeto de mejorar los determinantes sociales. En cambio Canadá, Perú y Paraguay desarrollaron políticas para riesgos en salud por causas del tabaco, alcohol y seguridad vial.

La creación de ambientes saludables, en los lugares donde se vive, comparte y trabaja, son importantes para evitar enfermedades, por lo que han sido adoptados por muchos países de América. Es una iniciativa de los alcaldes, autoridades locales y otras personas interesadas en el tema. Se han creado planes abordados

intersectorialmente. La iniciativa de escuelas promotoras de la salud impulsa el desarrollo de conocimiento, habilidades y destrezas en la escuela con el objeto de disminuir situaciones de riesgo y generar estilos de vida saludables. En países como Canadá, Chile, Colombia, El Salvador y México la implementaron.

Así, la iniciativa de viviendas saludables sirve para proteger a la población de los peligros en los hogares, que es el lugar donde más tiempo permanecen las personas. Las condiciones deplorables de las viviendas pueden afectar la salud de las personas, especialmente las más pobres y vulnerables (niños, adultos mayores y discapacitados). Por ejemplo en Colombia se ha procurado la implementación a nivel regional, del programa denominado “Hacia una vivienda saludable, ¡Que viva mi hogar!

Otra iniciativa es la de los lugares de trabajo saludables que es una iniciativa tanto para el sector público como para el privado y tiene como objeto garantizar la salud de los trabajadores.

Con relación a la participación de los ciudadanos y miembros de la comunidad, esta se ha incrementado en todos los países a través de mesas de diálogo, foros y consultas públicas. La participación es fundamental para hacer el diagnóstico de las necesidades de promoción de la salud.

Acerca de las habilidades personales y el empoderamiento, pese a existir estrategias de educación en salud, el avance en este tema no es muy evidente. Por lo cual están tomando los primeros lugares de morbilidad las enfermedades con mayor influencia de actitudes personales. Las adicciones, obesidad, sedentarismo,

malos hábitos de alimentación y la violencia intrafamiliar, son algunos fenómenos que han incrementado y pocos países han realizado actividades para cambiar tendencias conductuales, pese a existir muchos programas de educación para la salud y campañas de comunicación. Los estilos de vida no saludables y el sedentarismo, la obesidad, la violencia, los accidentes de tráfico, las adicciones y otros más se incrementan a ritmo acelerado. En cierta forma porque aún existen enfoques verticales y lineales, con poca participación y dirigidos solo a un factor. El modelo tradicional influye porque tiene el enfoque hacia la enfermedad y el riesgo, sin tener en cuenta la importancia de los determinantes sociales.

La última acción estratégica es la reorientación de los servicios de salud. Esta exige prestar mayor atención a la investigación en este campo a los cambios en la educación y la formación de los profesionales. Esto genera un cambio de actitud y de organización de los servicios de salud que estén dirigidos a las necesidades de las personas como un todo. Para el 2005 muchos de los países de América reportaban que existía alguna política o iniciativa en los servicios de salud para promoverla y se implementaron los modelos de atención integral a la salud en varios países con acción intersectorial e integral, (OMS, 2006).

4.3.2 Perspectiva nacional

En Colombia han sucedido hitos del desarrollo normativo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En 1975 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), que 15 años después se descentralizó. En 1991 apareció la Nueva Constitución Política y dos años más tarde se creó el Sistema General de Seguridad

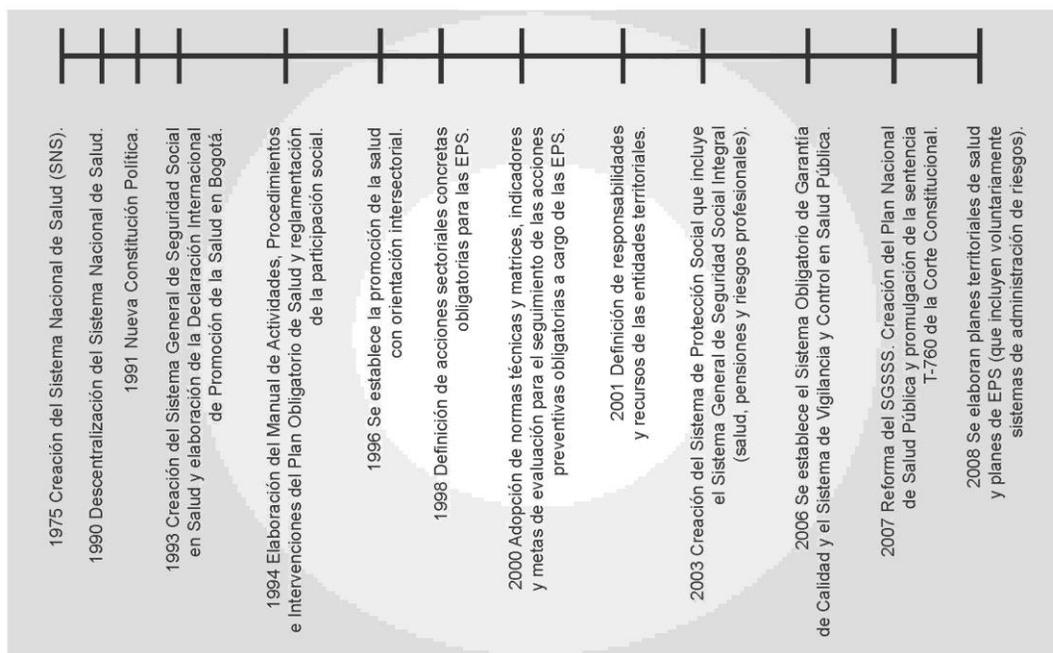
Social en Salud (SGSSS) y se elaboró y divulgó la Declaración Internacional de Promoción de la Salud en Bogotá.

Para 1994 se elaboró el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud y reglamentación de la participación Social y dos años más tarde, en 1996, se estableció la promoción de la salud con orientación intersectorial. En 1998 se estableció la definición de acciones sectoriales concretas obligatorias para las EPS; y en el 2000, se determinó la adopción de normas técnicas y matrices, indicadores y metas de evaluación para el seguimiento de las acciones preventivas obligatorias a cargo de las EPS.

En 2001, se estableció la definición de responsabilidades y recursos de las entidades territoriales, y en el 2003 se creó el Sistema de Protección Social que incluye el Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos profesionales). Tres años más tarde, se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública.

Posteriormente, en 2007, sucedió la reforma del SGSSS, después la creación del Plan Nacional de Salud Pública y la promulgación de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional y para 2008 se elaboran planes territoriales de salud y planes de EPS (que incluyen voluntariamente sistemas de administración de riesgos), Gómez, *et al.*(2012), p.67. Ver gráfica 1.

Gráfica N°. 1. Hitos del desarrollo normativo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia



Fuente: Gómez, A., Eslava, J. y Camacho, S.(agosto, 2012). Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia. Primera edición. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi).(p.67).

Por otro lado, más recientemente, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, del Ministerio de Salud y Protección Social, hace hincapié en la promoción de la salud, la educación en salud y bajo esos conceptos, la prevención de enfermedades en diferentes ámbitos, tales como la salud ambiental, seguridad alimentaria y nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, condiciones transmisibles, emergencias y desastres, salud en el ámbito laboral y en las poblaciones vulnerables, entre otras.

En este sentido es pertinente preguntarse: ¿Cuáles son los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública? Básicamente son tres: “1) avanzar hacia la garantía del

goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.28).

Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021: “contiene los principios rectores de política y acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adoptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.29).

El Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 contempla diferentes enfoques como el de derechos, de perspectiva de género y ciclo de vida, el diferencial (considerando las necesidades de las poblaciones con discapacidad, víctimas de la violencia y situaciones de desplazamiento, diversidad sexual y grupos étnicos), el modelo de determinantes sociales de salud, porque las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones donde los individuos naces, crecen, viven, trabaja y envejecen.

4.4 El empoderamiento es esencial

Antes de seguir adelante, es pertinente revisar el porqué es importante el empoderamiento en estos programas de educación en salud. Primero se parte de la definición del diccionario de la Real Academia de la Lengua, que dice que la palabra empoderar hace referencia a apoderar. En el campo de la salud, el empoderamiento puede afirmarse que es la manera como las personas se apoderan

de la información suministrada y contribuyen en el mejoramiento de su salud por convencimiento, esto redundando, por ejemplo en las ENT en un buen control metabólico, el seguimiento de una dieta saludable, la incorporación de la actividad física al tratamiento, el bajo consumo de alcohol y de cigarrillo, entre otras. A continuación se anotarán algunos estudios en los que se evidencia la importancia del empoderamiento.

Es relevante en este apartado hablar acerca de la base o sustento de los programas de educación en salud que utilizan el empoderamiento. En un artículo de Pithon (2009), hace una revisión de la literatura sobre la educación y el autocuidado en diabetes tipo 2 y resalta lo inadecuado de la forma de educar tradicionalmente con relación a la adherencia al tratamiento y a la transmisión de información científica del tema y le dan un valor muy importante a la experiencia y a la autonomía de los pacientes como sujetos de su cuidado.

En otro estudio de Saavedra (2015), describe cómo se utilizaron las redes sociales como medio de monitoreo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes e indican que se relató una historia de educación exitosa, pues usaron WhatsApp como medio de comunicación entre un grupo de autoayuda para hipertensos, con diabetes tipo 2 y el personal médico especializado. Se logró identificar al paciente en su entorno social, se manejó el alcance de metas de tratamiento, redujeron las consultas innecesarias, detectaron precozmente las urgencias, todo a través del empoderamiento de las personas. Los hallazgos de este estudio evidenciaron que el apoyo social por este medio contribuye a una mejor adherencia al tratamiento a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

En México, desarrollaron otro programa denominado: *Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco*, (Pick, et al. 2010) con el objeto de modificar conductas alimentarias y de salud de los habitantes de unas comunidades marginadas, a los que se propuso brindar conocimientos y habilidades psicosociales dirigidas a promover la agencia personal y el empoderamiento intrínseco basado en el programa piloto llamado: *Yo quiero, yo puedo...mejorar mi salud y ejercer mis derechos*". Todos los conocimientos adquiridos por la comunidad les permitían mejorar el aprovechamiento de los productos de la canasta básica y el resto de recursos disponibles, lo anterior, en pro del bienestar y desarrollo de las personas, sus familias y comunidad general.

Los autores del estudio en mención, quedaron motivados a seguir trabajando para lograr el desarrollo de habilidades psicosociales, la reducción de barreras psicológicas y los cambios conductuales de los habitantes a través de proyectos complementados dirigidos a la promoción de la salud, con la integración de diferentes sectores de la sociedad, lo que contribuye a promover el desarrollo en la región. Estos son algunos ejemplos que hacen énfasis en la utilidad que tiene el empoderamiento en la vida de las personas.

4.5 Estrategias pedagógicas para la educación en salud

En el Diccionario de la Lengua Española, una estrategia "es el arte de dirigir las operaciones militares, arte, traza para dirigir un asunto, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento" (Espasa, 2001, p.1002). Como se puede apreciar en esta primera definición, el concepto se deriva de un

contexto militar, en donde todo está calculado programado para obtener un resultado.

De acuerdo con Laguna, una estrategia se entiende como una acción dirigida a una meta intencional, consciente y de conducta controlada y que debe conducir a la solución de problemas (Laguna, 2006, citado por Muñoz, Vargas y Slebi, 2011).

En el campo de la educación, Mialaret (1984) define la estrategia así: “la ciencia o arte de combinar y coordinar las acciones con vistas a alcanzar una finalidad. Corresponde a una planificación para lograr un resultado con proposición de objetivos a alcanzar y medios considerados para lograr”(p.213).

En este contexto, “se entiende por estrategias pedagógicas aquellas acciones que realiza el maestro con el propósito de facilitar la formación y el aprendizaje de las disciplinas en los estudiantes”. Universidad de Antioquia. En concordancia con Picardo, dichas acciones se realizan a partir de un ordenamiento lógico y coherente en función de la realización de los objetivos educacionales; es decir, que ésta constituye un método o actividad planificada orientada a mejorar el aprendizaje y a facilitar el crecimiento personal del estudiante (citado en Aguirre, 2012, p.11). Por consiguiente, una estrategia no es una acción o una actividad en particular, ni se reduce a una herramienta o una metodología, puesto que estas deben hacer parte de aquella.

Para la pedagogía de la humanización las estrategias pedagógicas se clasifican en:

- a) Estrategias cognitivas: facilitan el desarrollo de una serie de acciones orientadas al aprendizaje significativo de los temas en estudio.

- b) Estrategias metacognitivas: encaminan al estudiante a realizar ejercicios de reflexión del propio saber, “a cuestionar lo que se aprende, cómo se aprende, con qué se aprende y su función social”.
- c) Estrategias lúdicas: permiten el aprendizaje a través de la interacción emocional y por la aplicación del juego.
- d) Estrategias tecnológicas: encaminadas al dominio y aplicación de las tecnologías en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.
- e) Estrategias socioafectivas: posibilitan un ambiente agradable de aprendizaje.(Romero, 2012).

El dominio y el diseño de todos los tipos de estrategias mencionados harán posible a los docentes realizar procesos de enseñanza auténticamente significativos y les permitirá a los estudiantes (médicos en formación) alcanzar aprendizajes trascendentales en su formación integral y profesional. Así mismo, tales estrategias permitirán a los pacientes y sus familiares entender de una forma didáctica y sencilla todo acerca de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.

4.6 Educación por competencias

Según Julián de Zubiría, “Las competencias deben ser entendidas hoy en día como aprendizajes integrales, generales, que alcanzan niveles de idoneidad crecientes, flexibles y los cuales se expresan en diversos contextos” (De Zubiría, 2008). En el modelo pedagógico por competencias, el estudiante se torna, proactivo en su proceso de formación. Es el paso de un sistema de repetición y de memorización, a uno en el que éste es protagonista de su propia formación y el

docente se convierte en un acompañante, en cuya aula se discute, se enfrenta, cuestiona y argumenta.

De otra parte, Para Coll y Martin (2006):

“ser competente significa tener la habilidad de integrar el conocimiento y usarlo ante un problema. Las personas aprenden de diferentes maneras y depende del contexto en el que se produce el aprendizaje y en el que se use después. El objetivo de que las competencias sirvan de punto de partida para seguir aprendiendo para el resto de la vida, implicaría desarrollar capacidades metacognitivas que contribuyan a tener un autoaprendizaje”, (p.18).

Otra definición,

“Se entiende por competencia una capacidad aprendida para realizar de manera adecuada una tarea, función o rol relacionada con el ámbito particular de trabajo – en este caso en el ámbito de la psicología de la educación–, que integra conocimientos, habilidades y actitudes” (p. 14). (Roe, 2003; Carreras y Perrenoud, 2005; V V. A A., 2005), (citada por Coll, Rochera, Mayordomo y Naranjo).

Para Carreras y Perrenoud (2008):

“Las competencias nos remiten a la acción. Una competencia es un poder de acción no general, sino dentro de una clase de situaciones comparables.

Un poder de acción: este poder se puede entender en el sentido jurídico, cuando la competencia otorga una legitimidad a la acción. O extenderse en el sentido psicosociológico, como conjunto de medios para realizar una acción marcada y eficaz. Estos dos sentidos no son totalmente independientes. Parece razonable que

cada actor: aprenda a hacer lo que tiene el derecho y a veces la obligación de hacer; reivindique el derecho de hacer lo que sabe hacer". (p.24).

Así, el concepto de competencias para cada autor es diferente, para de Zubiría es muy importante alcanzar la idoneidad creciente, para Coll y Martín, la integración de los conocimientos para luego usarlos y resolver problemas y por último para Carreras y Perrenoud las competencias nos remiten a la acción.

El pensamiento de Howard Gardner (1998) que hace referencia a las inteligencias múltiples, corrobora que las competencias no son innatas ni predeterminadas, que los individuos con su inteligencia, están en condiciones de convivir con las exigencias del entorno y pueden llegar a desarrollar capacidades para solucionar diferentes problemas.

La competencia es en síntesis una capacidad que está compuesta por habilidades, conocimientos y actitudes para resolver un problema mediante acciones que sean de diferente complejidad y la creación de soluciones en un contexto determinado de la vida.

Hablar de educación por competencias motiva a conocer el Proyecto Tuning América Latina, que surgió de un estudio sobre educación superior hasta finales de 2004, como experiencia que inició en Europa. Más de 175 universidades de dicha región trabajaron desde 2001 para crear un espacio de educación superior como respuesta a un desafío planteado por la Declaración de Bolonia.

El nombre hace referencia a "acordar, templar, afinar", las estructuras educativas, relacionadas con las titulaciones, para que estas fueran comprendidas,

comparadas y reconocidas en Europa. Así, años después Tuning Latinoamérica surgió por la necesidad que se tiene de hallar compatibilidad, comparabilidad y competitividad de la educación superior. La globalización e internacionalización motiva a que los estudiantes y profesionales se movilicen y a que las instituciones sean cada vez más competitivas. El movimiento entre países generó la necesidad de estandarizar la formación de los profesionales, Tuning-América Latina, (2007).

Tuning Latinoamérca tiene como meta identificar e intercambiar información y mejorar la colaboración entre instituciones de educación superior, para el desarrollo de la calidad, efectividad y transparencia. Así, este contribuye a que las titulaciones sean comparables y comprensibles, desde los perfiles buscados para los egresados y puedan movilizarse por Latinoamérica e incluso por Europa.

El Proyecto Tuning tiene en Latinoamérica 190 universidades en 18 países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y República Dominicana. Las universidades fueron elegidas por los ministerios de educación superior y en conferencias de rectores bajo criterios de excelencia nacional en cada área. El funcionamiento del proyecto fue garantizado por el Programa Alfa. El Proyecto se propone impulsar consensos a escala regional sobre la forma de entender los títulos, desde las competencias que los profesionales alcanzarían.

El Proyecto tiene puntos comunes de referencia centrados en las competencias y cuatro líneas de trabajo:

- a. Competencias genéricas y específicas de las áreas temáticas

- b. Enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación de estas competencias
- c. Créditos académicos
- d. Calidad de los programas

Las primeras competencias son compartidas y pueden darse en cualquier titulación. Las genéricas se pueden compartir en diferentes carreras, como por ejemplo, capacidad para aprender, análisis y síntesis, entre otras. También se analizan las que tienen que ver con cada profesión, las competencias específicas difieren de disciplina a disciplina.

En la segunda línea se propone elaborar unos materiales que visualizan cuáles son los métodos de enseñanza aprendizaje y evaluación más eficaces para obtener resultados del aprendizaje y las competencias identificadas.

La tercera que hace referencia a los créditos académicos, la relación de las competencias con el trabajo adelantado por el estudiante y su conexión con el tiempo resultante, medido a través de créditos académicos. La cuarta línea se hace énfasis en que la calidad es parte del diseño del currículo basado en competencias.

¿Cómo se implementó el proyecto Tuning en Latinoamérica? Este surgió de las universidades para ellas mismas. Inició con 62 universidades debatiendo en cuatro grupos de trabajo en diferentes campos como son la administración de empresas, educación, historia y matemáticas. En un segundo momento se incrementaron las universidades a 120 y en ocho áreas del conocimiento: arquitectura, derecho, enfermería, física, geología, ingeniería, medicina y química. Ahora son 190 universidades en 18 países de Latinoamérica.

Así la formación integral, se va haciendo poco a poco por niveles de complejidad en los diferentes tipos de competencias: básicas o fundamentales, genéricas o comunes, específicas especializadas y laborales. La competencia similar a la inteligencia, no es una capacidad innata, sino que es susceptible a desarrollarse y construirse a partir de motivaciones internas de las personas.

Colocando mayor énfasis al tema de las competencias, vale la pena explicar qué son las competencias genéricas. En el marco del Proyecto Tuning Latinoamérica, en 2004, se les pidió a los integrantes que hicieran una lista de competencias genéricas y resultaron 27 que son comunes a todas las profesiones, estas aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Competencias genéricas

Abstracción, análisis y síntesis
Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
Capacidad para organizar y planificar el tiempo
Conocimiento sobre el área de estudio y la profesión
Responsabilidad social y compromiso ciudadano
Capacidad de comunicación oral y escrita
Capacidad de comunicación en un segundo idioma
Habilidad para usar las TICs
Capacidad de investigación
Capacidad de aprender y actualizarse permanentemente
Habilidades para buscar, procesar y analizar información procedente de diferentes fuentes
Capacidad crítica y autocrítica
Capacidad para actuar en situaciones nuevas

Capacidad creativa

Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas.

Capacidad de tomar decisiones

Capacidad para trabajar en equipo

Habilidades interpersonales

Capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes

Compromiso con la preservación del medio ambiente

Compromiso con su medio social y cultural

Valoración y respeto por la diversidad multicultural

Habilidad para trabajar en contextos internacionales

Habilidad para trabajar en forma autónoma

Capacidad para formular y gestionar proyectos

Compromiso ético

Compromiso con la calidad

Fuente: Universidad de Deusto y de Groningen. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Informe final-Proyecto Tuning-América Latina 2004-2007. Impreso en España.

Con relación a la profesión médica, según el Proyecto Tuning, tradicionalmente el enfoque de formación curricular se hacía por asignaturas y dividido en ciclos, tales como el básico, clínico y las prácticas profesionales. Hoy en día la formación médica está basada en las competencias que debe tener el estudiante, en las cuales se integren las ciencias básicas y las clínicas.

El título que obtiene en Colombia se llama médico cirujano. En todos los países del proyecto Tuning, la titulación de medicina habilita al profesional para el ejercicio de la medicina general y el acceso a los postgrados. Las competencias

denominadas específicas, que son para la profesión médica, aparecen en la Tabla

2.

Tabla 2. Competencias específicas para la profesión médica

Redactar una historia clínica
Realizar una anamnesis profunda teniendo en cuenta el ambiente psicosocial, ambiental y un examen físico completo que evalúe el estado mental
Hacer un diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas
Plantear diagnósticos diferenciales
Indicar e interpretar pruebas diagnósticas, así como indicar y realizar tratamientos médicos
Derivar a otro nivel de atención
Reconocer, evaluar y categorizar emergencias
Manejar la fase inicial de la emergencia médica
Proveer primeros auxilios
Administrar soporte vital básico y avanzado y reanimación cerebro-cardio-pulmonar
Atender al paciente con trauma
Seleccionar los medicamentos, según contexto clínico
Prescribir medicamentos
Reconocer y manejar eventos adversos
Comunicarse de manera verbal, no verbal y por escrito con pacientes, familiares, equipo de salud y comunidad.
Comunicar naturaleza y severidad de la enfermedad
Si se requiere, obtener el consentimiento informado
Evaluar signos vitales
Realizar una venopunción, canalización venosa, así como administrar medicamentos por cualquier vía
Hacer una intubación orotraqueal
Colocar sondas
Cuidar ostomías
Realizar una punción suprapúbica, paracentesis, toracentesis y punción lumbar
Atender un parto eutócico
Realizar un electrocardiograma
Hacer una especuloscopia, tacto y citología vaginal
Realizar un tacto rectal
Efectuar suturas, curación de heridas y drenaje de abscesos
Realizar un taponamiento nasal anterior
Practicar maniobras hemostáticas iniciales ante hemorragia externa
Mover, inmovilizar y transportar pacientes
Identificar factores psicológicos (stress, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo)
Detectar factores sociales (maltrato, accidentes, abuso, marginación, discriminación)
Identificar factores económicos (pobreza, inequidad),

Identificar factores ambientales (clima, contaminación, destrucción del ecosistema)
Analizar críticamente la literatura científica
Realizar medicina basada en la evidencia
Aplicar el análisis estadístico de datos
Saber usar los computadores
Acceder a las fuentes de información
Guardar en forma completa y segura los registros médicos
Aplicar principios y análisis éticos en el ejercicio clínico
Mantener la confidencialidad
Respeto a la diversidad, a los derechos de los pacientes y comunidad
Brindar cuidados al paciente terminal
Expedir certificados de acuerdo con la legislación
Informar enfermedades de notificación obligatoria
Reconocer la estructura y funcionamiento del sistema de salud
Administrar y gestionar diferentes sistemas de salud de la población
Aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades
Conocer normas de bioseguridad

Fuente: Universidad de Deusto y de Groningen. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Informe final-Proyecto Tuning-América Latina 2004-2007. Impreso en España.

En este sentido, las competencias como: la capacidad de comunicación oral y escrita, habilidad para usar las TICs, acceder a las fuentes de información y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, sirven específicamente para reforzar una buena relación médico paciente y para ser educador en salud, sin embargo, en el campo de la formación en medicina, generalmente se carece de otras tales como la habilidad para la docencia, didáctica, trabajo en equipo, liderazgo y relaciones interpersonales, que podrían agregarse a las ya descritas para construir el perfil del médico general para que se desempeñe en su rol de educador en salud.

4.7 Formación de profesionales para ejercer el rol de educadores en salud

Vale la pena indicar la necesidad de educar por competencias a los profesionales de la salud para transformar el panorama. Se trata de brindarle una formación integral, que incluya determinantes biológicos, ambientales y sociales. Que también se haga especial énfasis en una formación científica óptima, que maneje muy bien lo que es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y que además, tenga ciertas competencias personales, como son: una habilidad especial en el área de comunicación, en el aspecto ético, en la relación con diferentes disciplinas para hacer un trabajo conjunto, liderazgo y una capacidad desbordada de aprender en forma autónoma, (Risco, 2014).

Otro aspecto vital en la formación de los médicos es la enseñanza de la pedagogía y la investigación, pues el rol que adquieren en este contexto, es de educadores en salud y para ello deben dominar las técnicas de enseñanza. Un modelo ejemplo de esto es el diplomado que están haciendo en Cuba que se llama *Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos*. Este modelo concibe al médico insertado en la atención primaria como el profesor principal (Gomez, Luna, Molleda, Dominguez y Mora, 2010).

Sin duda, lo anterior abarca una serie de fortalezas que debe tener el médico en formación, pero no se puede quedar atrás de la actualidad, por lo tanto, debe estar en la vanguardia en el manejo de las Tecnologías de la información y comunicaciones (TIC). En este contexto existe un artículo resalta la importancia de la ciber salud de Novillo-Ortiz, (2015). Al respecto la OMS indica que la ciber salud, que se llama también e-Salud o sanidad digital, consiste en servir como herramienta

costo-eficaz y segura de las TIC en diferentes escenarios, tales como en atención en salud, vigilancia y documentación, así como también en la educación, conocimientos e investigaciones en esta área.

El uso de las TIC no solo es importante en la parte administrativa, sino también en el campo de la clínica (historia clínica digital), desarrollando aplicaciones de ayuda para el diagnóstico, facilitando la relación entre profesionales, compartiendo experiencias de aprendizaje entre ellos y los pacientes. La telesalud permite conocer información de vigilancia epidemiológica rápidamente, educación médica continua, promover la búsqueda y el intercambio de la información entre diferentes personas, en fin, son un sinnúmero de utilidades que tiene e-Salud.

5. Diseño metodológico

Esta Investigación tiene un enfoque cualitativo, debido a que lleva a la comprensión de la naturaleza de algunos procesos psicológicos básicos como: las motivaciones, percepciones, valores, emociones, actitudes e ideas, y desde el punto de vista cultural las creencias y valores de una persona o grupo. Aporta datos de una alta relevancia a la hora de obtener los resultados. Castañeda et al, (2011).

La investigación cualitativa tiene sus bases en las ciencias sociales y del comportamiento tales como la psicología, sociología y otras y se caracteriza por hacer procesos descriptivos, no predictivos que se dan por la observación y que es un tipo de investigación de carácter científico que tiene como objeto dar respuestas a una pregunta y que al obtener resultados estos son aplicables no solo para el estudio sino más allá de este.

Lo que busca la investigación cualitativa es comprender los hechos, su contexto, para que se pueda llegar a interpretar o comprender una situación, sin hacer generalización de los resultados finales. Los datos salen de los participantes, no son variables impuestas, por este motivo hay flexibilidad en el abordaje de conceptos, herramientas y métodos de obtención de datos.

A partir de la problemática planteada antes, la idea de este trabajo de investigación surgió del interés por la educación en salud, por los años de trabajo dedicados a este campo y por la inquietud creciente de que a pesar del esfuerzo por hacer promoción de hábitos de vida saludable para la prevención de enfermedades, las cifras de morbi mortalidad siguen subiendo y por otro lado, por

la necesidad de contribuir con la causa de la formación de profesionales aptos para desempeñar su rol de educadores desde las facultades de salud.

El estudio pasó por las siguientes fases: preparatoria, descriptiva, analítica e informativa. En la fase preparatoria se visualizó la trascendencia del estudio, su finalidad y la contribución que este tiene para la comunidad médica. A continuación se eligió el tema y la razón por la cual fue seleccionado, que en este caso, surgió por el interés que la autora tiene acerca de la educación en salud.

Posteriormente se planteó el problema y a continuación se hizo una revisión bibliográfica para establecer los referentes teóricos y después se eligió el tipo de investigación y se formuló la pregunta de investigación. Luego se plantearon los objetivos, las técnicas y herramientas de obtención de la información, la cronología y metodología a utilizar.

En la fase descriptiva se delimitó la muestra, luego se implementaron las herramientas de recolección de datos y a continuación en la fase analítica se agrupó la información, se transformaron los datos y se obtuvieron las conclusiones y por último, en la fase informativa se presentaron los resultados.

La búsqueda bibliográfica se hizo de los últimos diez años en su mayoría que partió de las siguientes palabras claves: educación en salud, empoderamiento, autocuidado y comunicación en salud. Estas palabras se consultaron en: Ebsco, Scielo, Google Escolar y las páginas web de la Organización Mundial de la Salud, de la Federación Internacional de Diabetes, en libros obtenidos en el Ministerio de Salud y Protección Social y en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina

Integral y unos que trata de la investigación cualitativa y cuantitativa. Así mismo se revisaron las tesis sobre este tema de maestría y doctorado de los diez últimos años en las facultades de medicina de las universidades Javeriana, Nacional, Sabana y Antonio Nariño.

Después de realizar la búsqueda bibliográfica, se escogieron únicamente los artículos que aparecen en la lista de referencias porque hacen alusión a la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de ENT para resaltar la importancia que tiene para la salud pública y se tuvieron en cuenta artículos de algunos programas de educación en salud con énfasis en el empoderamiento y por último, otros que hablan de las competencias necesarias para la formación médica y cómo formar profesionales de la salud para que desempeñen su rol de educadores.

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación tiene como método el estudio de caso que como afirma Cifuentes, (2011),

“Es una alternativa para conocer situaciones problemáticas y comprender dinámicas sociales particulares relacionadas con factores de riesgo y alternativas de transformación social [...] Es útil en situaciones típicas y en pequeños grupos de los que requerimos un conocimiento profundo, sistemático, que permita comprender y contribuir en el mejoramiento de situaciones de vida, al develarlas con las y los participantes”.

El estudio de caso permite revisar y registrar la conducta de los individuos involucrados en la situación o fenómeno estudiado, posibilitando la descripción y el análisis en detalle de unidades sociales o entidades educativas únicas.

Parafraseando a Monje (2011), el estudio de caso es apropiado en situaciones en las que se quiere investigar a profundidad características básicas, situaciones determinadas, interacciones entre personas, grupos, instituciones o comunidades. Ejemplo de esto es el estudio de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo en los niños, el estudio antropológico de las características culturales de una comunidad indígena o el estudio de caso de una intoxicación en una comunidad, entre otros.

En este trabajo se investigan cuáles son las estrategias pedagógicas usadas por cuatro endocrinólogos expertos en educación en diabetes a través de entrevistas a profundidad. En estas, los especialistas cuentan cuáles son las más usadas en el proceso de educación en diabetes, tanto individual como grupal y dan a conocer sus reflexiones relacionadas con el cambio de concepción de la salud y la importancia que tiene ahora hacer promoción de estilos de vida sanos y prevención de enfermedades.

5.2. Participantes

Para la presente investigación los participantes fueron elegidos con un muestreo intencional, con los criterios de conveniencia, oportunidad y disponibilidad. Los cuatro expertos, fueron seleccionados debido a que son en Colombia autoridades académicas de mayor importancia en este campo. De otra

parte, el haber seleccionado sólo cuatro participantes en la investigación no es ningún impedimento para la realización de ésta debido a que en Investigación Cualitativa la representatividad estadística no es relevante, pocos casos pueden ser suficientes. Galeano (2004).

Los criterios de inclusión para los participantes en este estudio son: ser médico especialista en medicina interna y endocrinología, dirigir un grupo de educación en diabetes, ser profesor universitario o jefe de servicio de alguna institución de salud y pertenecer a la Federación Diabetológica Colombiana. Ver tabla 3 y gráficos 2 y 3.

Los especialistas fueron elegidos en forma intencional y basados en los criterios anteriormente anotados. La relación con los elegidos es ética y obedece a la proximidad que la autora tiene con ellos por haber compartido proyectos de interés común por varios años.

La muestra de participantes está conformada por cuatro expertos identificados con las iniciales: IE, AR, EH y HY como se muestra en la tabla 3, que hace referencia a su formación académica.

En el gráfico 2 se puede observar el perfil de cada uno de los entrevistados. IE realizó sus estudios de pregrado y medicina interna en la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín y la endocrinología en la Universidad del Rosario en Bogotá. AR hizo su pregrado en la Universidad Nacional de Colombia y la endocrinología en Argentina en el Hospital de Clínicas en la Universidad de Buenos Aires y continuó de Fellow en Alemania en la Universidad de Erlangen, en

Nuremberg, donde hizo el doctorado en endocrinología. EH adelantó sus estudios de pregrado de medicina interna y de endocrinología en la Universidad del Rosario y HY hizo el pregrado y postgrado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

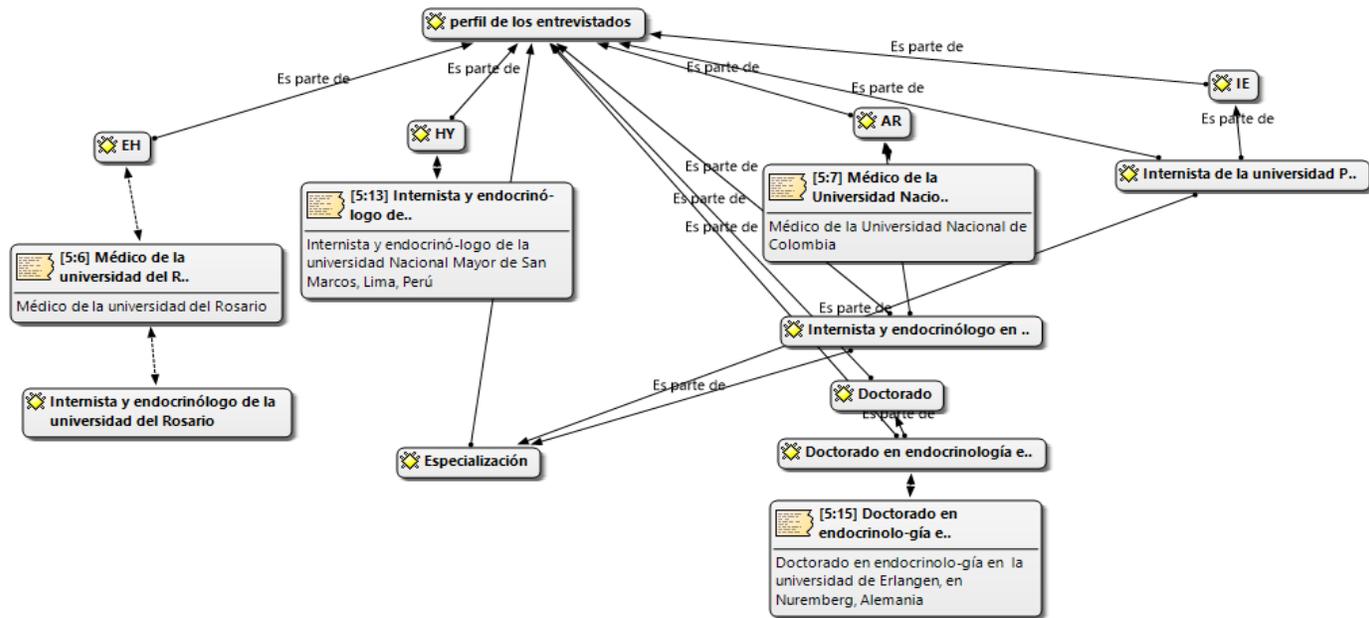
Tabla 3. Formación académica de los entrevistados

Iniciales	IE	EH	AR	HY
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Experiencia cercana en años	30	30	30	30
Formación de Pregrado	Médico	Médico	Médico	Médico
Postgrado	Internista y endocrinólogo	Internista y endocrinólogo	Internista y endocrinólogo	Internista y endocrinólogo
Doctorado			Endocrinología	
Materias que imparte	Endocrinología	Endocrinología	Endocrinología	Endocrinología

Fuente: elaboración propia.

La relación con los elegidos es ética y obedece a la proximidad que la autora tiene con ellos por haber compartido proyectos de interés común.

Gráfico 2. Perfil de los entrevistados

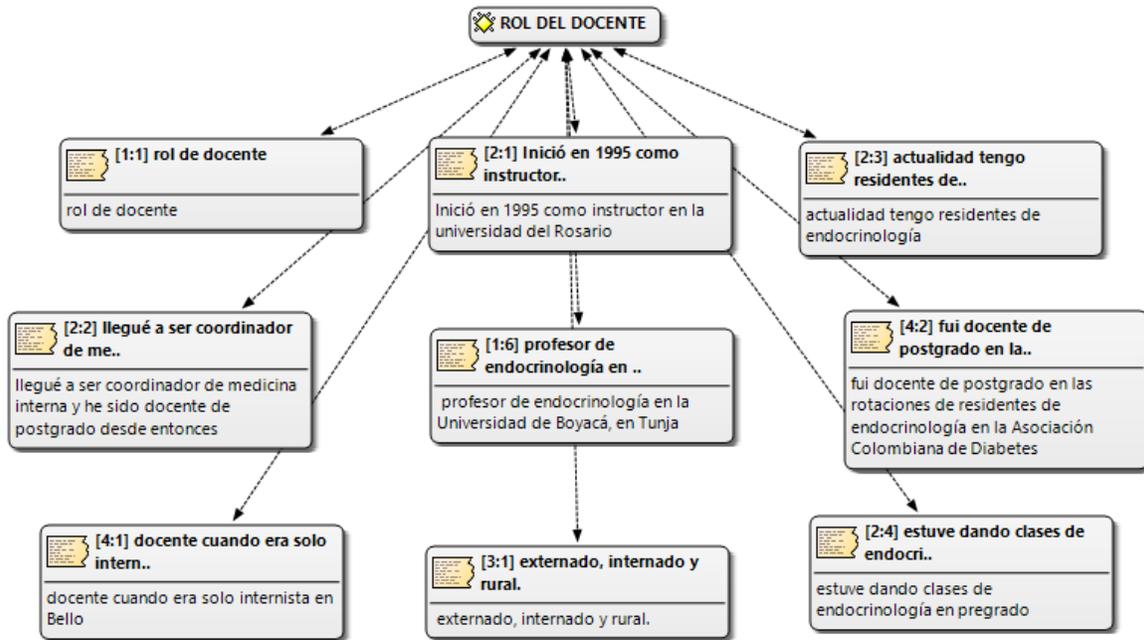


Fuente: elaboración propia

Los cuatro entrevistados tienen experiencia docente en pregrado y postgrado en el área de endocrinología en temas de diabetes, obesidad y trastornos de la tiroides, principalmente. La experiencia docente en la mayoría se aproxima a tres décadas ininterrumpidas.

También coinciden todos los entrevistados que los lugares donde han hecho la docencia son en los diferentes escenarios donde los profesionales en formación, que no solo son médicos, sino también de otras áreas del sector salud, se encuentran haciendo su práctica.

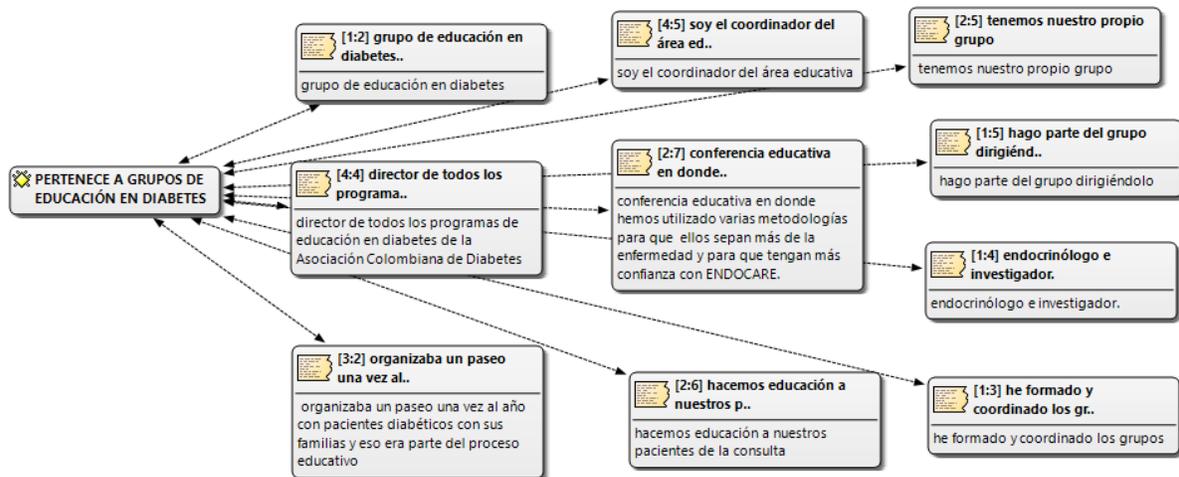
Gráfico 3. Rol docente de los entrevistados



Fuente: elaboración propia.

Los cuatro entrevistados hacen actualmente educación en diabetes en sus lugares de trabajo, no solo a los pacientes durante la consulta, sino también a su grupo familiar, así como también lo hacen a través de charlas grupales, ver Gráfico

Gráfico. 4. Pertenece a grupos de educación en diabetes



Fuente: elaboración propia.

Uno de ellos identificado con las iniciales IE, ha participado en la formación de educadores en diabetes, organizando más de 50 cursos dirigidos a profesionales de la salud que trabajan en diferentes instituciones y pertenecen o lo harán en el futuro, a grupos multidisciplinarios que posteriormente realizarán su labor con los pacientes que acuden para recibir atención.

5.3 Técnicas e instrumentos

Para este estudio se eligieron las entrevistas que se prepararon con anterioridad. Con relación al tema, Monje (2011), afirma:

Todas las entrevistas comparten una estructura básica en la que el investigador tiene las preguntas y el sujeto da las respuestas. Sin embargo, las entrevistas cualitativas a diferencia de las estructuradas, siguen el modelo de una conversación entre iguales, donde el propio investigador es el instrumento y no lo que está escrito en el papel: éste avanza lentamente al principio, intenta establecer

un rapport inicial, plantea preguntas no directivas, etc, aunque esto se lleve a cabo en situaciones preparadas (p.150).

La técnica seleccionada para la presente investigación es la entrevista en profundidad, que para Malhotra (2008), es no estructurada, donde se obtiene la información de manera directa para recolectar información más personal, el investigador es calificado y conoce a fondo el contenido en cuestión. Entrevista a su público individualmente, para conocer más sus motivaciones, creencias, actitudes y sentimientos acerca del tema que se está investigando.

Las entrevistas se grabaron con audio y fueron realizadas en los lugares de trabajo en Bogotá y Sogamoso, departamento de Boyacá, en las casas de los expertos y durante el mes de marzo de 2017. Dichas reuniones se fijaron de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de los profesionales, situación que dificultó bastante el cumplimiento de las citas porque, además de su actividad laboral, viajan con mucha frecuencia. Cada entrevista duraba aproximadamente una hora y 30 minutos y se utilizaron preguntas relacionadas con tres ejes temáticos, como son: concepciones sobre educación en salud, estrategias pedagógicas y competencias que debe tener el médico para educar en salud.

Los profesionales fueron notificados previamente y aceptaron la invitación a participar en esta investigación, así como también conocieron y aprobaron el consentimiento informado.

Para realizar el estudio de los datos obtenidos de las entrevistas en profundidad, se efectuaron redes semánticas con el software Atlas.ti, versión 7.0. Este software,

se utiliza para abrir la puerta al análisis de datos cualitativos, específicamente en procesos de investigación en áreas como la sociología, la antropología, y las ciencias de la salud. Mayorga, (2014).

5.4 Recolección de los datos

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de entrevistas a profundidad con 18 preguntas abiertas que pueden observarse en el anexo 1. Luego se procedió a transcribir los audios y posteriormente, se organizó la información tomando cada uno de los casos y siguiendo las tres categorías seleccionadas.

5.5 Transcripción de los datos

Luego de realizar las entrevistas en profundidad, se sistematizaron los datos obtenidos con el apoyo del software Atlas Ti versión 7.0, utilizado para el análisis cualitativo de datos textuales.

5.6 Categorización

Se contemplaron tres categorías: concepciones sobre educación en salud, estrategias pedagógicas y competencias que debe tener el profesional para educar en salud.

6. Análisis

En este apartado inicialmente se hace la descripción de las respuestas y posteriormente se realiza el análisis de datos.

6.1 Descripción de las respuestas

6.1.1 Caso 1. AR

Concepciones sobre educación en salud (salud, enfermedad, promoción y prevención).

Investigador: ¿Para usted qué es la educación en salud?

AR que es internista, endocrinólogo y además tiene doctorado en endocrinología, dice *“que educar en salud es no solo explicarle al paciente, a la familia y a la sociedad en que está, todo acerca de la enfermedad y el tratamiento, sino además motivarlos al cambio. Si hay algo que he aprendido en estos largos años, es que solo la información no consigue el efecto que uno quiera. Lo que logra ese efecto es el cambio. Pero la información es importantísima para motivarlos”*.

Investigador: ¿Para usted por qué es importante la educación en salud?

“Yo diría que prácticamente en todas las enfermedades es importante, si uno se pone a pensar en las que son fruto del trauma, como, los accidentes de tránsito, la violencia, las heridas por armas de fuego y cortopunzante, yo creo que ahí el papel de la educación es fundamental en la prevención, por ejemplo y luego en el manejo, el tratamiento y en la rehabilitación, o sea en todo esto está inmerso el papel de la educación que es fundamental. Yo creo

que una excelente cirugía, una prótesis carísima de alta tecnología no sirven para mayor cosa si junto con eso no va un proceso educativo, para sacarle el mayor provecho”.

“Si hablamos de las enfermedades infectocontagiosas que son otro grupo, pues ahí sí que salta a la vista de manera muy obvia cómo es de importante la educación en salud para prevenirlas y luego para tratarlas, para que se tomen el antibiótico adecuadamente, que sea por el tiempo indicado y a la dosis prescrita. Como nos evitaríamos problemas y costos de los que estamos sufriendo en estos momentos por resistencia bacteriana por ejemplo por los antibióticos, si hubiéramos hecho un proceso educativo adecuado en la comunidad, en la gente, que evitara el mal uso de los antibióticos que ya nos está causando tantos problemas de salud”.

La educación en salud para el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles es fundamental, pues para AR *nada se puede hacer si ese proceso no va concomitante con el tratamiento médico.*

Investigador: ¿Cuáles son las principales dificultades en el momento de educar para la salud?

Aún hay mucho desconocimiento en la sociedad, pacientes y profesionales con respecto a la importancia que tiene la educación en salud. AR: *cuando uno habla algo educativo, le dicen vaya al grano, entonces se le da la mayor relevancia a la cirugía, a los medicamentos y a todo lo tangible, pero a la educación la ven como superflua... Me parece fundamental que los que estamos convencidos que la educación es importante, generemos*

evidencia. Sobre todo quienes podemos investigar, tenemos que demostrar con números, la eficacia de la educación.

Investigador: ¿Qué elementos considera usted que son importantes a tener en cuenta para superar estas dificultades?

AR: lo más importante es que las personas que trabajan en educación en salud y que además estén vinculadas con centros de investigación o universidades, logren objetivizar los beneficios de la educación y se cuantifique.

“Me parece fundamental que los que estamos convencidos que la educación es importante, debemos generar evidencia. Sobretudo quienes podemos investigar, tenemos que demostrar con números, la eficacia de la educación. Yo tengo que demostrar que mi programa educativo baja la hemoglobina glucosilada, la glucemia en ayunas, mejora el colesterol, los triglicéridos, baja el índice de masa corporal y la presión arterial. A largo plazo, no sé, me supongo que baja la mortalidad, las hospitalizaciones o en datos concretos, de esos que les gusta a los ordenadores del gasto, baja los costos”.

Estrategias pedagógicas

Investigador: ¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?

AR: “muchos años. Llevo 31 años como médico, de los cuales una gran parte dedicado en educación en salud. Esto no lo aprendí en mi formación profesional, esto lo vine a saber más por la experiencia de que si no le explico al paciente, que si no convengo a la familia, él no sale adelante”.

AR: *“estoy convencido de la importancia de la educación para la persona con diabetes: “como decía Joslin, que la educación no es parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento. Así yo podría decir hoy, después de tantos años de experiencia que sin educación no hay tratamiento posible efectivo para enfermedades como la diabetes”.*

Elliot Joslin fue un médico norteamericano, pionero a principios del siglo pasado en investigación en diabetes y en educación al paciente para empoderarlo en su tratamiento.

AR: *“una estrategia de convencimiento al paciente es el ejemplo, no solo es valioso dar el mensaje verbal o escrito, sino el ejemplo y la evidencia. Si el médico dice al paciente que el ejercicio sirve, el profesional debe practicarlo”.*

AR: *“si el estudiante de medicina sale de la universidad sin ser practicante de buenos hábitos de vida que favorezcan la salud, daría la sensación de que en realidad no logró pasar por la facultad de medicina y no se convenció de eso”.*

Investigador: *¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?*

AR: *“la estrategia que resulta ser más importante es estar convencido de lo que se dice... Yo creo que una cosa muy importante es que si uno quiere vender el mensaje es estar convencido de lo que está diciendo y eso vale tanto para los pacientes y la sociedad, como para los estudiantes en formación... Así es estar convencido de que la educación es importante, pero también que se viva”.*

AR: “educar en salud es hacerlo en cambios positivos de comportamiento saludable, que incluye no solamente nutrición, actividad física y manejo de estrés, sino además cosas como por ejemplo sueño y medio ambiente saludable. No habrá salud para nosotros si seguimos maltratando el medio ambiente. Cosas como esas deberían hacer parte de nuestro entrenamiento, o sea como médico yo esperaba hoy en día 30 y pico de años después de haber salido de la facultad de medicina, que esta estuviera enseñando usar las herramientas prácticas para tratar a los pacientes, sino que estuvieran ayudando hacer en mí mismo ese cambio hacia estilos de vida saludable, para que yo después lo trasmita a mis alumnos, a mis pacientes o a otros profesionales de la salud”.

Investigador: ¿Qué fuentes consulta para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?

AR: “las páginas web de la Asociación Americana de Diabetes, la Federación Internacional de Diabetes y otras más”.

Competencias

Investigador: ¿Se está formando al médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar su rol de educación en salud? Explique.

AR dice que no, “Yo creo que en lo que estamos fallando es en que no sabemos utilizar la herramienta fundamental en el tratamiento que es la educación. Si desde las escuelas de medicina no se logra que el médico en

formación salga con el concepto que la educación es tan importante, no hacemos nada”.

AR: “el médico no va a convencerse que eso de la educación es significativo si no se tienen cifras y números, que es la manera como aprende que las cosas son importantes en medicina. Si en procesos de investigación no logramos cuantificar, va a ser difícil que las nuevas generaciones se convenzan del asunto. Si tenemos eso, tal vez logremos cambiarlo”.

Investigador: ¿Cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?

AR: “primero que todo hay que convencerlos de la importancia de esto ... hay que enseñarlos y motivarlos a hacer ellos mismos el cambio. Yo creo que si el mismo médico hace el cambio en su diario vivir hacia estilos de vida saludable, yo creo que está adquiriendo una manera fácil y práctica de luego aplicarlo, más que la teoría, por supuesto que también debemos entrenarnos en algunas habilidades de educación porque esto implica comunicar”.

Para AR contar con el tiempo para educar también es importante tenerlo en cuenta, así como saber competencias en técnicas de comunicación y en otras para cambiar comportamientos. Por supuesto, también es importante para él conocer el tema en profundidad.

Investigador: ¿Cuáles sería las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?

Entrenar los estudiantes en talleres prácticos es para AR muy importante, así como *“tener en cuenta conocimientos y habilidades técnicas*

del ejercicio de la medicina, por ejemplo si se le da el tema de la comunicación asertiva, no solo debe ser teórica, sino práctica con talleres, donde el mismo estudiante se escuche y se vea en un video, cómo es su actitud y luego que los expertos en comportamiento nos enseñen de qué manera convencer al paciente, para que la educación repercuta en un cambio concreto. Igualmente es importante que el profesional haya hecho el cambio".

Investigador: ¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículum de medicina qué lugar ocuparía la educación en salud y por qué?

Para AR el lugar que ocupa la educación en salud en el currículo es prominente. "Me parece que en todo tipo de enfermedades, transmisibles o no y en todo lo traumático. La inversión en educación es una acción costo efectiva. Debe hacerse investigación bien organizada en universidades, con todas las de la ley para demostrar esto que es costo efectivo. Me parece que es muy importante estandarizar y ponerse de acuerdo".

Así mismo a AR le parece importante estandarizar la educación... "qué es lo que hay que decir, de qué manera, cada cuánto decirlo y cómo evaluarlo. Entonces una de las grandes dificultades de la educación, para poder tener evidencia, es que tengo que empaquetarla como si fuera un medicamento, es una dosis. Eso no es solo vaya y haga educación, como estábamos diciendo hace unos años, vaya haga ejercicio, ejercicio prescrito, una dosis de este con una modalidad, una frecuencia específica, intensidad, todo dosificado. Así, que cuando se llegue a ese punto es que para él se logra progresar".

AR: *“si logramos estandarizar la fórmula del proceso de educación, que es así, que debe transmitirse y evaluarse así; ahí podríamos dar la dosis de educación estándar y si todos lo hacemos de manera similar, podemos hacerle seguimiento, mejorarla y cuantificar los resultados. Es un poco ambigua la cosa. Creo que ahí está uno de los grandes retos de los que trabajan en educación”.*

6.1.2 Caso 2. EH

Concepciones sobre educación en salud (salud, enfermedad, promoción y prevención).

Investigador: ¿Para usted qué es la educación en salud?

Una opinión particular es la de EH que es igualmente internista y endocrinólogo que se formó en pregrado y postgrado en la misma universidad y que ahora montó su propio centro de investigación y de educación, que además ejerce la docencia, dice que *“para los médicos es la preparación en especialidades o habilidades específicas y en sus especialidades para lograr un mejor desempeño para el paciente”*.

Para el paciente educación en salud *“es el conocimiento de la enfermedad y de su rol como gerente de ella. Es el que toma las decisiones y el que hace que se ejecuten en torno de su salud, y si no llega a esa posición de entender que tiene que hacer eso, nunca va a lograr realmente ganar una pelea en enfermedades como la diabetes o la obesidad, en donde son decisiones de comportamiento y que tienen que ser mantenidas a lo largo del tiempo, no solamente puntuales. La decisión para otras enfermedades como es tomarse un nuevo medicamento exigen lo mismo, pero un menor grado de compromiso, porque es más fácil en un momento del día tomarse el medicamento. Es más fácil eso que además de eso tenga que cambiar los estilos de vida”*.

Investigador: ¿Para usted por qué es importante la educación en salud?

Para EH es importante que el paciente conozca bien su enfermedad porque “hay unas que no se manifiestan con síntomas, entonces desconocer el proceso puede llevar al paciente a que se deteriore; en cambio si se le hace educación, éste sabría a qué atenerse y en el futuro no padecería las complicaciones crónicas. Es mucho más fácil que el paciente decida tomar una conducta de cambio, a cuando una enfermedad es silenciosa y hace daño, que cuando ya es evidente por el paciente, pues ya es demasiado tarde, entonces es la única manera de hacer una prevención adecuada. Yo creo que ese es el rol más importante de la educación”.

La educación en salud para el grupo de enfermedades crónicas no trasmisibles para EH es fundamental. El “que se pueda alertar a las personas de qué está sucediendo y va a pasar si no cambia, pero también darle las opciones al paciente de poder cambiar y de esa manera prevenir problemas más grandes”.

Investigador: ¿Cuáles son las principales dificultades en el momento de educar para la salud?

Aún hay mucho desconocimiento en la sociedad, pacientes y profesionales con respecto a la importancia que tiene la educación en salud.

EH: “la principal dificultad es primero que uno mismo entienda la importancia que tiene la educación. Todo esto porque durante la formación básica no enseñan este tema, sobretodo en enfermedades crónicas, de hecho, un

grave error de la educación es que aprendemos en hospitales a ver complicaciones, pero no en sitios en donde se previenen las complicaciones”.

“Por lo menos en mi facultad, el énfasis en la consulta externa era mínimo y era hecho de una manera marginal, la importancia del seguimiento del paciente no era muy grande y resulta que es lo que termina uno haciendo, porque pretende prevenir y cuando se cansa de estar manejando complicaciones, es lo que se dedica a hacer el resto de la vida. Entonces, la primer dificultad es esa, que el profesional entienda la importancia de la educación en salud”.

La segunda dificultad es que se entienda que el rol protagónico no lo tiene el médico, sino el paciente. “Uno sale endiosado pensando que uno da una orden y esta se cumple y la enfermedad se va, cosa completamente falsa, porque cada paciente toma sus decisiones según sus preconceptos, según sus conceptos, según logre uno cambiar alguno de esos conceptos y toma la decisión de si hace o no y toma unas decisiones iniciales y con el tiempo su decisión se va matizando según su experiencia o según las circunstancias, de tal manera que para una enfermedad crónica es mucho más complejo mantener el conocimiento de lo que tiene que hacer para mantener la convicción y entonces no parar en ese sentido”.

“La tercera dificultad, es la falta de tiempo durante la consulta, “además, no aprendemos a trabajar en grupo, cuando no se trabaja en grupo adecuadamente, no hay confianza en otras profesiones que se han

entrenado a veces mejor que el médico para hacer educación. Cuando uno logra entender que esto es importante, entonces tiene que hacer un cambio en su mente y en la manera de trabajar para poder apropiarse del tiempo necesario, alistarse con herramientas educativas y pedagógicas adecuadas para llevar un proceso de cambio en el paciente y eso requiere esfuerzo económico y tiempo. La cuarta dificultad, es hacerle entender a los administradores de salud el valor de la educación”.

Para EH, el paciente es quien decide por su vida, es el que se empodera de su salud y así mismo saca adelante su tratamiento.

Investigador: ¿Qué dificultades hay del lado de los educandos?

EH: “una dificultad es que los pacientes deben entender que no hay remedios milagrosos, que realmente el que produce el milagro es él mismo al cambiar su comportamiento”.

EH: “otra dificultad está en su entorno... Generalmente uno tiene que educar, no solo al enfermo, sino también a su cuidador y a la familia porque son esas personas, no educadas, las que van a sacar al paciente de su decisión de hacer un cambio en la vida. De tal manera que tienen que influir todas las personas a su alrededor”.

Investigador: ¿Las instituciones apoyan la educación en salud?

EH: “en el caso de las instituciones que pagan, en general no lo apoyan muy bien o lo hacen de una manera discreta porque no le ven el verdadero valor.

En cambio, las instituciones de carácter nacional, considero que tienen una gran deficiencia, una gran deuda de educar a la gente, mucho del presupuesto de promoción y prevención termina quedando, ni siquiera sin gastar, no es un problema de costos, sino es un problema de ignorancia”.

Investigador: ¿Qué elementos considera usted que son importantes a tener en cuenta para superar estas dificultades?

EH: “la toma de conciencia de todos los actores del sistema, en primer lugar. En segundo son los cambios de políticas de salud y de educación de Colombia... porque una educación debería pasar no solamente por el Ministerio de Salud y las políticas de salud como tal, sino las políticas educativas en cuanto a los contenidos de vida saludable”.

EH: “con relación a entidades públicas o privadas que tienen planes de beneficios de salud... Sería ideal poder concientizarlos de la necesidad de la educación y el poder y el valor de la economía de costos de tal manera se motivarían a apropiarse presupuestos adecuados y a hacer planes robustos de educación”.

EH: “los profesionales de salud en formación deberían... tener prácticas en los lugares donde se haga educación en salud y no restringirse a lo hospitalario únicamente, sino que tienen que ir al ambiente ambulatorio, porque la educación en general no se hace en los hospitales”.

Estrategias pedagógicas

Investigador: ¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?

EH: “Cerca de treinta años y ahora realicé un diplomado en docencia universitaria y un curso sobre educación basada en casos”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?

EH: “la primera estrategia está en la consulta, que pese a tenerse poco tiempo, es el momento en el que el profesional de la salud puede explicarle al paciente todo acerca de su tratamiento hasta que lo entienda y quede comprometido a hacerlo. Son dos puntos, uno es que entienda qué y otro, porqué tiene que hacerlo. El caso por ejemplo de una dieta, les pedimos que tomen foto de la dieta actual, entonces lograr por lo menos que fotografié las imágenes, es el primer paso y ha resultado ser una herramienta poderosa, porque el mismo paciente reflexiona cuando ve las fotografías, inclusive llega con el ánimo de cambio y dice yo no me imaginaba que comiera tanta porquería”.

EH: “una segunda parte de las estrategias usadas es la negociación... esto crea una apertura hacia la personalización de los tratamientos que hace que los pacientes se sientan realmente parte de la solución y tengan en cuenta que sus individualidades van a ser importantes, tanto como el cambio de un balance calórico. Cuando los pacientes sienten que tienen derecho a

negociar y logran entender a qué vienen y están motivados a negociar y a cumplir con lo que se comprometieron. Es un cambio de actitud totalmente distinto a recibir, por ejemplo, un plan nutricional preespecificado, que el paciente va con toda la voluntad a tratar de cumplirlo, pero al par de semanas está hastiado y lo archiva y se olvida de ello”.

EH: “otra estrategia usada es la de tener unas respuestas preparadas, ejemplos y casos para que las personas entiendan la dimensión del cambio... porque muchas veces hay un concepto general acerca de cambiar, pero se ve una barrera inmensa en las posibilidades de hacerlo”.

Por otro lado, con relación a los grupos son otras estrategias las que resultan ser muy efectivas:

EH: “nosotros usamos dos estrategias que han dado buenos resultados y son las del paciente monitor o guía. Consiste en elegir uno que lleva bastante tiempo en tratamiento y lo hace bien, que ha vivido muchas situaciones que los pacientes nuevos apenas comienzan a experimentar, él es un par, él se sienta en el mismo salón donde están los otros e interviene cuando ellos tienen dudas, entonces él contesta: yo pensaba lo mismo que usted y mire como me ha ido de bien. Eso tiene más valor que cien explicaciones que le dé el médico”.

EH: “otra estrategia importante son los mapas de conversación que consiste en un tablero de juego del tamaño de una mesa de comedor en donde se ven reflejados momentos que viven los pacientes y sirve para hacer reflexiones

de lo que ellos están viviendo en cada uno de los estadios de la diabetes o de las enfermedades que la acompañan”.

El reconocimiento de la importancia que tiene la educación es fundamental, porque no solo es saber del tema, sino conocer cómo se transmite y además hacer el seguimiento del proceso de aprendizaje con retroalimentación y evaluación.

Investigador: ¿Cuáles considera usted que son más efectivas?

EH: “son las cortas pero sustanciosas... es decir, las que suceden en la relación médico paciente durante la consulta personalizada. En cambio para grandes grupos las anotadas arriba (mapas de conversación, charlas y casos)”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas considera usted indispensables para enseñar a los profesionales en formación, para que las usen como herramientas en la educación de sus pacientes?

EH: “lo primero es que la reflexión del conocimiento de la educación como una ciencia en sí misma, tan importante como cualquier otra rama del conocimiento del médico. Cuando el médico se da cuenta que es tan importante saber anatomía, fisiología o farmacología como la teoría de la educación, cuando se da cuenta que la gente no es un papel en blanco donde se puede escribir, donde existe todo un conocimiento de cómo se aprende, entonces se entiende que no salimos preparados para tenerla y es comprender que no es tan fácil simplemente educar porque yo sepa algo,

una cosa es saber y otra es ser capaz de que ese concepto sea comprendido, creado y cambia actitudes en la persona que uno pretende educar”.

Por otro lado, para educar a los médicos en formación, EH dice que: *“se hacen grupos en los que uno de ellos lleva más tiempo dedicado al tema, tiene más experiencia y los otros que inician en el aprendizaje lo reciben de ellos, así, se transmiten modelos”.*

Investigador: ¿Qué fuentes consulta para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?

EH: *“en general, las fuentes médicas, pero toca traducirlas en las palabras de los pacientes. En general uso páginas web institucionales”.*

Competencias

Investigador: ¿Considera importante formar al médico general con competencias necesarias para ser educador en salud?

Es indispensable. Para EH *“si un médico no es educador el modelo de salud no puede funcionar, tiene que serlo a veces para otros médicos, porque su rol en un momento dado debe ser enseñar a sus pares. De la misma manera debe saberlo hacer para los demás profesionales de la salud. También debe serlo para otros profesionales de la salud y además debe saber trabajar en equipo. El médico general es el líder y debe conocer las habilidades de su equipo, si desconoce estas habilidades, está cometiendo un error”.*

Investigador: ¿Se está formando al médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar su rol de educación en salud? Explique.

EH: “falta mucho por hacer en este tema... El médico general recibe poca o ninguna educación formal sobre las teorías de la educación y de cómo formar conocimiento y ayudar a que los demás lo hagan, reciben más educación a través de ejemplos, que muchas veces son inadecuados, porque dependen de los profesores que le toquen y de las competencias que ellos tengan en educación y muchas veces son competencias anticuadas y antipedagógicas. Además los espacios donde ellos tienen contacto con la comunidad son demasiado breves y a eso deberían hacerle mayor énfasis”.

Investigador: ¿Cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?

Para EH el tema es no solo saber cómo se educa, “es tener estrategias concretas y saber cómo se lidera un equipo, conocer las potencialidades de los actores del equipo que van a tener a su disposición y mantener el ánimo y cómo hacer una sincronía de esfuerzos para que sea efectivo el programa”.

Investigador: ¿Cuáles sería las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?

Para EH, “lo primero es incluirlo dentro del pensum de una manera clara, lo segundo incluir en grupos que hagan educación en salud, lo tercero

enseñarles estrategias ya sea mediante las propias que aprenden y talleres formales para desarrollo de habilidades y práctica”.

Investigador: ¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículum de medicina qué lugar ocuparía la educación en salud y por qué?

EH: “lo plantearía en el primer momento...Ya hay en el modelo de medicina basada en problemas el rol del educando en salud, complementando los temas de los pares. Cambiaría el programa del contacto con las comunidades para que fuera más continuo y mejor estructurado para lograr un mejor resultado”.

6.1.3 Caso 3. HY

Concepciones sobre educación en salud (salud, enfermedad, promoción y prevención).

HY es también internista y endocrinólogo, tiene su propia IPS en donde hace investigación, docencia y educación en diabetes.

Investigador: ¿Para usted qué es la educación en salud?

HY: “es conocer la pedagogía en salud, es decir, conocer la manera de transmitir el conocimiento en forma efectiva”.

Investigador: ¿Para usted por qué es importante la educación en salud?

“Los que hemos enseñado estos años, no hemos tenido estudios en educación. Pero a la fecha ya existen programas de formación de profesores en salud”.

Investigador: ¿Cuáles son las principales dificultades en el momento de educar para la salud?

“Aún hay mucho desconocimiento en la sociedad, pacientes y profesionales con respecto a la importancia que tiene la educación en salud”.

Investigador: ¿Las instituciones apoyan la educación en salud?

HY afirma “que los médicos no están preparados para hacer un mensaje, trasmitirlo, analizarlo y posteriormente ver el impacto.” Por lo que

es indispensable que el profesional de la salud tenga nociones de comunicación en el transcurso de su formación académica.

Investigador: ¿Qué dificultades hay del lado de los educandos?

HY: “en el área médica, el educando lo veo menos preparado en recibir formación humanística, en cambio muy bien en tecnología”.

Investigador: ¿Qué elementos considera usted que son importantes a tener en cuenta para superar estas dificultades?

HY: “que se profesionalice el título o el conocimiento de transmitir educación, es decir, que haya un título”.

Estrategias pedagógicas

Investigador: ¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?

HY: “tengo experiencia de muchos años porque hacemos educación individual e institucional a grupos y de estudiantes de medicina de las universidades la Corpas y el Rosario. Allí dicto endocrinología”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?

HY: “es importante primero tener la atención del educando en la relación médico paciente, al estilo Mockus, esto es fundamental y después el mensaje

a través de símbolos, no transmitirles una instrucción, sino un cuento, un acto, es decir a través de un instrumento educativo transmitirle un conocimiento”.

El reconocimiento de la importancia que tiene la educación es fundamental, porque no solo es saber del tema, sino conocer cómo se transmite y además hacer el seguimiento del proceso de aprendizaje con retroalimentación y evaluación.

Investigador: ¿Cuáles considera usted que son más efectivas?

HY: “usar algo de lúdica durante la educación que se hace y dar conclusiones. También dar la oportunidad al educando que pregunte, comente y haga una retroalimentación”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas considera usted indispensables para enseñar a los profesionales en formación, para que las usen como herramientas en la educación de sus pacientes?

HY: “resultan ser más efectivos el uso de medios audiovisuales, el tablero, un acto teatral o talleres, entre otros...También son de gran ayuda los videos y una prueba inicial para saber qué conocimientos tienen y una final para ver qué adquirió al terminar la charla”.

Investigador: ¿Qué fuentes consulta para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?

HY: “consulto libros específicos, páginas web especializadas como la de la Asociación Americana de Diabetes, en tiroides también tenemos para

pacientes, en general toda esa información que transmitimos a los pacientes tienen un soporte bibliográfico científico”.

Competencias

Investigador: ¿Considera importante formar al médico general con competencias necesarias para ser educador en salud?

HY: “*en Colombia la política del Ministerio es que el médico familiar y general lideren la salud y ellos deben tener una preparación para dar educación en salud”.*

Investigador: ¿Se está formando al médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar su rol de educación en salud? Explique.

HY ve en sus alumnos un porcentaje bajo de interés por temas de educación, muy diferente a cuando él se formó como médico que era cercano al 90%.

Investigador: ¿Cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?

Que el médico general sepa todo acerca del proceso educativo, opina HY “*de pronto es que asumen que por el solo hecho de ser médicos ya pueden darla y no tienen ninguna preparación técnica como lo tiene la profesión del educador, si no se sientan frente al paciente e inician la*

educación sin el sustento, no tiene el proceso educativo". Entonces está convencido que deben hacer una formación en educación adecuado.

Investigador: ¿Cuáles sería las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?

HY: "las autoridades probablemente sepan que esto de la educación médica es muy importante, pero no lo han implementado, no sé si es por falta de regulación del Ministerio de Educación o de Salud. Si lo regulan ellos, sería muy fácil que se incorpore en el currículo o que digamos no hay una conciencia general, tanto gubernamental como de las universidades, de que el proceso educativo requiere profesionalización y no es que el solo hecho de ser profesional del área de la salud ya significa que es un educador en salud y no es así".

Investigador: ¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículum de medicina qué lugar ocuparía la educación en salud y por qué?

HY: "lo plantearía por temas y la obesidad ocuparía un lugar preponderante. Él opina que paradójicamente siendo una enfermedad tan importante, hay facultades que no tienen clase de obesidad, siendo esta una de las enfermedades más comunes en el país... Seleccionaría las patologías más comunes como la obesidad, diabetes, hipertensión, colesterol, enfermedades infectocontagiosas y de nutrición. El médico educaría a los pacientes y se le calificaría su práctica como cualquier otro curso con trabajos que deba hacer en procesos educativos, pero con temas grandes".

6.1.4 Caso 4. IE

Concepciones sobre educación en salud (salud, enfermedad, promoción y prevención).

Investigador: ¿Para usted qué es la educación en salud?

“Es el proceso por medio del cual se le enseña a los pacientes cómo son las enfermedades y todo lo que conllevan”.

Investigador: ¿Para usted por qué es importante la educación en salud?

“La educación en salud es importante en el manejo de los pacientes, no solo para la diabetes, sino para todas las enfermedades”.

Investigador: ¿Cuáles son las principales dificultades en el momento de educar para la salud?

Aún hay mucho desconocimiento en la sociedad, pacientes y profesionales con respecto a la importancia que tiene la educación en salud.

Para IE, que es también internista y endocrinólogo, que tiene su propio instituto de diabetes, endocrinología y es docente universitario: *“hay dificultades desde el paciente... Es la resistencia misma de las personas a aprender y a querer adquirir conocimientos nuevos”.*

IE: *“desde el punto de vista de los médicos también hay dificultad para educar... están dedicados solo atención de enfermedad, poco en temas de*

prevención y no están capacitados, no tienen las competencias para ser educadores en salud y específicamente en diabetes”.

Investigador: ¿Las instituciones apoyan la educación en salud?

Con relación al tema de institucionalidad, IE afirma que: “las instituciones no tienen realmente una infraestructura para dar educación en diabetes. Lo que uno pensaría sería que toda EPS o IPS tenga organizado equipos, unidades y centros de diabetes dentro de los cuales educadores en diabetes tengan un papel importante en esto”.

Con relación a las dificultades que se encuentran desde el punto de vista gubernamental, IE afirma “que no hay normas que obliguen al sistema de salud a dar educación en diabetes, tanto es el problema que ni siquiera tiene reconocimiento económico. En Colombia la educación es gratuita. Las EPS organizan grupos de educación y a través de reuniones de grupos se genera un pago secundario”.

Investigador: ¿Qué elementos considera usted que son importantes a tener en cuenta para superar estas dificultades?

IE: “la educación debe ser dirigida de acuerdo con el nivel intelectual del paciente, con su tipo de diabetes y de edad. En cambio, por parte de los médicos, a nivel de formación universitaria debería haber más dedicación en esa parte, de darle más competencias de los temas de diabetes. Con respecto a las IPS y EPS deberían organizar equipos, unidades y centros de diabetes, de acuerdo con el nivel de servicio, primario, secundario y terciario.

En cada unidad, debería haber educadores en diabetes. Por otra parte, el gobierno debería obligar a que haya una educación formal en los servicios de salud”.

Estrategias pedagógicas

Investigador: ¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?

IE: “cercana a los treinta años educando”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?

IE: “el contacto directo con pacientes, charlas, conferencias que hablen de la enfermedad en general y prevención de diabetes”.

Investigador: ¿Qué estrategias pedagógicas considera usted indispensables para enseñar a los profesionales en formación, para que las usen como herramientas en la educación de sus pacientes?

IE: “para los médicos debería haber unos módulos prácticos para que aprendan de esto. Así como rota en una sala de cirugía o partos, debería rotar en los sitios donde hay educación en diabetes”.

Investigador: ¿Qué fuentes consulta para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?

IE: *“las páginas web de la Asociación Americana de Diabetes y la Federación Internacional de Diabetes”.*

Competencias

Investigador: ¿Se está formando al médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar su rol de educación en salud? Explique.

IE: *“no. Porque las universidades no dan ningún entrenamiento en educación a los médicos en formación”.*

Investigador: ¿Cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?

Para IE la primera *“es que aprenda la diferencia que hay entre educar e informar. Que se le enseñe todo acerca de cómo educar. La segunda es sobre el tema de diabetes, todo lo relacionado con la enfermedad”.* La dificultad que él encuentra es el factor tiempo.

Investigador: ¿Cuáles sería las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?

IE: *“hay un sistema bueno que se llama el juego de roles, entonces se pone a los estudiantes de medicina a que hagan de pacientes y cómo se comportarían como tal. Es como un dramatizado.”*

IE: *“que puede enseñarse a hacer talleres y conferencias, aunque piensa que deben usarse lo mínimo. Lo ideal es hacer el proceso educativo al*

paciente de una forma individualizada, tal como lo realiza en su lugar de trabajo y si hay vacíos en alguna área se remite a la especialidad para que el profesional le haga su entrenamiento individualizado”.

Investigador: ¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículum de medicina qué lugar ocuparía la educación en salud y por qué?

Para IE un lugar preponderante. Si fuera como cátedra independiente dice que *“debería organizarse para un semestre donde se hable diferentes temas, porque no solo es de diabetes, también EPOC, artritis reumatoidea u obesidad, entre otras, que requieren educación”.*

6.2 Análisis de datos

Concepciones sobre educación en salud (salud, enfermedad, promoción y prevención).

Los entrevistados están de acuerdo en que la educación en salud es importante para prevenir enfermedades, así como también para motivar al cambio, no solo al paciente para que contribuya a que su enfermedad esté controlada y se prevengan complicaciones, sino también al ámbito familiar para que se incorporen los hábitos de vida saludables en el diario vivir y así se logre un entorno que promueva la salud y, además apoye a la persona en su cambio.

En este sentido, la educación terapéutica ayuda a las personas a aprender, desarrollar y adaptar comportamientos con el objeto de mejorar sus parámetros de salud, también se ha sugerido que la educación a pacientes mejora las experiencias hospitalarias al disminuir el dolor y la ansiedad, Molina, Valencia-Urbe y Aguelo-Rojas, (2017).

Así, la educación en salud se convierte en una herramienta útil para hacer promoción de la salud y prevención de las enfermedades o sus complicaciones, por eso aquí precisamente se observa la diferencia que hay entre prevención y promoción, pues la acción preventiva está dirigida a la enfermedad o a los factores de riesgo relacionados, en cambio la promoción tiene como eje la salud, que es sinónimo de bienestar biopsicosocial (Gómez, *et al*, 2012).

AR: *“así yo podría decir hoy, después de tantos años de experiencia que sin educación no hay tratamiento posible efectivo para enfermedades como la diabetes”.*

EH: *“es importante que el paciente conozca bien su enfermedad porque hay unas que no se manifiestan con síntomas, entonces desconocer el proceso puede llevar al paciente a que se deteriore”.*

IE: *“la educación en salud es importante en el manejo de los pacientes, no solo para la diabetes, sino para todas las enfermedades”.*

En este trabajo se profundizó en el tema de educación en diabetes, pero también se resalta la importancia que tiene no solo para esta enfermedad, sino para la formación relacionada con otras enfermedades. Un ejemplo de esto es la hipertensión arterial, que tiene como característica ser asintomática, lo que hace que los pacientes no se interesen por su salud, distinto a las enfermedades que afectan la calidad de vida, en cuyo caso los pacientes se preocupan y buscan asistencia médica y también información al respecto, Molina, Valencia-Urbe y Aguelo-Rojas (2017).

Lo ideal es que las personas aprendan a vivir en entornos saludables, que sepan comer, hacer actividad física y que supriman todo lo que les produce daño, pues así se lograría hacer un cambio en las tendencias epidemiológicas. De acuerdo con la FID (2015), actualmente existen en el mundo cerca de 415 millones de personas adultas con diabetes y se estima

que si no se hace algo para prevenirla, para 2040 serán 642 millones los afectados.

Con relación a las ENT, la OMS (2015) indica que se ha visto la necesidad de hacer un esfuerzo entre diferentes sectores como la salud, finanzas, educación agricultura y planificación para reducir los riesgos asociados a dichas enfermedades, así como a promover intervenciones que puedan prevenirlas y controlarlas, como son la reducción de los factores de riesgo modificables más comunes, específicamente el consumo de tabaco, las dietas mal sanas, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol.

La educación en salud también es importante para que el paciente conozca todo acerca de la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades, pues así es mucho más fácil lograr cambios de conducta que si no se tuviera información. Es más sencillo que las personas se acerquen a estos temas, para que además se empoderen de su salud y así se prevengan enfermedades. *“Una opinión particular de EH, es que la educación para el paciente es el conocimiento de la enfermedad y de su rol como gerente de ella”.*

De acuerdo con Pithon (2009) y Saavedra (2015), los pacientes en la medida de que conocen la enfermedad van adquiriendo autonomía y de esta manera ellos mismos se empoderan y contribuyen a su autocuidado y por ende de su tratamiento, lo que representa prevenir las complicaciones.

Independientemente de que la persona esté o no enferma, una labor importante del médico es motivarla para que se haga revisiones de su estado de salud. El solo hecho de realizarse chequeos rutinarios permitiría detectar patologías tempranamente y por lo tanto establecer un tratamiento oportuno.

Por otro lado, hay desconocimiento de la importancia que tiene la educación en salud entre los pacientes, sociedad e incluso entre profesionales, por lo tanto es una tarea de los interesados en el tema, de hacer investigación para demostrar su valor, tal como lo afirma AR a quien le parece que *“lo más importante es que quienes estamos metidos en estos procesos de educación en salud y de alguna manera vinculados con centros de investigación o universidades, que logremos objetivizar los beneficios de la educación y cuantificarlos”*.

Luego de estas consideraciones, sacadas a partir del análisis de las respuestas se presenta la Tabla 4 con una sinopsis del análisis cualitativo sobre la primera categoría.

Tabla 4. Resumen de información acerca de concepciones en educación en salud

Pregunta	Análisis cualitativo
¿Qué es la educación en salud?	Es evidente que los entrevistados tienen claro el concepto de educación en salud, pero el énfasis que hacen es que no solo debe explicársele a los pacientes, familia y sociedad todo acerca de la enfermedad y su tratamiento, también deben motivarse al cambio.

<p>¿Por qué es importante la educación en salud?</p>	<p>Los entrevistados están de acuerdo con que la educación en salud es muy importante y no solo para la diabetes, sino para todas las enfermedades, porque esta es una herramienta fundamental en la promoción de la salud y prevención de ellas y de sus complicaciones.</p>
<p>¿Qué importancia tiene la educación en salud en el tema de las ENT?</p>	<p>La educación en salud en ENT es fundamental, nada se puede hacer si ese proceso no va concomitante con el tratamiento médico. Es importante el que se pueda alertar a las personas de su estado de salud, decirles lo que sucedería si no cambian y lograr que ellos mismos se empoderen de su salud.</p>
<p>¿Cuáles son las principales dificultades, por parte del profesional de la salud, que usted encuentra al hacer educación en salud?</p>	<p>Aún hay mucho desconocimiento en la sociedad, pacientes y profesionales con respecto a la importancia que tiene la educación en salud y el tiempo no es suficiente para la educación.</p>
<p>¿Qué dificultades hay del lado de los educandos?</p>	<p>Los pacientes, con frecuencia presentan resistencia a los cambios.</p> <p>Los pacientes deben entender que realmente son ellos mismos quienes tienen que cambiar su comportamiento, esto obtiene resultados sorprendentes en su salud.</p> <p>El entorno cuando no es educado, se convierte en una amenaza para la salud del paciente.</p>
<p>¿Las instituciones apoyan la educación en salud?</p>	<p>Es importante hacerle entender con estudios serios a las entidades de salubridad, el valor que tiene la educación en salud.</p>
<p>¿Qué soluciones considera usted pertinentes para</p>	<p>Que los beneficios de la educación en salud se estudien y cuantifiquen, es ideal para que se le reconozca la importancia que merece dicha práctica.</p>

superar dificultades?	estas	
--------------------------	-------	--

Fuente: elaboración propia

Estrategias pedagógicas

Desde el punto de vista de las estrategias para formar a los pacientes y sus familiares existe coincidencia entre los entrevistados IE y EH acerca de que la mejor estrategia pedagógica para educar a la persona con diabetes es *el diálogo* durante la relación médico paciente. Así, durante el encuentro debe haber un proceso comunicativo mediante el cual éste último debe ser informado de la evolución de su enfermedad hasta el punto que la entienda perfectamente, tanto que pueda llegar a opinar de su dolencia y se haga partícipe de todo lo que tiene que vivir en su tratamiento, que llegue a negociar acerca de gustos o no con el galeno hasta donde se pueda y el resto que lo asuma como parte de su proceso.

Esta es la opinión de los entrevistados acerca de la mejor estrategia pedagógica para educar a los pacientes:

EH: *“la primera es dentro de la consulta, a pesar de la brevedad del tiempo, es conseguir que el paciente entienda el tratamiento y que haya un compromiso de hacerlo. Son dos puntos diferentes, uno es que entienda qué y otro es porqué tiene que hacerlo”.*

IE: *“el contacto directo con pacientes”.*

Para Rodríguez, R. (2017), la relación médico paciente es una fortaleza, no solo como el momento propicio para educar a la persona acerca de la enfermedad y con un lenguaje sencillo, sino también para entablar una relación cordial, para colocarse en la posición del paciente, saber todo acerca de su vida y hacer las recomendaciones del tratamiento.

A través de una buena relación entre el médico y el paciente se llega a un punto en que la persona se empodera de la enfermedad y ella misma tome por su cuenta el tratamiento y lo siga paso a paso con el cumplimiento de metas y por ende logre la disminución de la ocurrencia de complicaciones agudas o crónicas y también pueda disfrutar de una calidad de vida.

Por otro lado, la actitud y la credibilidad del médico ayuda al cambio que el paciente debe hacer, en el sentido de que si el primero está convencido de lo que dice y lo vive como experiencia propia, será mucho más fácil para el segundo comprender su estado de salud y de esa manera haga cambios positivos para su vida. En este aspecto difícilmente los enfermos van a creerle a un profesional que ordena actividad física y dieta sana, mientras él está a la vuelta de la esquina consumiendo comida chatarra y fumando.

Así, para AR, *“una cosa importante también que hace falta como estrategia de convencimiento y de que nos crean es la del ejemplo. Es importante, no solo dar el mensaje en lo verbal y lo escrito, sino en el ejemplo y la evidencia”*.

La segunda estrategia en importancia usada para educar a los pacientes por parte de los entrevistados es la del aprendizaje basado en casos y las respuestas preparadas, esto con el objeto de que las personas entiendan la dimensión del cambio. Si se le muestra al paciente que es posible lograr modificaciones significativas a través de ejemplos reales, este se motivará, porque además podrá presenciar experiencias que está viviendo y la forma como otros enfermos las enfrentan, superan o en su defecto, asumen las consecuencias de un mal control.

EH: “otra estrategia usada es la de tener unas respuestas preparadas, ejemplos y casos para que las personas entiendan la dimensión del cambio... porque muchas veces hay un concepto general acerca de cambiar, pero se ve una barrera inmensa en las posibilidades de hacerlo”.

Transmitir el conocimiento de la enfermedad a través de un cuento o una *dramatización* es la tercera estrategia mencionada por los entrevistados. Para los pacientes resulta ser muy efectiva porque ellos van observando la evolución de su enfermedad. Un ejemplo de esto, es utilizar una muñeca y en ella practicar el ángulo que debe tener la aguja para aplicar la insulina y la forma como debe rotarse los lugares de aplicación.

Una experiencia interesante en México demuestra la importancia que tiene el teatro, dramatización y los títeres para la educación en salud. Gudiño y Sosenski (2017) cuentan que utilizaron el teatro guiñol como estrategia educativa desde 1920. No solo fue a nivel local, sino en todo el país y a lo

largo del siglo XX y con el respaldo de las entidades de salud pública, educaron a la población en la adquisición de hábitos de higiene como el cepillado de los dientes, el baño diario, la limpieza de los alimentos, del hogar, la vacunación y la prevención de enfermedades. De otra parte, resaltan la formación a través de títeres en la que se destacó la experiencia, de la “Familia Piripitín” (títeres) a cual fue escogida por la Organización Mundial de la Salud para mostrarla como modelo de educación en normas de higiene en los hogares.

HY: “es importante primero tener la atención del educando en la relación médico paciente, al estilo Mockus, esto es fundamental y después el mensaje a través de símbolos, no transmitirles una instrucción, sino un cuento, un acto, es decir a través de un instrumento educativo transmitirle un conocimiento”.

Con respecto a las estrategias pedagógicas usadas para educar grupos están los mapas de conversación, elegir el paciente antiguo y las charlas generales. Los mapas de conversación es una modalidad de recrear el conocimiento y consiste en: “el profesional con sus pacientes” en torno a un mapa grande como un mantel de seis puestos que tiene dibujos de situaciones cotidianas relacionadas con la diabetes. Entonces, el educador se va parando en cada uno de los sitios y comienza a hablar de situaciones como por ejemplo, la ocurrencia de una complicación aguda como es una hipoglucemia. Así, el profesional comenta qué se debe hacer en esos casos y cada uno de los pacientes comienza a relatar lo que ha hecho cuando le

sucedió. El especialista le va dirigiendo y corrigiendo, si es el caso, hasta que el concepto quede claro.

EH, habló de la estrategia de elegir un paciente antiguo que esté bien controlado y que lleve varios años en el proceso como líder para que hable en un recinto cerrado donde hay otras personas con diabetes, pero que están recién diagnosticadas, esta es una forma efectiva de hacer educación, especialmente para pacientes nuevos. Muchas veces las personas asimilan más fácil los cambios si ven que sus pares lo hicieron y además les ha ido bien y se encuentran en óptimas condiciones.

Un estudio realizado por Flórez (2014) en jóvenes con diabetes tipo 1, tuvo como estrategia promover un ambiente de integración con pares, los cuales estaban viviendo situaciones similares de la enfermedad, con el fin de compartir vivencias y a partir de esto iniciar una aceptación de la diabetes y una mayor adherencia al tratamiento. La experiencia sirvió para conocer procesos negativos que estaban en contra de la salud y que obstaculizaban en los jóvenes las conductas de autocuidado. Para promover la autoestima, la empatía y las habilidades sociales. Además posibilitó descubrir recursos y mecanismos que favorecieran el cambio de hábitos en los jóvenes.

Las charlas generales a grupos grandes de pacientes, a juicio de los entrevistados, son menos efectivas en la educación individualizada para personas con diabetes. Uno, porque son grupos heterogéneos de diferente edad y nivel escolar, entonces las personas tienden a distraerse. También

sucedan casos en los que las personas de edades avanzadas no escuchan o no ven bien, entonces se pierden en la charla.

Con relación a las estrategias utilizadas para los médicos en formación fueron cuatro las más usadas por los entrevistados: el ejemplo, crear rotaciones, el uso de medios audiovisuales y la enseñanza del mayor al menor en jerarquía.

La primera estrategia, es *el ejemplo*, no solo es importante tener un soporte basado en evidencia, sino además, estar convencido de lo que se dice, que el profesor haya vivido personalmente los cambios, como es el caso de los estilos de vida saludable, “*es más convincente para el estudiante que leer muchos libros que hablan del tema*”, según AR.

Al respecto Moreto, *et al.* (2016), en un artículo que habla de la educación afectiva del estudiante de medicina, comenta que “el buen ejemplo educa y el malo deforma”. Que los estudiantes jóvenes son inspirados por lo que hacen sus profesores y estos comportamientos serán los que constituyan después su estilo profesional. Estos autores hacen hincapié en lo útiles que son los recursos humanísticos tales como el teatro, la poesía, historias de vida, la ópera, en los procesos de formación en medicina, pues son buenas opciones usadas por los docentes para enseñar a sus estudiantes, no solo en aspectos médicos, sino también en sus emociones.

La segunda estrategia, es la de *crear rotaciones* de los médicos en formación por lugares donde existan programas de educación en diabetes,

así como lo hacen cuando van a aprender cirugía o cualquier otra especialidad médica. Esta es una modalidad que resultaría interesante para aplicarla en las escuelas de medicina.

IE: *“para los médicos debería haber unos módulos prácticos para que aprendan de esto. Así como rota en una sala de cirugía o partos, debería rotar en los sitios donde hay educación en diabetes”.*

En este contexto, Blasco, et al. (2017) relatan una experiencia que consistió en hacer rotaciones con profesionales de la Asociación Brasileira de Médicos de Familia (SOBRAMFA) durante una a dos semanas, con el objetivo de que los estudiantes de pregrado se familiarizaran con los pacientes crónicos y observaran cómo es el manejo que se daba a la persona que consultaba habitualmente. Este tipo de práctica particularmente está centrada en la atención al paciente, más que a la enfermedad. Este programa tiene más de diez años de funcionamiento y ha recibido cerca de 200 alumnos de 40 facultades de medicina diferentes.

La tercera estrategia sugerida por HY es el *uso de medios audiovisuales*, tales como los videos, internet y otros más antiguos, como los talleres, dramatizados y los actos teatrales resultan útiles para educar a los profesionales en formación. Dicha metodología, puede usarse en clase y es una forma de recrear el conocimiento de los estudiantes. Todo esto podría aplicarse a los futuros médicos, *“con la recomendación de hacer una prueba de conocimientos al inicio y una evaluación al final para saber qué adquirió”.*

En el Simposio Internacional de Educación en Pedagogía realizado en Cuba en diciembre de 2016 se mencionaron los recursos más usados comúnmente por los profesionales para educar a los futuros médicos, los cuales son: la pizarra, la voz del profesor, el libro de texto, los retroproyectores, la televisión, la guía de estudio, los atlas, el CD de la asignatura, la computadora, las láminas, las imágenes fijas, (power point), el video didáctico, los software educativos, las redes telemáticas, el correo electrónico, las páginas web, los foros de discusión y la mensajería instantánea, entre otros.

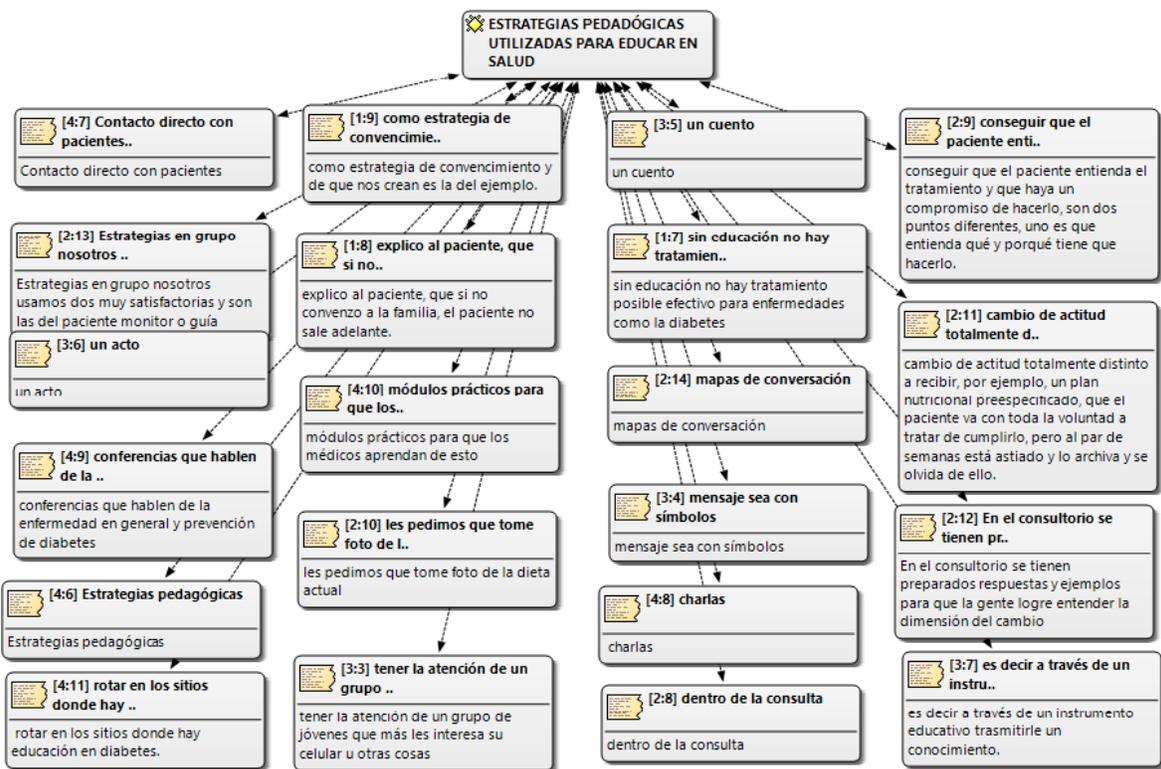
Otra herramienta útil es la descrita por Alvarado, et al. (2016), que se efectúa en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde se integraron actores entrenados que hacían el papel de paciente simulados para representar alguna sintomatología predeterminada, con el objeto de facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje en médicos en formación. Esta práctica lleva cerca de 15 años de funcionamiento en dicha institución y ha demostrado ser útil para que los profesionales puedan aprender acerca de la relación médico paciente y muchos temas relacionados con la práctica clínica propiamente dicha.

La cuarta estrategia pedagógica es la *enseñanza del mayor jerárquicamente al menor* que es usada en medicina desde hace mucho tiempo y es que los docentes enseñen a los médicos que están en formación de posgrado y ellos lo hagan con los que inician la especialización y así sucesivamente.

EH dice que: “se hacen grupos en los que uno de ellos lleva más tiempo dedicado al tema, tiene más experiencia y los otros que inician en el aprendizaje lo reciben de ellos, así, se transmiten modelos”.

En síntesis, pese a que la relación médico paciente es una estrategia pedagógica de las más antiguas en la práctica de la medicina, ésta sigue siendo importante para educar pacientes, no solo en diabetes, sino en todas las enfermedades, es fundamental en el proceso educativo y requiere que se fortalezca y se reconozca su importancia. Ver Gráfico y Tabla 5

Gráfico. 5. Estrategias pedagógicas utilizadas para educar en salud.



Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la clasificación de las estrategias pedagógicas, de las respuestas ofrecidas por los expertos se deduce que ellos privilegian las estrategias pedagógicas cognitivas, fundamentales en los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Lo anterior se puede colegir con las siguientes estrategias indicadas para educar a los pacientes: en la relación médico paciente, las respuestas preparadas y las charlas generales. Con relación a la educación a los futuros médicos, están las rotaciones en los centros donde se hace educación en salud y en la enseñanza del mayor al menor en jerarquía.

Por otro lado, las estrategias metacognitivas que se recomendaron para educar pacientes, según los entrevistados, fueron el aprendizaje basado en casos, los mapas de conversación y elegir el paciente antiguo.

En cambio, las estrategias lúdicas que aconsejaron los expertos fueron los dramatizados que sirven no solo para educar pacientes, sino también para usarlos para los médicos en formación en simulación clínica y el teatro que resulta ser muy exitoso en la educación brindada a los pacientes.

Por último las estrategias tecnológicas, en el uso de medios audiovisuales para enseñar a los futuros médicos, que cada vez se vuelven más sofisticados, dado el avance y la transformación permanente que sucede en este mundo globalizado.

A continuación puede observarse en la tabla 5 un resumen del análisis cuantitativo de esta categoría.

Tabla 5. Resumen de información acerca de estrategias pedagógicas en educación en diabetes

Pregunta	Análisis cualitativo
¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?	Los cuatro expertos llevan cerca de tres décadas, aprendido de manera autodidacta, ellos no recibieron formación universitaria, excepto uno que hizo un diplomado.
¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?	<p>La relación médico paciente es una estrategia pedagógica importante que resaltan los especialistas, pese a ser una práctica tan antigua, sigue siendo valiosa para educar a la persona individualmente. El aprendizaje basado en casos, dramatizados, teatro y las respuestas preparadas.</p> <p>Las estrategias pedagógicas usadas para educar grupos, según los entrevistados son los mapas de conversación, elegir el paciente antiguo y las charlas generales.</p>
¿Cuáles considera usted que son más efectivas?	La relación médico paciente y el ejemplo
¿Qué estrategias pedagógicas considera usted indispensables para enseñar a los profesionales en formación, para que las usen como herramientas en la educación de sus pacientes?	El ejemplo, el uso de medios audiovisuales, las rotaciones por sitios donde exista la educación en diabetes y la enseñanza del mayor al menor en jerarquía.

<p>¿Qué fuentes para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?</p>	<p>Los cuatro entrevistados coinciden que la información que brindan a los pacientes es obtenida de fuentes primarias procedentes de revistas indexadas, páginas web institucionales de entidades científicas tales como la Asociación Americana de Diabetes, la Federación Internacional de Diabetes y muchas más que cuentan con la actualidad y rigor científico.</p>
--	--

Fuente: elaboración propia

Competencias

En algunos referentes teóricos citados en este trabajo se mencionaron algunas competencias necesarias para que el médico en formación llegue a desempeñarse bien en su rol de educador. Así, Risco (2014) habla de la necesidad de educar por competencias a los profesionales de la salud. Brindarles una formación integral, que incluya determinantes biológicos, ambientales y sociales. Es necesario que se haga especial énfasis en una formación científica de calidad, que maneje muy bien lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad. El médico egresado debe desarrollar ciertas habilidades personales en el área de comunicación, la ética, en la relación con diferentes disciplinas para hacer un trabajo conjunto, liderazgo y capacidad para aprender en forma autónoma.

Así mismo, de acuerdo con Gomez, *et al.*, (2010) otros aspectos importantes en la formación de los médicos son la pedagogía y la investigación, pues el rol que adquieren en este contexto, es de educadores en salud y para ello deben aprender las técnicas de enseñanza. Un ejemplo de esto es el diplomado que están haciendo en Cuba que se llama *Programa*

de Formación de Médicos Latinoamericanos. Este modelo concibe al médico insertado en la atención primaria como el profesor principal.

A partir de Novillo-Ortiz (2015), implica una serie de fortalezas que debe tener el médico en formación, pero no se debe desconocer también lo que sucede en la actualidad. En este sentido, éste debe estar en la vanguardia en el manejo de las Tecnologías de la información y comunicaciones (TIC). Además se resalta la importancia de la ciber salud. La OMS indica que la ciber salud, que se llama también e-Salud o sanidad digital, es una herramienta costo-eficaz y segura de las TIC en diferentes escenarios, tales como en atención en salud, vigilancia y documentación, así como también en la educación, conocimientos e investigaciones en esta área.

Continuando con Novillo-Ortiz (2015), el uso de las TIC no solo es importante en la parte administrativa, sino también en el campo de la clínica (historia clínica digital), desarrollando aplicaciones de ayuda para el diagnóstico, facilitando la relación entre profesionales, compartiendo experiencias de aprendizaje entre ellos y los pacientes. La telesalud permite conocer información de vigilancia epidemiológica rápidamente, educación médica continua, promover la búsqueda y el intercambio de la información entre diferentes personas, en fin, son un sinnúmero de utilidades que tiene.

En esta investigación, los entrevistados coincidieron en que las competencias que se deberían tener en cuenta para la formación de los profesionales son:

1. La educación en salud
2. Trabajo en equipo

3. Técnicas de comunicación
4. El liderazgo
5. Habilidades interpersonales
6. Cambios de comportamiento
7. Capacidad para organizar y planificar el tiempo
8. Aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades

AR: *“Yo creo que en lo que estamos fallando es en que no sabemos utilizar la herramienta fundamental en el tratamiento que es la educación. Si desde las escuelas de medicina no se logra que el médico en formación salga con el concepto que la educación es importante”.*

EH: *“Si un médico no es educador el modelo de salud no puede funcionar, tiene que ser educador a veces para otros médicos, porque a veces su rol en un momento dado debe ser educar a sus pares. También debe serlo para otros profesionales de la salud y además debe saber trabajar en equipo. El médico general es el líder y debe conocer las habilidades de su equipo, si desconoce estas habilidades, está cometiendo un error”.*

HY: *“en nuestro país, la política del Ministerio es que el médico familiar y general lideren la salud y ellos deben tener una preparación para dar educación en salud”.*

Así mismo los entrevistados opinaron sobre la necesidad de que los programas de medicina enseñen a sus profesionales en formación todo acerca de la educación:

AR: “debemos entrenarnos en algunas habilidades de educación porque esto implica comunicar. El tiempo también es importante tenerlo en cuenta, así como también competencias en técnicas de comunicación y en otras para cambiar comportamientos... es decir, teorías de cambio de comportamientos”.

EH: “no solo saber cómo se educa, tener estrategias concretas, sino saber cómo se lidera un equipo, conocer las potencialidades de los actores del equipo que van a tener a su disposición y mantener el ánimo del equipo”.

IE: “que se le enseñe todo acerca de cómo educar y sobre el tema de diabetes, todo lo relacionado con la enfermedad”.

Los entrevistados coincidieron con varias competencias genéricas propuestas en el proyecto Tunning Latinoamérica, tales como el trabajo en equipo, la comunicación, la capacidad para organizar y planificar el tiempo y las habilidades interpersonales.

Así mismo coincidieron con las competencias específicas de la profesión médica como son: aplicar los principios de promoción y prevención de enfermedades y técnicas de comunicación verbal, no verbal y por escrito con pacientes, familia, equipo de salud y comunidad.

También opinaron que las estrategias que permitirían el desarrollo de dichas competencias son el juego de roles, los talleres y las conferencias. Ver tabla y gráfico 6 y 7.

AR: “talleres prácticos con los estudiantes, hay que entrenarlos en la práctica.

EH: primero incluirlo dentro del pensum de una manera clara, segundo incluir en grupos que hagan educación en salud, lo tercero enseñarles estrategias ya sea mediante las propias que aprenden y talleres formales para desarrollo de habilidades y práctica”.

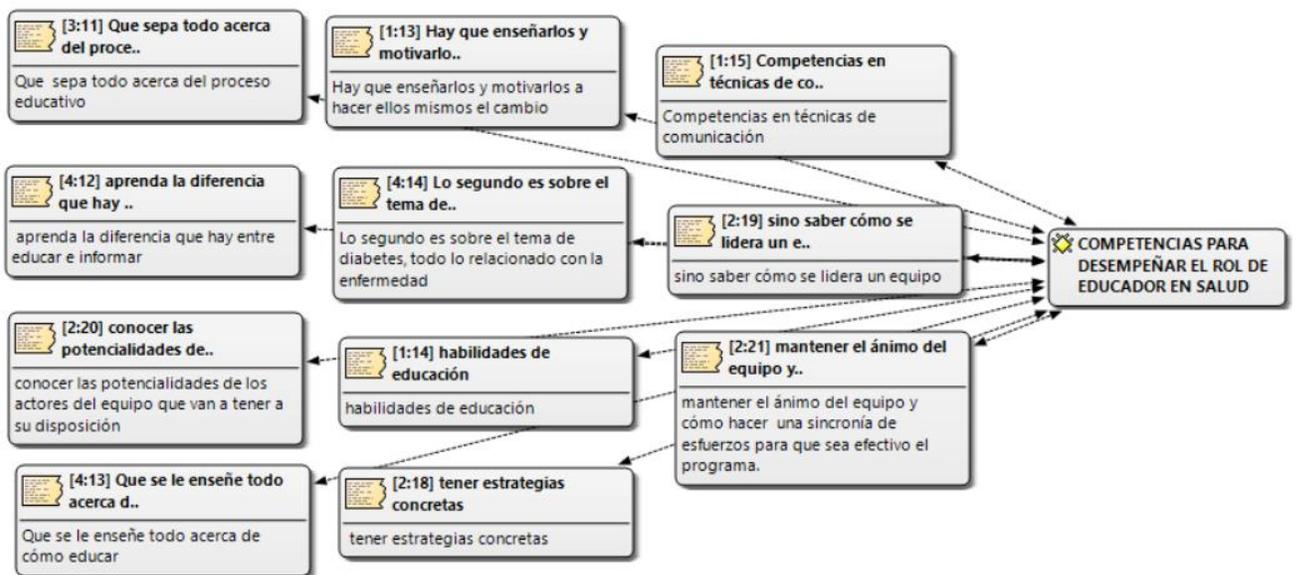
HY: “que sepa todo acerca del proceso educativo, de pronto que la educación, es que asumen que por el solo hecho de ser médicos ya pueden darla y no tienen ninguna preparación técnica como lo tiene la profesión del educador, Si no se sientan frente al paciente e inician a dar una educación sin el sustento, no tiene el proceso educativo”.

IE: *“Hay un sistema bueno que se llama el juego de roles. Se ponen a los estudiantes de medicina a que hagan de pacientes y cómo se comportarían como tal. Es como un dramatizado. También puede enseñarse a hacer talleres, conferencias, pero estas deben usarse lo mínimo. Pero pienso que es peor. Ahora en mi centro, se hace individualizado. Se revisa qué necesidades de educación tiene la persona, entonces pasa a la nutricionista si necesita asesoría nutricional, a psicología si presenta ansiedad y depresión, a podología para aprender de los cuidados del pie y así sucesivamente. Lo mejor es que sean oportunas las citas. Lo ideal es que la*

educación en diabetes sea individualizada y organizada para cada paciente. Los módulos serían: nutrición, psicología, podología, hipoglucemia, insulino terapia y automonitoreo”.

IE: “pienso que es mejor enseñarles a cómo hacer talleres, cómo hacer melodramas, juegos de roles, trabajos de grupo. Hay en el mercado módulos que proporcionan los laboratorios que son como mapas donde la gente comienza a jugar y a partir de ese juego el paciente va aprendiendo sobre diabetes”.

Gráfico. 6. Competencias para desempeñar el rol de educador en salud

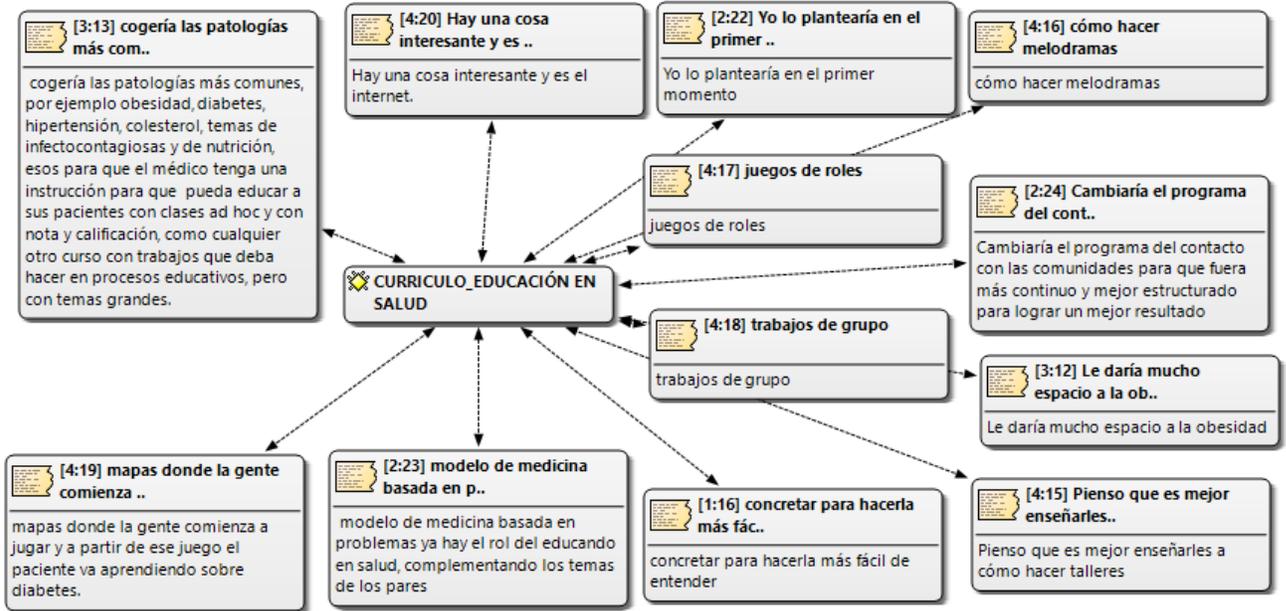


Fuente: elaboración propia.

Así mismo, uno de los entrevistados propuso que se enseñaran diferentes patologías para educar, tales como diabetes, obesidad, enfermedades infectocontagiosas, hipertensión arterial, nutrición y que luego se les hiciera el proceso de evaluación de conocimientos.

Se resaltó la importancia que tiene internet en el proceso de enseñanza de la diabetes, específicamente en páginas especializadas de carácter científico como son las de la Federación Internacional de Diabetes y la Asociación Americana de Diabetes, entre otras.

Gráfico 7. Currículo _ educación en salud



Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Resumen de información acerca de las competencias que debe tener el profesional para educar en salud.

Preguntas	Análisis cualitativo
¿Considera importante formar al médico general con competencias necesarias para ser educador en salud?	Es indispensable formar al médico general con las competencias necesarias para desempeñar su rol de educador en salud.

<p>¿Cree usted que las facultades de medicina están formando al médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar el rol de educador en salud? Explique.</p>	<p>Los entrevistados coincidieron en que las facultades no lo están haciendo, porque el sistema está más enfocado a la atención de la enfermedad, más no a la prevención.</p> <p>No se le da la importancia que tiene y se piensa que esta es para otras carreras de la salud.</p> <p>En general el tiempo de las rotaciones con comunidad es muy corto.</p>
<p>¿Cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?</p>	<p>La educación en salud, trabajo en equipo, técnicas de comunicación, liderazgo, habilidades interpersonales, teorías de los cambios de comportamiento, capacidad para organizar y planificar el tiempo y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>
<p>¿Cuáles serían las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?</p>	<p>Juego de roles, talleres y conferencias</p>
<p>¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículo de medicina cómo plantearía el tema de la educación en salud?</p>	<p>Lo colocarían en un lugar primordial</p>

Fuente: elaboración propia

7. Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, la estrategia pedagógica más importante encontrada en este estudio es la entrevista durante la relación-médico paciente. Una práctica tan antigua continúa siendo una herramienta fundamental en el proceso de la educación en diabetes.

La estrategia del aprendizaje basado en casos es útil para enseñar situaciones reales que acontecen a los pacientes y las diferentes maneras de abordar los problemas que surgen en el trascurso de las enfermedades.

Las respuestas preparadas para brindarle a las personas con diabetes requieren de una elaboración previa y además una investigación del tema en la literatura científica para responder a sus preguntas, conocer a profundidad la enfermedad y aclararle las dudas a los pacientes y sus familiares que están en el proceso educativo, por lo tanto es una acción muy importante para su aprendizaje.

Los mapas de conversación son útiles para interactuar con los pacientes, para conocerlos, para aclararles dudas acerca de su enfermedad y del manejo de las complicaciones agudas, así como también para prevenir las crónicas.

La elección de un paciente guía resulta ser útil para educar, dado que durante las sesiones, estos pueden aprender de las experiencias vividas por sus pares. Este espacio pedagógico es un momento propicio para hablar de emociones, sensaciones y temores frente a las enfermedades, así como

también para aprender a solucionar situaciones cotidianas con la compañía del profesional de la salud.

Las charlas en grupos grandes son muy valiosas para hacer educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades o sus complicaciones, lo que redundará en ambientes sanos y familias saludables.

La estrategia de educar a través del teatro resulta útil, no sólo para niños, sino también para los adultos. Es una forma agradable de aprender.

El ejemplo, es otra forma de educar. Los profesionales de la salud creerán más en sus profesores que además de hablar de salud, aplican todo lo que dicen.

La creación de rotaciones por los lugares donde se hace educación en salud puede ser una experiencia enriquecedora para los médicos en formación, no solo para que vivan el proceso, sino también para que comprendan cómo es el manejo multidisciplinario de los pacientes y cómo funcionan los equipos de educación en salud.

En el proceso educativo del paciente diabético debe incluirse a los familiares, cuidadores y sociedad en general para que sirvan de apoyo y el proceso de aprendizaje sea exitoso.

De acuerdo con las respuestas de los entrevistados, la educación no solo es importante en diabetes, sino que es útil en el tratamiento de muchas

enfermedades, pues es fundamental para la prevención de estas alteraciones, así como también para evitar sus complicaciones.

La intervención educativa a las personas, no solo es para cuando tienen establecidas las enfermedades, ésta debe hacerse rutinariamente y desde que el individuo nace para garantizar una buena calidad de vida y evitar enfermedades, muchas de ellas de aparición silenciosa y prevenibles.

Un factor importante en la educación en salud es el empoderamiento. Cuando las personas toman el control de su enfermedad, asumen su cuidado es más fácil lograr el cambio, así uno de los objetivos de la educación en salud debería ser lograr el empoderamiento.

Un elemento que da fuerza al proceso educativo, por parte de los profesionales es dar ejemplo, estar convencido de lo que se enseña y actuar acorde con lo que se habla.

Desde el punto de vista de los médicos en formación hay dificultad para educar, pues según los entrevistados, están dedicados solo a la atención de enfermedades, pero poco en temas de prevención y además hay poco interés por parte de los mismos profesionales.

Las facultades de medicina deben preparar a los profesionales en formación con las competencias necesarias para que se desempeñen adecuadamente en su rol de educadores en salud.

Las competencias que debe tener un médico en formación para desempeñar su rol de educador, según este estudio, son: educación en salud, trabajo en equipo, técnicas de comunicación, liderazgo, habilidades interpersonales, cambios de comportamiento, capacidad para organizar y planificar el tiempo y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Recomendaciones

Se necesita que los profesionales en formación conozcan el proceso educativo, sepan comunicar, adquieran habilidades básicas de relaciones interpersonales, de liderazgo, de trabajar en grupo y aprendan a utilizar diferentes herramientas didácticas para educar a sus pacientes. Es una propuesta para incluir en el currículo de los médicos en formación.

Debe hacerse investigación en el campo de la educación en salud para fortalecer los procesos de enseñanza aprendizaje en este campo.

Las facultades de medicina deben fortalecer la enseñanza de la relación médico paciente, dada su importancia que tiene en el proceso de la educación en salud.

Debe fortalecerse el concepto de educación al paciente y a sus familiares para prevenir enfermedades y comorbilidades.

Los profesionales de salud en formación deberían tener prácticas en los lugares donde se haga educación en salud.

Deben incluirse las nuevas tecnologías para que sirvan como herramientas didácticas en el proceso educativo.

Es imperativo que las personas que trabajan en educación en salud, reciban una formación en dicha área.

Las facultades de medicina deberían explorar la estrategia de pacientes simulados y dramatizados para aplicarlos en el proceso de enseñanza aprendizaje de los médicos en formación.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta tesis de maestría la investigadora presentará a la Universidad Antonio Nariño un proyecto de cátedra denominado educación en salud dirigida a estudiantes de medicina que incluya temas como: conceptos básicos de educación, didáctica, comunicación oral y escrita, relación médico paciente, trabajo en equipo, liderazgo, principios de promoción, prevención y empoderamiento, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Achury-Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Achury-Beltrán, L. F., Padilla-Velasco, M. P., et al. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 13, No. 3, 363-372.
- Aguirre, M., et al. (2012). Estrategias pedagógicas en la educación universitaria, una aplicación desde los ciclos educativos de la serie pedagogía de la humanización. Trabajo de grado para optar por el título de especialista en pedagogía y docencia universitaria. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá.
- Alvarado, C., et al. (2016). Puentes entre simulación y teatralidad: aproximación teatral a las prácticas de simulación clínica con pacientes simulados para la formación médica. *Revista Arte Escena*. N°1 / Pag. 22 – 35/ISSN 0719-7535.
- Aragón, I., Bonelli, R., Castañeda, C., Cavallazzi, M., Herrera, C., Kahane, S., Márquez, L., Martínez, S., Umaña, M. (2011). Innovación en la investigación de mercados. Editorial Alfa &Omega, Colombia.
- Blasco, PG, et al. (2017) Promoviendo la educación médica centrada en el paciente Para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educ Med*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.024>.
- Carreras, J y Perrenoud, P. (2008) El debate sobre las competencias en la enseñanza universitaria. Universidad de Barcelona. Servicios Gráficos Octaedro. ISBN: 978-84-8063-935

- Cifuentes, R. (2011) Diseño de proyectos de investigación cualitativa. 1aed.
Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- Coll, C., Rochera, M., Mayordomo, R. y Naranjo, M. (2011). La evaluación continuada como instrumento para el ajuste de la ayuda pedagógica y la enseñanza, Cuaderno de Pedagogía Universitaria Año 8/ N. 15 / enero - junio 2011 / Santiago, Rep. Dom.: PUCMM / pp.14-20
- Coll, C y Martín, E. (2006). Vigencia del debate curricular. Aprendizajes básicos, competencias y estándares. II Reunión del Comité Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 11-13 de mayo de 2006. Documento no publicado.
- Espasa (2001). Diccionario de la Lengua Española, Real Academia de la Lengua, Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa.
- Galeano, M. (2004) Diseño de proyectos en investigación cualitativa, Colombia, grupo editorial Universidad EAFIT.
- Gómez, A., Eslava, J. y Camacho, S. (agosto, 2012) Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia. Primera edición. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi).
- De Zubiría, J. Editorial. El maestro y los desafíos a la educación en el siglo XXI. Revista Redipe, 825 julio de 2013, p.7.
- Flores, M. (2014). Educación entre pares...afianzando prácticas saludables en diabetes. Documentos de Trabajo Social · nº56 · ISSN 1133-6552 / ISSN.

- García-García, J.A, González-Martínez, J.F., Estrada-Aguilar, L. y Uriega-González, S. Educación médica basada en competencias. Rev Med Hosp Gen Mex 2010; 73 (1): 57-69.
- Gardner, H. (1998). "A Reply to Perry D. Klein's 'Multiplying the problems of intelligence by eight'". Canadian Journal of Education 23 (1): 96–102.
- Gómez, Y. A., Luna, J. A. M., Molleda, M. D., Domínguez, J. C. M., & Mora, M. V. (2010). Papel del diplomado de educación médica en la formación como profesores de los especialistas de medicina general integral en el nuevo programa de formación de médicos Latinoamericanos. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 24(1), 65–75.
- Gudiño, M. y Sosenski, S. (2017). El teatro guiñol, la televisión mexicana y la educación para la salud a mediados del siglo XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.201-221.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª. Edición, Mc Graw Hill, México.
- International Diabetes Federation, (2015). Diabetes Atlas. Seventh edition, 2015. www.diabetesatlas.org - ISBN: 978-2-930229-81-2
- Marínez, M.I., Ferri, A., Mateos y Alegre, A.(2015) Mejora de los parámetros clínicos en un paciente con síndrome metabólico mediante intervención en educación nutricional y mejora del estilo de vida. Nutr Hosp. 31. pp 1444-1448.
- Malhotra Naresh, K. (2008) Investigación de Mercados (pp. 158- 161) México: ed. Pearson – Prentice Hall.

Mayorga Coy, A. (2014). Atlas. Ti 7 en Español. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Unidad de Informática y Comunicaciones. Bogotá D.C. Colombia.

Mialaret, G. (1984). Diccionario de Ciencias de la Educación. Barcelona; OIKOS.tau.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: la salud en Colombia la construyes tú.

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía Didáctica. Neiva, Huila, Colombia: Universidad Surcolombiana.

Molina, D., Valencia-Uribe, S. y Aguelo-Rojas, L. (2017). La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. Rev Colomb. Cardiol. 2017; 24(2):176-181.

Moreto G, et al. (2016). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. Educ Med. 2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>. . [Consultado el 22 de mayo de 2017]. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1575181317300141.pdf?locale=es_ES

Muñoz, E., Vargas, P. y Slebi, J. (2011). Los consejos Académicos en la Educación básica y media. Construcción de una estrategia para su fortalecimiento. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

Novillo-Ortiz, D. (2015). Estrategias nacionales de e-Salud en la región de las Américas : avances y desafíos, Med UNAB. 17(3):26-30, Supl. 2015.

- .Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2006). 47º. Consejo Directivo, 58ª. Sesión del Comité Regional. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la carta de Bangkok. Washigton.
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311(2015). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades No Transmisibles. Nota descriptiva. (2015). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Pick, S., García, R. G. & Leenen, I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 327-340.
- Pithon, C. (2009). La Educación para el auto-cuidado en la diabetes "mellitus" tipo 2: de la adhesión al "empoderamiento. Vol. 13 Issue 30, p93-106, 14p.
- Pinilla, A.(2015). Construcción y evaluación de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Risco, G. (2014). Educar por competencias a los profesionales de la salud para transformar la salud, *Rev. Per Med. Exp. Salud Pública*. 31(3), 413–416.
- Rodríguez, R. (2017). Humanismo y medicina. Boletín del Centro Colaborador de la OPS/OMS en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. Publicación bimestral. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2017].

Disponible en <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/608>..

Romero, J, *et al.*(2012). Estrategias pedagógicas en el ámbito educativo. Bogotá: Colegio Mayor José Celestio Mutis.

Sánchez L. y Antonia Ma., Algunas pruebas de la eficacia de la Educación para la Salud. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* [en línea] 2005, (Diciembre): [Fecha de consulta: 15 de abril de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135016217006>> ISSN 1139-1723

Schraiber, L. B. (2009). Education for type 2 diabetes mellitus self-care :, 93–106.

Saavedra, J. (2015). Las redes sociales como medio de monitoreo en pacientes con hipertensión y diabetes una historia de éxito. *Int J Integr Care ; WCIC Conf Suppl.*

Secretaría Distrital de Salud. En el mes de la Diabetes la SDS entrega importantes recomendaciones a los bogotanos: 836 personas perdieron la vida en 2015 a causa de la diabetes en Bogotá. Comunicado de prensa No. 129, Bogotá D.C., noviembre 15 de 2016.

Simposio Internacional de Educación en Pedagogía (2017). “Apropiación, generación y uso solidario del conocimiento. Universidad Las Tunas. Cuba. 12 a 13 de diciembre de 2016. Editorial Académica Universitaria. ISBN:978-1-45570-14-8.

Universidad de Antioquia. Estrategias pedagógicas. P.1 [Consultado el 20 de mayo de 2017]

http://huitoto.udea.edu.co/educacion/lectura_escritura/estrategias.html

Universidad de Deusto y de Groningen. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Informe final-Proyecto Tuning-América Latina 2004-2007. Impreso en España.

Anexo 1

Universidad Antonio Nariño

Maestría de Educación

Materia: Tesis I

Proyecto de tesis: “Analizar las estrategias pedagógicas utilizadas por un grupo de médicos endocrinólogos, para promover la educación en salud frente a la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de las enfermedades no transmisibles, el caso particular de la diabetes”.

Responsable: Ana Beatriz Rossi, Médica y periodista, docente de la universidad de la Sabana, Antonio Nariño y estudiante de la Maestría de educación de esta última.

Entrevista para expertos

Entrevista para aplicar a profesionales de la salud vinculados a un programa de educación en diabetes, en la prevención de la enfermedad y sus complicaciones.

Introducción

Agradezco su participación al contestar esta entrevista que tiene como objeto conocer su opinión acerca de las estrategias pedagógicas usadas para educar pacientes y de las competencias que debe tener un médico en formación para desempeñar su rol de educador en salud.

El objetivo principal de esta entrevista es proponer un perfil para que el médico general desempeñe su rol de educador en salud para prevenir enfermedades, desde la mirada de las competencias.

La información obtenida se manejará confidencialmente y se utilizará sólo con fines académicos. Su participación es voluntaria.

Datos personales

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es su especialidad?

¿En qué lugares trabaja actualmente y cuál es su cargo?

¿Ha desempeñado rol de docente en alguna oportunidad?

¿Qué asignaturas ha orientado?

¿Ha hecho parte de algún grupo de educación en diabetes?

¿Ha recibido educación formal para ser educador en salud?

¿Cuál ha sido su experiencia en el proceso de autoformación para la educación en salud?

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. Concepciones sobre Educación en Salud (salud, enfermedad, promoción y prevención)

- Para usted ¿qué es la educación en salud?
- ¿Por qué es importante la educación en salud?
- ¿Qué importancia tiene la educación en salud en el tema de las Enfermedades crónicas no transmisibles?

- ¿Cuáles son las principales dificultades, por parte del profesional de la salud, que usted encuentra al hacer educación en salud?
- ¿Qué dificultades hay del lado de los educandos?
- ¿Las instituciones apoyan la educación en salud?
- ¿Qué soluciones considera usted pertinentes para superar estas dificultades?

2. Estrategias Pedagógicas

- ¿Qué experiencia tiene usted en el ámbito de la educación en salud?
- ¿Qué estrategias pedagógicas conoce usted para educar en salud?
- ¿Cuáles considera usted que son más efectivas?
- ¿Qué estrategias pedagógicas considera usted indispensables para enseñar a los profesionales en formación, para que las usen como herramientas en la educación de sus pacientes?
- ¿Qué fuentes consulta para obtener la información que brinda a sus pacientes en las sesiones educativas?

3. Competencias

- ¿Considera importante formar al médico general con competencias necesarias para ser educador en salud?
- ¿Cree usted que las facultades de medicina están formando el médico general en Colombia con las competencias necesarias para desempeñar el rol de educador en salud? Explique.
- ¿Conoce usted instituciones educativas que hagan énfasis en la educación en salud?

- ¿Para usted cuáles serían las competencias que deben desarrollar los médicos generales para desempeñar su rol de educador en salud?
- ¿Cuáles serían las estrategias pedagógicas que permitirían el desarrollo de dichas competencias?
- ¿Si usted tuviera la oportunidad de construir un currículo de medicina cómo plantearía el tema de la educación en salud?