



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

***“PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE
SANO”***

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

QUE PRESENTA

YESSICA MAYTTE MARTÍNEZ OCAMPO

Asesora

DRA. EN C.S.C. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

Nezahualcóyotl Estado de México, Octubre, 2018.



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl

Oficio No. CUN/SA/18/427
09 de Junio de 2018
OFICIO DE LIBERACIÓN

C. YESSICA MAYTE MARTÍNEZ OCAMPO
PASANTE DE LICENCIATURA EN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
P R E S E N T E:

Con fundamento en lo establecido por el Reglamento de Evaluación Profesional de la Universidad Autónoma del Estado de México, informo a usted que una vez concluida la revisión del trabajo escrito por **Tesis**, titulado "Prevenir la diabetes está en tus manos, come sano y vive sano", tanto el **Asesor** como los **Revisores** emitieron su **voto aprobatorio**.

Para dar continuidad a su trámite, deberá presentarse en el Departamento de Evaluación Profesional con los documentos correspondientes a la modalidad y el **empastado** de su trabajo.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"


M. en C. José Antonio Castillo Jiménez
Subdirector Académico



Centro Universitario UAEM
Nezahualcóyotl

ccp. M. en A. N. Paulina Robles Herrejón, Jefa del Departamento de Evaluación Profesional.

Av. Bordo de Xochiaca S/N Col. Benito
Juárez C.P. 57000 Nezahualcóyotl,
Estado de México
Tel. (0155) 5112-6426 /
5112-6372 Ext. 7948
www.uaemex.mx



INDICE

AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 SUPUESTO HI POTÉTICO	15
1.2 OBJETIVOS	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS	19
2.1.1 Salud.....	19
2.1.2 Enfermedad.....	20
2.1.3 Biología humana.....	22
2.1.4 Sociología médica.....	22
2.1.5 Psicología de La Salud.....	22
2.1.6 Medicina preventiva.....	22
2.1.7 Conductas de la Salud.....	22
2.1.8 Conductas De Riesgo.....	22
2.1.9 Riesgo.....	23
2.1.10 Factores de riesgo.....	23
2.1.11 Factores Protectores.....	26
2.1.12 Saneamiento.....	24
2.1.13 Prevención.....	24
2.1.14 Calidad de vida.....	24
2.1.15 Diabetes mellitus.....	25
2.1.16 Diagnóstico clínico.....	25
2.1.17 Detección De Diabetes.....	25
2.1.18 Obesidad.....	25
2.1.19 Insuficiencia Renal.....	25
2.1.20 Pie Diabético.....	26
2.1.21 Hiperglucemia.....	26
2.1.22 Hipoglucemia.....	26
2.1.23 Metabolismo.....	26
2.1.24 Insulina.....	26
2.1.25 Sedentarismo.....	27
2.1.26 Dieta.....	27
2.1.27 Tipos de Dieta.....	27
2.1.28 Dieta Hipercalórica.....	27
2.1.29 Actividad Física.....	28
2.2 ASPECTOS NORMATIVOS	28
2.2.1 Norma 015 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes...28	
2.2.2 Manual de normas técnicas y administrativas del programa integrado de diabetes mellitus.....	29

2.3 Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2.....	30
2.2.4 Programa de acción diabetes mellitus.....	30
2.3 ASPECTOS SOCIALES.....	31
2.3.1 El análisis del campo de la salud.....	31
2.3.2 Estilo de vida.....	32
2.3.3 Organización de la atención de salud.....	32
2.3.4 Características del concepto de campo de la salud.....	33
2.3.5 Modelo de Whitehead.....	35
2.3.6 Conductas de riesgo.....	36
2.4. EL CAMPO DE ACCIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD.....	36
2.4.1 Educación para la salud.....	39
2.4.2 Licenciado en educación para la salud.....	37
2.4.3 Competencias en el licenciado en educación para la salud.....	37
2.4.4 Actividades del licenciado en educación para la salud.....	38
2.4.5 Educación.....	38
2.4.6 Conocimiento.....	38
2.4.7 Destreza.....	38
2.4.8 Habilidad.....	39
2.4.9 Didáctica.....	39
2.4.10 Prácticas profesionales.....	39
2.4.11 Aprendizaje.....	39
2.4.12 Enseñanza.....	40
2.4.13 Orientación.....	40
2.4.14 Estructura.....	40
2.4.15 Inducciones.....	40
2.4.16 Concientización.....	41
2.4.17 Modelos cognitivo conductuales.....	41
2.4.18 Supuestos generales.....	41
2.4.19 Programa.....	42
2.4.20 Programa educativo.....	42
2.5 APORTACIONES DE INVESTIGACIÓN AL CAMPO TEÓRICO.....	42
CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO.....	52
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.1.1 Ubicación de la investigación.....	52
3.1.2 Universo de trabajo.....	56
3.1.3 Muestra.....	55
3.1.4 Criterios de selección.....	53
3.1.5 Tipos de fuentes.....	53
3.1.6 Recopilación de la información.....	53
3.1.7 Instrumento.....	54
3.1.8 Aspectos éticos de la investigación.....	55
3.1.9 Análisis y presentación de la información.....	56
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS.....	78

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	91
Con respecto al Marco Teórico.....	91
Con respecto a la metodología utilizada	91
Con respecto al enriquecimiento del área del conocimiento.....	91
Con respecto a los objetivos planteados.....	92
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	106

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que con su soporte científico y humano han colaborado en la realización de este trabajo de investigación, pero sobre todo por la motivación y apoyo recibido a lo largo de estos años.

Quiero agradecer a mi Universidad **UAEM** por todo el apoyo que me brinda, llevaré con orgullo sus enseñanzas y su identidad; y pondré en lo más alto su nombre a donde quiera que vaya.

Muy especialmente a mi asesora de tesis, la **Dra. Georgina Contreras Landgrave** por la acertada orientación, el soporte y discusión crítica que me permitió un buen aprovechamiento en el trabajo realizado y que esta tesis llegara a buen término.

También agradezco a mis **profesores** por las enseñanzas brindadas a lo largo de la carrera, de todos me llevo algo muy especial.

Así mismo, les agradezco a mis **compañeros** de la carrera, los cuales aprendí de cada uno y me llevo muy gratos recuerdos.

Por último, un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de mi **familia y amigos**.

A todos ellos muchas gracias ya que cada uno contribuyo a cumplir mi sueño.

Yessica Maytte Martínez Ocampo.

DEDICATORIAS

A dios y a mis padres y hermano, pilares fundamentales en mi vida con mucho amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento al todo el sacrificio puesto para que yo pueda estudiar, se merecen esto y mucho más.

Padre, gracias por tu apoyo, por creer en mí y apoyarme a terminar este sueño, te agradezco por mi vida y por el amor tan grande que me das.

Mami, gracias por impulsarme a terminar este sueño, tú siempre me has dado ánimos y me has apoyado hasta el final, gracias por tu paciencia y esas palabras sabias que siempre tienes para mis enojos, mis tristezas y mis momentos felices, por ser mi amiga, te quiero mucho.

A mi **esposo**, mi ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta dichosa y merecida victoria en la vida, mi gran amor por ser mi compañero de vida, a la luz que dios puso en mi vientre para darme la mayor alegría de mi vida, ser madre.

A mi princesa, **mi hija** la cual fue mi mayor motivación para poder terminar mi carrera, la cual trajo sentido a mi vida, la causante de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito agradezco a dios por darme tan hermosa compañía y motivación diaria.

Yessica Maytte Martínez Ocampo.

RESUMEN

México ocupa actualmente el octavo lugar mundial en la prevalencia de diabetes. Las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de mexicanos con diabetes. En cuanto a mortalidad por diabetes, México ocupa el sexto lugar mundial y el tercer lugar en el continente americano (Alimentaria, 2014). De acuerdo con el Seguro Social Delegación Oriente, los municipios de Ecatepec con el primer lugar y Nezahualcóyotl con el segundo lugar, concentran el mayor número de diabéticos en el Estado de México, enfermedad que se ha convertido en un serio problema de salud pública para los mexiquenses (Venegas, 2012). Por tal motivo se llevó a cabo dicha investigación y se propuso realizar una intervención basada en la creación de un programa de educación para la salud en el cual se abordaron los temas: ¿Qué es la diabetes? aspectos generales de la DM II, actividad física, dieta, sedentarismo, alimentación, plan alimenticio, control de peso y talla. Dicha intervención tuvo como supuesto hipotético: *Al identificar las conductas de riesgo que influyen para el diagnóstico de DM2 en estado de riesgo, mujeres de 50 a 59 años se podrá evaluar el diseño e implementación de un programa de educación para la salud* y como objetivo general evaluar el diseño e implementación de un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas: planteando 3 objetivos específicos Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo II. Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. Implementar el programa diseñado. La intervención se llevó a cabo en Centro de Salud Urbano “Metropolitana” con una muestra de 10 mujeres de 50-59 años atendidas por el seguro popular. En cuanto a los resultados arrojados de acuerdo a los objetivos específicos planteados: se realizó la planeación didáctica para establecer de cuantas sesiones estaría conformado el programa y después se diseñó la planeación didáctica por sesiones del programa **“PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO”**, dicha planeación quedo establecida en 5 sesiones siendo estas, una sesión semanal de 2 horas cada una. Las sesiones educativas se llevaron a cabo en el periodo que va del día 29 de abril, al 27 de mayo, teniendo un grupo de 10 mujeres. Para identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle DM II se les aplico un instrumento sobre las conductas de riesgo para desarrollar DM II al total de la muestra por 10 mujeres dicha aplicación fue en forma de test. El cual arrojo cuales eran las conductas de riesgo para padecer DM II. Para diseñar un programa de educación para la salud para la prevención de la DM II en mujeres de 50.59 años se planeó que la intervención del programa tuviera una duración de cinco sesiones en las cuales se seleccionaron los temas de acuerdo a las conductas de riesgo arrojadas en el test, se elaboraron rota folios, láminas y la ruleta preguntona, los

cuales se aplicaron a las mujeres de acuerdo a los temas que se vieron por sesión, se realizó la búsqueda de imágenes e información concreta para ilustrar los rota folios, las láminas del plato del buen comer y la jarra del buen beber se realizó de material novedoso con el fin de poder interactuar con las mujeres pegando los alimentos de acuerdo a su agrupación.

Posteriormente se llevó a cabo la implementación del programa.

Conclusiones: Se cumplió con el objetivo general ya que se logró promover estilos de vida saludables a través de diversas actividades se concientizo a la mayoría de las mujeres a saber cómo alimentarse y realizar actividad física. El supuesto hipotético se acepta porque, se logró cambios en las mujeres a través de las sesiones y las actividades, el programa fue creativo con la intención de que aprendieran jugando.

Palabras clave: Conductas de riesgo, Prevención, Diabetes mellitus tipo 2, Actividad física, Alimentación saludable, Programa con sesiones educativas, Concientización.

ABSTRACT

Mexico currently ranks eighth in the world in the prevalence of diabetes. The projections of the international specialists refer that by the year 2025, the country will occupy the sixth or seventh place, with 11.9 million Mexicans with diabetes. In terms of diabetes mortality, Mexico ranks sixth worldwide and third in the Americas (Alimentaria, 2014). According to the Social Security Eastern Delegation, the municipalities of Ecatepec with the first place and Nezahualcóyotl with the second place, concentrate the largest number of diabetics in the State of Mexico, a disease that has become a serious public health problem for the elderly. mexiquenses (Venegas, 2012). For this reason, this research was carried out and an intervention was proposed based on the creation of a health education program in which topics were addressed: What is diabetes? general aspects of DM II, physical activity, diet, sedentary lifestyle, diet, nutritional plan, weight and height control. The intervention had as a hypothetical assumption: By identifying the risk behaviors that influence the diagnosis of DM2 at risk, women between 50 and 59 years of age will be able to evaluate the design and implementation of a health education program and as a general objective evaluate the design and implementation of a health education program on Type 2 Diabetes Mellitus in adult women: setting out 3 specific objectives Identify the risk behaviors that influence a person to develop type II diabetes mellitus. Design a health education program for the prevention of diabetes mellitus in women aged 50-59 years. Implement the designed program. The intervention was carried out in the Urban Health Center "Metropolitana" with a sample of 10 women aged 50-59 years served by the popular insurance. Regarding the results thrown according to the specific objectives stated: the didactic planning was carried out to establish how many sessions the program would be formed and then the didactic planning was designed by sessions of the program "PREVENT DIABETES THIS IN YOUR HANDS COME AND LIVE SANO ", said planning was established in 5 sessions, these being a weekly session of 2 hours each. The educational sessions were held in the period from April 29 to May 27, having a group of 10 women. To identify the risk behaviors that influence a person to develop DM II, an instrument on the risk behaviors to develop DM II was applied to the total sample by 10 women. This application was in the form of a test. Which showed what were the risk behaviors to suffer DM II. To design a health education program for the prevention of DM II in women aged 50.59 years, the intervention of the program was planned to last five sessions in which subjects were selected according to the

risk behaviors shown in The test was made of rotations, sheets and questioning roulette, which were applied to women according to the topics that were seen per session. The search for images and concrete information was made to illustrate the rotations, the sheets of the plate of good eating and the jar of good drinking was made of new material in order to interact with women by gluing the food according to their grouping.

Subsequently, the implementation of the program was carried out.

Conclusions: The general objective was fulfilled since it was possible to promote healthy lifestyles through various activities. The majority of women were made aware of how to eat and perform physical activity. The hypothetical assumption is accepted because, changes were achieved in the women through the sessions and activities, the program was creative with the intention that they learn by playing.

Key words: Risk behaviors, Prevention, Diabetes mellitus type 2, Physical activity, Healthy eating, Program with educational sessions, Awareness.

CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales (OMS, 2014).

Más que una enfermedad es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por una insuficiente acción de la insulina endógena, lo que suele provocar hiperglucemia, alteraciones en los lípidos séricos y lesiones vasculares. Se distinguen por lo menos dos enfermedades que parecen tener una naturaleza diferente: la DIABETES tipo 1 (DM1) y la DIABETES tipo 2 (DM2). Esta última da cuenta de más de 95% de los casos por lo que la mayor parte de las consideraciones siguientes se referirá a ella. Cuando se haga alusión a la diabetes tipo 1 se harán las especificaciones correspondientes (Lifshitz, 2000).

La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre (Figuerola, 2003).

La morbilidad por diabetes mellitus en México ha mostrado una tendencia ascendente, lo que condiciona que la demanda de hospitalización en los últimos años sea cinco veces mayor que la de otros padecimientos, con una mayor incidencia de complicaciones (Figuerola, 2003).

La prevalencia es la medición que permite evaluar mejor la magnitud y tendencia de esta enfermedad.

Se calcula que en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes* fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (OMS, 2014).

Latinoamérica incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional (OPS, 2008).

México ocupa actualmente el octavo lugar mundial en la prevalencia de diabetes. Las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de mexicanos con diabetes. En cuanto a mortalidad por diabetes, México ocupa el sexto lugar mundial y el tercer lugar en el continente americano (Alimentaria, 2014).

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) señaló que la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en las causas de muerte en la entidad y que sólo en este año han fallecido 14 mil personas por esta enfermedad. Enrique Cisneros Avilés, responsable estatal de programa de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y sobrepeso del ISEM, dio a conocer que se encuentran en tratamiento por diabetes 92 mil 500 personas y en el último año se han detectado 17 mil nuevos casos, pero sólo tres de cada 10 sigue el tratamiento e indicaciones médicas (Cisneros, 2014).

De acuerdo con el Seguro Social Delegación Oriente, los municipios de Ecatepec y Nezahualcóyotl concentran el mayor número de diabéticos en el Estado de México, enfermedad que se ha convertido en un serio problema de salud pública para los mexiquenses. Una investigación centrada en el municipio de Nezahualcóyotl por tener una población heterogénea y el cual ocupa segundo lugar en número de habitantes, después de Ecatepec, demostró que el paciente diabético vive con estrés en un 95 por ciento, ansiedad leve a moderado y depresión leve a moderado en 70 por ciento, en ambas patologías psicoactivas. Los investigadores médicos dijeron que lo anterior se asocia a un descontrol metabólico con cifras de glucosa central por arriba de más de 120 Mrs. en un 80 ciento de la muestra de pacientes diabéticos. Respecto a la funcionalidad familiar del paciente diabético, se encontró un 34 por ciento de familias con disfunción leve a grave, con una relación significativa de pacientes diabéticos con depresión; no se encontró relación estadística significativa con ansiedad y estrés (Venegas, 2012).

Como postura preventiva el Licenciado en Educación para la Salud ayudaría a disminuir la enfermedad, implementando un programa de prevención en grupos de riesgo, llevar un control específico de factores modificables y evaluación de las opciones terapéuticas apropiadas a las características de cada diabético, lo cual repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad inherentes a la enfermedad.

Lo anterior motiva a formular las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2?

¿Cómo puede el Licenciado en Educación para la Salud ayudar a disminuir la morbilidad por diabetes tipo 2 en mujeres de 50 a 59 años?,

SUPUESTO HIPOTÉTICO

Al identificar las conductas de riesgo que influyen para el diagnóstico de DM2 en estado de riesgo, mujeres de 50 a 59 años se podrá realizar el diseño e implementación de un programa de educación para la salud

OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años.
- ✓ Implementar el programa diseñado.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal el diseño e implementación de un programa de educación para la salud sobre diabetes mellitus tipo II, debido a que es una de las principales causas de mortalidad en Ciudad Nezahualcóyotl principalmente en mujeres de 50 a 59 años de edad, según el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) señaló que la diabetes ocupa el primer lugar de causa de muerte, al año fallecen 14 mil personas, se detectan 17 mil casos nuevos y solo 3 de cada 10 siguen el tratamiento.

Con la implementación del programa *“La diabetes tipo II bajo control programa de educación para la salud”* que se impartió en el Centro de Salud Urbano “Metropolitana”, se identificaron las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo II. Se trabajó con un grupo de personas acerca de los temas por medio de pláticas y talleres, con las que se pudo evaluar las aportaciones desde el campo del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Al considerar este grupo de mujeres las cuales tuvieron entre 50-59 años de edad, se identificaron características sociales que influyen en la aparición de la enfermedad como son los niveles de estrés, tensión, ansiedad, y depresión mismos que se generan al administrar los recursos económicos, realizar las tareas del hogar, proveer el alimento a su familia, etc.

Para la mujer, el tratamiento la aceptación y la adaptación a dicha enfermedad crean un proceso psicológico difícil, las preocupaciones por convertirse en una carga para los seres queridos y para la sociedad, hacen que disminuyan las relaciones interpersonales y aumenten los sentimientos de tristeza y

desesperanza asociados con la pérdida de la salud, por lo que se deben de atender estas necesidades desde la prevención, teniendo un papel fundamental la educación para la salud.

La Licenciatura en Educación para la Salud pretende crear hábitos saludables, modificar conductas y dar los conocimientos suficientes para que puedan llevar un control adecuado de su enfermedad, por lo que la evaluación del programa implementado se suma a enriquecer las evidencias de las posibilidades de acción que se tiene ya como egresado.

Por lo anterior se puede afirmar que el Licenciado en Educación para la Salud es un profesional calificado, competente y competitivo, que visualiza la enfermedad como un proceso multidimensional, resultado del devenir histórico social de cada individuo y con sus intervenciones desde el campo social atiende la modificación de conductas para prevenir este padecimiento, así como realizar actividades que ayudarían a mejorar la salud y calidad de vida.

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta el marco teórico que se utilizará en la investigación. Está dividido en cuatro apartados los cuales son aportaciones de las diferentes áreas del conocimiento de las cuales se nutre la Licenciatura en Educación para la Salud.

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

2.1.1 Salud

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 1948).

El concepto menciona que la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud presenta enormes dificultades en cuanto a su definición. La definición extendida en nuestra sociedad es que "la salud es la ausencia de enfermedad" (Oblitas, 2006).

En una primera aproximación, como un estado de Equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y

felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más. (Piedrola, 2009).

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Moreno, 2008).

2.1.2 Enfermedad

Enfermedad como cualquier circunstancia que sea parte del estado de salud y salud como el estado de normalidad libre de enfermedad o dolor. En su uso de los términos "normal" y "patológico", las definiciones contemporáneas no han evitado completamente elementos de circularidad (Dubos, 1950).

Proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente “falta de firmeza”. La definición de enfermedad según la OMS es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Existen más definiciones de enfermedad. (Erdociaín, 1998).

Recogemos un par de ellas: Enfermedad es el “proceso y fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud”. Para la RAE, la enfermedad es una “alteración más o menos grave de la salud”. Las enfermedades tienen un amplio catálogo de orígenes. Pueden ser enfermedades infecciosas o no infecciosas, crónicas o agudas, hereditarias o adquiridas, respiratorias, intestinales, autoinmunes etc., etc. Tipos de enfermedad aparte, ¿qué tienen en común todas las definiciones de enfermedad? Pues que todas ellas consideran la enfermedad

como algo antagónico, opuesto, a la salud. Entonces finalmente podemos definir la enfermedad como un estado de alteración o falta de salud. Pero eso nos lleva al otro extremo, a preguntarnos que entendemos por salud como concepto (OMS, 1948)

2.1.3 Biología humana

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y el costo de su tratamiento es de miles de millones de dólares (Palladino, 2010).

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud (Palladino, 2010)

2.1.4 Sociología médica

La especialidad dentro de la psicología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Comprende temas tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales culturales en la salud y en la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud (Oblitas, 2006).

2.1.5 Psicología de la salud

Es el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y disfunciones relacionadas (Oblitas, 2006).

2.1.6 Medicina preventiva

Se ocupa de impedir, en el individuo familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniendo y promoviendo la salud por el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación así como evitando y limitando las invalideces que aquellos pueden ocasionar (Oblitas, 2006).

2.1.7 Conductas de salud

Son conductas en las que toma parte un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunogenos conductuales (Oblitas, 2006).

2.1.8 Conducta de riesgo

La conducta de riesgo se define como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida. Estas conductas, diferentes de las acciones

peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte (Lejoyeux, 2004).

Condicionamiento operante, llamado también instrumental y hoy en día análisis experimental de la conducta (AEC), se puede definir de la siguiente forma: Es la teoría psicológica del aprendizaje que explica la conducta voluntaria del cuerpo, en su relación con el medio ambiente, basados en un método experimental (Skinner, 1938).

Las conductas de riesgo no solo ponen en peligro la salud y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que, con frecuencia, también afectan a los demás. Las consecuencias para la salud y los costos monetarios de las conductas de riesgo para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto son impactantes y justifican la intervención pública” (Walque, 2013).

2.1.9 Riesgo

El término riesgo se utiliza en general para situaciones que involucran incertidumbre, en el sentido de que el rango de posibles resultados para una determinada acción es en cierta medida significativo (Fiorito, 2006).

2.1.10 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2002).

2.1.11 Factores protectores

Con base en estos estudios, se han propuesto dos categorías de factores protectores: a) los materiales o naturales y b) los inmateriales o sociales; y se

concluye que los factores protectores más relevantes en el contexto de la vida cotidiana de las familias en desventaja socioeconómica son: seguridad, filiación, afectividad, valores, enseñanza de normas, roles de los miembros de la familias y acceso a servicios complementarios de apoyo que promuevan su desarrollo físico, intelectual y socio-emocional (Llanos, 2003).

2.1.12 Saneamiento

Saneamiento se entiende el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar sin riesgo la orina y las heces. Los sistemas de saneamiento inadecuados constituyen una causa importante de morbilidad en todo el mundo. Se ha probado que la mejora del saneamiento tiene efectos positivos significativos en la salud tanto en el ámbito de los hogares como el de las comunidades. El término saneamiento también hace referencia al mantenimiento de buenas condiciones de higiene gracias a servicios como la recogida de basura y la evacuación de aguas residuales (OMS, 2015).

2.1.13 Prevención

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud (Redondo, 2004).

2.1.14 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (Palomba, 2002).

2.1.15 Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre). (OMS, 2016).

2.1.16 Diagnóstico clínico

Se basa a menudo en síntomas tales como sed intensa, mayor volumen de orina, y pérdida de peso inexplicable y, en los casos graves somnolencia o coma (OMS, 2016)

2.1.17 Detección de diabetes

La detección de la diabetes es una operación de rutina cuando la investigación de la glucosa de la orina forma parte del examen clínico de un paciente. El análisis sistemático de orina es una práctica seguida comúnmente en algunos países para el reclutamiento militar, el examen previo al empleo y la contratación de seguros de vida. Los adelantos tecnológicos en los métodos de medición de concentraciones sanguíneas y urinarias de glucosa han permitido examinar a gran número de personas (OMS, 2016).

2.1.18 Obesidad

La obesidad, se define como el incremento de peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en las que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y con n numerosas complicaciones (Martinez, 2013)

2.1.19 Insuficiencia renal

Insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada (Arakaki, 2003)

2.1.20 Pie diabético

El pie diabético es un conjunto de síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a micro traumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede devenir en amputaciones. (Tirado, 2014)

2.1.21 Hiperglucemia

La Diabetes, es un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por hiperglucemia debida a anormalidades en la secreción y/o acción de la insulina. Es una de las enfermedades crónicas que más comúnmente afecta a las personas de edad mayor y la forma clínica que se presenta con mayor frecuencia en este grupo es la diabetes tipo 2. La mitad de las personas con diabetes son mayores de 60 años. Los cálculos de la prevalencia para las personas de 60 años y más oscilan entre 15% y 20%, con las tasas más altas asociadas a personas mayores de 75 (OPS, 2008).

2.1.22 Hipoglucemia

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitus. Asimismo, es el factor limitante más importante en el manejo del tratamiento de los pacientes con DM tipo 1 y 2 que reciben insulina y fármacos (IMSS, 2011).

2.1.23 Metabolismo

El conjunto de todas las transformaciones químicas que se producen en una célula u organismo. Cientos de reacciones organizadas en “rutas metabólicas” (Delgado, 2011).

2.1.24 Insulina

La insulina es una hormona secretada por el páncreas participa en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. La producción deficiente de insulina y/o la disminución en la respuesta de los tejidos y órganos periféricos a su acción

constituyen las principales bases etiopatogenias de la diabetes mellitus (Ortiz, 2001).

2.1.25 Sedentarismo

Algunos autores han definido como “sedentarios” a quienes gastan en actividades de tiempo libre menos del 10% de la energía total empleada en la actividad física diaria (Romero, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), catalogó el sedentarismo como uno de los cuatro factores de mayor riesgo de muerte y estima que en el mundo 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a esto (OMS, 2016).

2.1.26 Dieta

La dieta es aquella manera de alimentarse, que aporta alimentos variados en cantidades adaptadas a nuestros requerimientos y condiciones personales. Llevar una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma (Pinilla, 2007).

2.1.27 Tipos de dieta

Existen muchos tipos de dietas. Todas ellas aseguran lograr una reducción de peso efectiva. Algunas con rapidez, algunas con facilidad, otras con la ayuda de medicamentos o complementos dietéticos. En ocasiones se ofrecen dietas muy severas, en otros casos dietas muy abundantes, algunas son balanceadas, otras no, algunas son rígidas en cuanto al contenido de los alimentos y no se pueden modificar, otras permiten un intercambio de alimentos (Endocrinología, 2012).

2.1.28 Dieta hipercalórica

La dieta hipercalórico se caracteriza por un aumento de las raciones de alimentos y/o por una mayor frecuencia de consumo de alimentos con alta densidad energética como por ejemplo alimentos ricos en grasas saturadas o en azúcares

sencillos. Este tipo de dietas se suelen utilizar en situaciones de bajo peso, desnutrición o convalecencia (Fontana, 2003).

2.1.29 Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2007).

2.2 ASPECTOS NORMATIVOS

2.2.1 Norma Oficial Mexicana 015 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Que con fecha 22 de septiembre de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 7 de abril de 2000, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de modificación a la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que, dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. Las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Que en atención a las anteriores

consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, para quedar NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (NOM-015, 2010).

2.2.2 Manual de normas técnicas y administrativas del programa integrado de diabetes mellitus

El programa de trabajo determinado por los gobiernos miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad. En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, la Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud de la cual forma parte este manual. El Programa Ampliado (PALTEX), en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de posgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio, y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones. El Programa Ampliado cuenta con el financiamiento de un préstamo de \$5.000.000 otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional de

\$1.500.000 para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica v vi Prefacio del Programa a la oficina coordinadora del Programa de Personal de Salud que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud. El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara en base a un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades. La Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal de los ministerios y servicios de salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para la formulación y desarrollo de programas de atención primaria (OPS, 1988).

2.2.3 Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprenda la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es compleja y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia. Existe evidencia que soporta la amplia gama de intervenciones para mejorar la evolución de la historia natural de la diabetes mellitus (OPS, 2009).

2.2.4 Programa de acción diabetes mellitus

En cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud, y en concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se establece la necesidad de democratizar la atención de la salud, para mejorar la salud de los mexicanos y las mexicanas, para lo cual se deberá: Asegurar la accesibilidad universal a los servicios de salud. Estimular la participación ciudadana para asumir la

responsabilidad del autocuidado de la salud. Desarrollar un sistema que responda con calidad a las necesidades de la ciudadanía y ofrezca, a los prestadores de servicios, remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo personal. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecen tres retos: la equidad, la calidad y la protección financiera, en el marco de los cuales deben desarrollarse proyectos específicos. El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes se integra en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en la estrategia: "Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades", en la cual se considera prioritario, de manera explícita, la promoción de la salud y la detección temprana de la diabetes. La transición epidemiológica del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles. A diferencia de los rezagos en salud que afectan a los pobres, estas enfermedades se presentan por igual en toda la población (Mora, 2001).

2.3 ASPECTOS SOCIALES

2.3.1 El análisis del campo de la salud

Ha presentado un problema fundamental que consiste en la carencia de un marco conceptual común que permita separar sus componentes principales. Sin ese marco ha sido difícil comunicarse adecuadamente o desmenuzar el campo de la salud en segmentos flexibles que se presten al análisis y la evaluación. Se percibió que existía una necesidad aguda de organizar los miles de fragmentos en una estructura ordenada, que fuera a la vez intelectualmente aceptable y suficientemente sencilla, de modo que permitiera ubicar rápidamente casi todas las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud: se necesitaba una especie de mapa del territorio de la salud (Palladino, 2010).

Este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la

mortalidad en el Canadá, y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país (Palladino, 2010).

2.3.2 Estilo de vida

En cuanto al concepto de campo de la salud, el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas (Palladino, 2010).

2.3.3 Organización de la atención de salud

La cuarta categoría del concepto, la organización de la atención de salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud (Palladino, 2010).

Hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales en el Canadá, se llega a la conclusión de que su origen está en los otros tres componentes del concepto, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, es evidente que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el

fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud (Palladino, 2010).

2.3.4 Características del concepto de campo de la salud

Este concepto tiene muchas características que lo constituyen en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud de los canadienses y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades (Palladino, 2010).

Una de las consecuencias obvias del concepto fue que se diera a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de la atención de la salud. Ese hecho es, de por sí, un cambio drástico, dada la prioridad absoluta otorgada en los conceptos antiguos del campo de la salud a la organización de la atención de la salud (Palladino, 2010).

Otro rasgo del concepto es su amplitud, su capacidad de abarcar el todo. Cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. En consecuencia, esta característica del concepto es importante porque garantiza que se considerarán debidamente todos los aspectos de la salud. Asimismo exige que todos los que contribuyan a la salud, ya sea individual o colectivamente -pacientes, médicos, científicos y gobierno- tengan conciencia de sus funciones y de su influencia en el nivel de salud (Palladino, 2010).

Una tercera característica del concepto es que permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción. Por ejemplo, puede determinarse que las causas básicas de las defunciones por accidentes de tránsito se deben, principalmente, a los riesgos a que se exponen

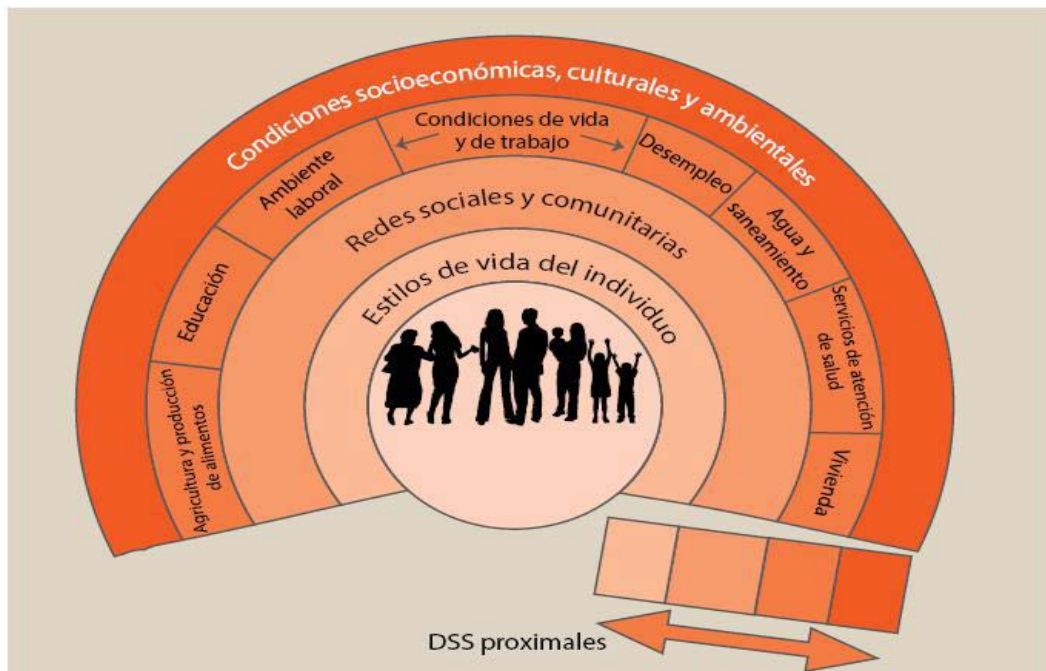
los individuos, con lo cual se asigna menor importancia al diseño de los automóviles y de las carreteras y a la disponibilidad de servicios de urgencia. En este caso, la biología humana tiene muy poca o ninguna importancia. En consecuencia, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de la atención de salud contribuyen a la mortalidad por accidentes de tránsito en 75%, 20% y 5%, respectivamente. Este análisis permite a los planificadores de programas concentrar su atención en los factores contribuyentes de más peso. En forma similar, se puede establecer la importancia relativa de los factores contribuyentes de muchos problemas de salud (Palladino, 2010).

La cuarta característica del concepto consiste en la posibilidad de desmenuzar, a su vez, los mismos componentes. Si se retoma el ejemplo de las defunciones por accidentes de tránsito, bajo la categoría de estilo de vida, los riesgos a que se exponen los individuos pueden clasificarse como poca habilidad para conducir, descuido, rechazo del uso del cinturón de seguridad y exceso de velocidad. Se podría decir entonces que, en gran medida, el concepto permite elaborar un mapa que señala las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas (Palladino, 2010).

Por último, el concepto de campo de la salud ofrece una nueva visión de la salud, visión que libera la creatividad para reconocer y explorar aspectos que hasta ahora se han ignorado. Como ejemplo, un resultado que se podría obtener al utilizar el concepto como instrumento analítico es la importancia que los canadienses, individualmente, atribuyen a sus comportamientos y hábitos en relación con su propia salud (Palladino, 2010).

Uno de los principales obstáculos que se presentan para mejorar la salud de los canadienses es que el poder para lograrlo se halla ampliamente disperso entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud. Esa fragmentación de la responsabilidad a veces ha llevado a utilizar enfoques

desequilibrados, en los cuales cada participante en el campo de la salud ha procurado soluciones limitadas a su propia esfera de interés. El concepto de campo de la salud unifica todos los fragmentos y permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros (Palladino, 2010).

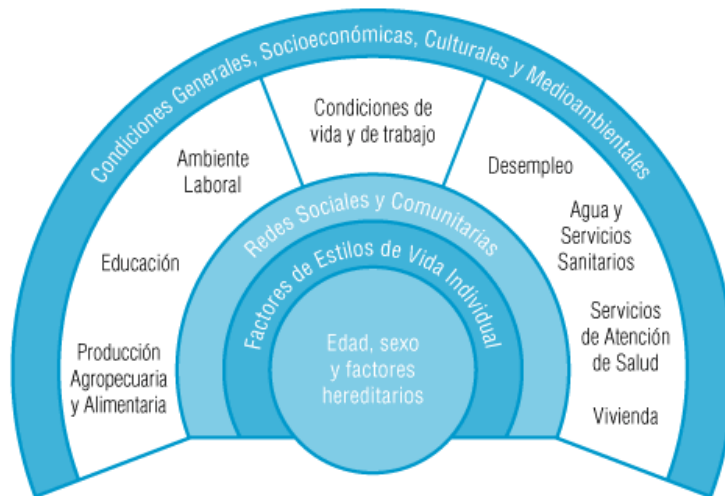


Fuente: Modelo de determinantes sociales de la salud Whitehead y Dalgren 1992.

2.3.5 Modelo de Whitehead

Propone un espiral de ciclos: sentir o experimentar el problema, imaginar la solución del problema, poner en práctica la solución imaginada, evaluar los resultados de las acciones emprendidas y finalmente, modificar la práctica a la luz de los resultados (Whetehead, 1991)

Modelo de Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead



Fuente. Dahlgren y Whitehead (1991)

2.3.6 Conductas de riesgo

“Las conductas de riesgo no solo ponen en peligro la salud y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que, con frecuencia, también afectan a los demás. Las consecuencias para la salud y los costos monetarios de las conductas de riesgo para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto son impactantes y justifican la intervención pública” (Walque, 2013).

2.4. EL CAMPO DE ACCIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD

2.4.1 Educación para la salud

Para la Organización Mundial de la Salud la Educación para la Salud es “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. Desde una perspectiva holística, la salud, contempla al individuo en su totalidad, en su entorno global (OMS, 1998).

Un proceso cuyas dimensiones intelectual, psicológica y social se relaciona con actividades que incrementa las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario (Oblitas, 2006).

2.4.2 Licenciado en educación para la salud.

Mediante un aprendizaje integral, adquiere las capacidades, aptitudes y actitudes para: Reconocer la presencia de enfermedades crónico degenerativas o causadas por distintos agentes patógena o epidemiológica que afecten la salud comunitaria. Reconoce en las prácticas o hábitos comunitarias el origen y o propagación de enfermedades. Canaliza a las distintas instituciones a individuos, familias o colectivos que requieran de atención médica. Propone, gestiona y opera programas educativos para la prevención y conservación de la salud, así como para la transformación de las prácticas culturales, sociales y económicas coadyuvantes de la enfermedad (UAEM, 2007).

2.4.3 Competencias en el licenciado en educación para la salud

Desarrolla el potencial de aprendizaje y habilidades académicas básicas que contribuyan a la solución sistemática y crítica de problemas. Los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de Ciencias de la Salud, Sociales y de la Educación. Las competencias académicas que le permitan aprender en dimensiones complejas de los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación. El conocimiento de las prácticas culturales que influyen en el allegamiento de la calidad de vida. La capacidad de incorporar la cultura y prácticas sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en prácticas propias. El conocimiento para identificar en la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente los factores propicios para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables (UAEM, 2007).

2.4.4 Actividades del licenciado en educación para la salud

Las actividades de Educación para la Salud, en la Subdirección de Apoyo a la Educación, se realizan mediante la adecuación de métodos y técnicas acordes a la edad de la población escolar a través de pláticas, asesorías o clases directa, dirigidas a los alumnos, los docentes o padres de familia. Las vertientes o líneas de acción se distinguen en:

- I. Apoyo a contenidos programáticos de Preescolar y Primaria.
- II. Actividades comunitarias (OMS, 1998).

2.4.5 Educación

La educación es un fenómeno que nos concierne a todos desde que nacemos. Los primeros cuidados maternos, las relaciones sociales que se producen en el seno familiar o con los grupos de amigos, la asistencia a la escuela, etc., son experiencias educativas, entre otras muchas, que van configurado de alguna forma concreta nuestro modo de ser (Navas, 2004).

2.4.6 Conocimiento

Se puede decir que el conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consiente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar (Marin, 2008).

2.4.7 Destreza

En la literatura inglesa "la palabra skill significa habilidad, destreza, pericia, arte o técnica, y la palabra ability, significa habilidad capacidad, talento, aptitud o dote". En estos significados se puede resaltar como hecho importante, que entre ambos solamente coincide la palabra habilidad, mientras que en los otros elementos se presentan diferencias (Contreras, 1998).

2.4.8 Habilidad

En esta dirección, Guthrie,) define la Habilidad como "la capacidad adquirida por aprendizaje, de producir resultados previstos con el máximo de certeza y frecuentemente, con el mínimo dispendio de tiempo, de energía o de ambas cosas" (Contreras, 1998).

2.4.9 Didáctica

Etimológicamente, el término Didáctica procede del griego: *didaktiké, didaskein, didaskalia, didaktikos, didasko* (didaktike, didaskein, didaskalia, didaktikos, didasko) Todos estos términos tienen en común su relación con el verbo enseñar, instruir, Exponer con claridad. *Didaskaleion* era la escuela en griego; *didaskalia*, un conjunto de informes sobre concursos trágicos y cómicos; *didaskalos*, el que enseña; y *didaskalikos*, el adjetivo que se aplicaba a la prosa didáctica (Mallart, 2000)

2.4.10 Prácticas profesionales

La práctica profesional es el conjunto de actividades específicas propias de cada carrera y demandadas por la sociedad. Es la forma que tiene el profesional de influir prácticamente en la vida social y productiva de la humanidad.

Por lo tanto, la práctica profesional, entendida de esta manera general no puede restringirse al ejercicio práctico de una formación específica, ésta es sólo una de sus características. En un sentido restringido la práctica profesional es una fase de la formación de los universitarios. Se entiende como un periodo, de un año, que inicia en el último semestre de la carrera y se prolonga durante un semestre más al terminar la carrera.; en esta "definición" se deben conjugar tanto los intereses académicos (que ha de vigilar la institución educativa) como los intereses sociales (a cargo de la sociedad) (Parent, 2004).

2.4.11 Aprendizaje

El aprendizaje es el proceso o conjunto de procesos a través del cual o de los cuales, se adquieren o se modifican ideas, habilidades, destrezas, conductas o

valores, como resultado o con el concurso del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento o la observación.

A esto habría que añadir unas características que tiene exclusivamente el aprendizaje, permite atribuir significado al conocimiento y permite atribuir valor al conocimiento (Zapata-Ros, 2009).

2.4.12 Enseñanza

Históricamente, la enseñanza ha sido considerada en el sentido estrecho de realizar las actividades que lleven al estudiante a aprender, en particular, instruirlo y hacer que ejercite la aplicación de las habilidades.

Los nuevos estudios se enfocaron en la enseñanza para la comprensión, la cual implica que los estudiantes aprenden no sólo los elementos individuales en una red de contenidos relacionados sino también las conexiones entre ellos, de modo que pueden explicar el contenido de sus propias palabras y pueden tener acceso a él y usarlo en situaciones de aplicación apropiadas dentro y fuera de la escuela (Scardamalia, 1987).

2.4.13 Orientación

Destinada a incidir en la motivación de los actores por el valor del tema ambiental. Para el individuo y para la localidad. Esta incide en el proceso de apreciación de su realidad objetiva y cultural (Lawrence, 2008).

2.4.14 Estructurada

Incide en la forma tradicional de enfrentar las realidades ambientales. El producto esperado es un nivel o modo adecuado de representación de su realidad ambiental (Lawrence, 2008).

2.4.15 Inducciones

Induce a la valoración de la organización social cogestionaría en pro del ambiente. Incide en la capacidad de crear y transformar (Lawrence, 2008).

2.4.16 Concientización

En síntesis, el proceso de la concientización comporta varias fases por las que pasa el oprimido en su esfuerzo liberador hacia la toma de conciencia. Lo importante, al seguir las ideas de Freire, es observar críticamente la realidad y el proceso histórico en que opresores y oprimidos cuando colaboren sinceramente en el cambio de esta opresión, se reconocen y se comprometen. Se trata, entonces, en términos amplios, de resolver el conflicto de quienes desean ser sujetos libres y participar en la transformación de la sociedad. Visto así el proceso, esta metodología sería válida para todo tipo de opresión, sin restricción de sexo o clase social, y la opresión puede ser también de cualquier tipo, no sólo económica. Se trata de colaborar para recuperar lo auténtico y la integridad del ser (Lawrence, 2008).

2.3.17 Modelos cognitivo conductuales

Diversas investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud han subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías. Atribuciones, etc.) Como mecanismos centrales de la eficacia de las intervenciones (Fiorito, 2006).

2.4.18 Supuestos generales

1. los individuos son procesadores activos de información que interpretan y evalúan la que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.
2. los pensamientos de un sujeto pueden regular y afectar los procesos psicológicos y fisiológicos y, por otra parte, la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y de memoria.
3. se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta.
4. los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales tanto adaptativos como des adaptativos. Respeto de esos últimos, pueden ser remplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas (Zapata-Ros, 2009).

2.4.19 Programa

Es una serie de tareas recurrentes y relacionadas, que por lo general, están dirigidas a la consecución de un resultado importante y que requieren más de un periodo para ser logrado (Jimenez, 2005).

2.4.20 Programa educativo

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir (Jimenez, 2005)

2.5 APORTACIONES DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEORICO

Jiménez y cols. (Cuba) 2007 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, realizaron una investigación denominada “Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético”. El artículo menciona que la educación del paciente diabético es un factor fundamental para que la diabetes mellitus, aún en su condición de enfermedad crónica, no llegue a alcanzar mayores complicaciones. Como objetivo se analizó el nivel de conocimiento sobre la prevención del pie diabético en pacientes portadores de diabetes mellitus. Se realizó un estudio descriptivo en 5 consultorios del Área V del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido entre febrero y abril de 2006. La muestra estuvo conformada por un total de 68 pacientes diabéticos a los cuales se les aplicó una encuesta. Como resultado hubo un alto por ciento (86,4 %) de nuestros pacientes conocía algunas de las complicaciones atribuibles a su enfermedad, aunque al evaluar el nivel de conocimiento predominó el nivel aceptable promedio. El nivel de conocimiento de los pacientes encuestados no es suficiente. El tratamiento de estos pacientes debe incluir este tipo de informaciones, si se consideran las complicaciones que pueden llegar a sufrir.

Sánchez y cols. (Cuba) 2008, realizaron una investigación llamada "Calidad de vida en el paciente diabético". El artículo menciona que la diabetes mellitus es un importante problema de salud a nivel mundial, por ser una de las afecciones no transmisibles más frecuentes, así como por la severidad y diversidad de sus complicaciones crónicas. Como objetivo se valoró algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales relacionados con la calidad de vida del paciente diabético. Se realizaron estudios descriptivos de corte transversal en el Centro de Atención y Educación al Diabético en el período comprendido entre diciembre de 2006 y febrero de 2007. El universo estuvo integrado por 148 pacientes diabéticos tipo 2 que recibieron ingreso ambulatorio en dicha institución. Se analizó las siguientes variables: edad, sexo, años de evolución, enfermedades asociadas y evaluación nutricional según índice de masa corporal. La calidad de vida se valoró mediante la aplicación del cuestionario del perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. Existió un predominio del sexo femenino sobre el masculino; el mayor número de pacientes estaba entre 40 y 59 años; resultó significativa la asociación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial, destacándose los pacientes sobrepeso. La calidad de vida fue menor en los pacientes con más años de evolución, los obesos y los que padecen de enfermedad vascular periférica. No obstante, en su percepción general solo manifestaron un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad. Aunque la calidad de vida de los pacientes diabéticos no esté deteriorada de forma general pueden padecer un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad.

Escobedo y cols. (México) 2011, realizaron una investigación denominada "Diabetes en México. Estudio Carmela". Se realizó un estudio transversal en México, para evaluar la frecuencia y distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular, incluyendo el espesor de la íntima media de la arteria carótida común. Se seleccionaron aleatoriamente 1722 adultos de 25 a 64 años de edad, de uno y otro sexo. Se estimó la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, así como de alteración de la glucosa en ayuno y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la obesidad, la

obesidad abdominal y el espesor de la íntima media de la arteria carótida común. La prevalencia de diabetes fue de 9.7% en mujeres y de 8.0% en hombres. Se observó un claro efecto de edad. La proporción de sujetos que ignoraban padecer diabetes fue de 26%. Los factores más relacionados con la diabetes fueron la edad, la obesidad abdominal, la hipertensión arterial, un valor bajo de las lipoproteínas del colesterol de alta densidad y la hipertrigliceridemia. El control metabólico observado fue bajo. La prevalencia de diabetes mellitus en la Ciudad de México es elevada y representa un importante problema de salud. Su asociación con factores de riesgo cardiovascular obliga a implementar medidas de salud poblacional dirigidas a disminuir los factores de riesgo relacionados con su ocurrencia.

López y cols. (México) 2013, realizaron una investigación denominada “Diabetes mellitus hacia una perspectiva social “. El artículo menciona que la diabetes mellitus es considerada actualmente como una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen. El propósito de este trabajo fue analizar la situación de la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva social, en la que inciden factores de carácter cultural y económico que predisponen el comportamiento del paciente respecto a la enfermedad y cambian su propio contexto familiar, laboral y comunitario. En México, el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema económico grave para el paciente, su familia, la sociedad y el propio Estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados por la comunidad médica pero que están latentes y requieren atención inmediata para abatir el rezago que tenemos para esta enfermedad y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras de este padecimiento.

Carrillo y cols. (México) 2013, realizaron una investigación denominada “tratamiento quirúrgico de la diabetes mellitus tipo 2”. En donde se analizó que diversos procedimientos de cirugía bariátrica y otros quirúrgicos gastrointestinales

pueden remitir la diabetes mellitus tipo 2 y disminuir la hiperlipidemia e hipertensión arterial en pacientes obesos y no obesos. Se revisó los resultados clínicos de esas intervenciones (“cirugía metabólica”) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las perspectivas de su papel en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Se concluyó que la cirugía metabólica tiene efectos benéficos en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 obesos y no obesos, a un año de seguimiento la diabetes mellitus tipo 2 remite en más del 60%.

Pascua (España) 2006, realizó una investigación denominada “aumenta la diabetes” El artículo menciona que en España aumenta el número de defunciones certificadas como causadas por diabetes a lo largo del siglo en curso. Los 768 óbitos que se le asignaron en 1901, se convirtieron, por suave gradación, en 2.155 para el año 1930, entre las cifras dadas por definitivas. Para los tres años posteriores a éste, sólo disponemos aún de las provisionales y las correspondientes a 1933, hacen elevar la mortalidad absoluta por esta entidad a 2.343, es decir, tres veces ya la que fuera treinta y dos años antes. El ascenso, como puede seguirse en la tabla, ha afectado, aunque no en idéntico ritmo, a ambos sexos: de 409 a 834 defunciones en los treinta años de números definitivos para los varones, y da 360 a 1.321 en igual período para las hembras. No se dispone en cuanto a los datos provisionales de cualificación sexual. Se concluyó que la acción de la insulina viene concentrada, pues, en esta esfera de la salud general, en la evitación del coma, y como resultado de ello en la prolongación de la vida. Mas sus beneficiosos efectos no han podido desbalancear aún, según parece, el aumento, quizá en parte aparente por las razones dichas, de la mortalidad por diabetes, cuya posible patogenia en su enfoque social queda esbozada más arriba.

Mora (Costa Rica) 2014, en su investigación “Se confirma que la diabetes mellitus continúa siendo una de las enfermedades crónicas más serias”, señala que las cifras epidemiológicas de la enfermedad se mantienen y avanza, a pesar de los esfuerzos de los servicios de salud de los países y las organizaciones

antidiabéticas nacionales y regionales que la combaten, apoyadas y dirigidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se concluyó que en nuestro país la diabetes mellitus es un serio problema de salud, el cual debe ser resuelto mediante la aplicación permanente de programas de prevención y educación, diseñados y ejecutados permanentemente por los principales organismos responsables: Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud y Educación y las universidades públicas y privadas, con la asistencia técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana y las asociaciones mundiales dedicadas a combatir y erradicar a las enfermedades mencionadas.

Restrepo (Colombia) 2000, realizó una investigación denominada “diabetes y embarazo”. El presente artículo se publicó por la revista colombiana de obstetricia y ginecología el cual menciona que hicieron revisiones que incluyen la nueva clasificación etiológica y los nuevos criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus (DM). Igualmente, se analizó el metabolismo de la mujer embarazada diabética, los efectos del embarazo sobre la DM y viceversa.

Finalmente, se hace énfasis en el manejo metabólico de la DM durante el embarazo, trabajo de parto y parto; además, se discute el manejo obstétrico, incluyendo la vía del parto y el momento del mismo. Se concluyó que todas las pacientes diabéticas embarazadas deben someterse a ecografías seriadas cada cuatro semanas partir de la semana 20 de gestación, para monitorizar el crecimiento fetal; al final del embarazo, la estimación clínica y la evaluación ecográfica habitualmente coinciden en diagnóstico de feto grande. Los hijos de madres con DMG tienen aumentado el riesgo de obesidad, intolerancia a la glucosa y diabetes en la adolescencia tardía y la adultez joven.

Malacara y cols. (México) 2009, realizaron una investigación denominada “Los Conceptos en Evolución sobre Diabetes tipo 2”. El artículo publicado por el acta universitaria de Guanajuato menciona que actualmente se cuestionan las bases conceptuales y la utilidad práctica del síndrome metabólico, aunque la importancia de sus componentes sigue vigente. La definición actual de la prediabetes también

parece endeble, como un medio para identificar la etapa preclínica de la enfermedad. La resistencia a la insulina, aunque ya no se identifica como la causa principal de la diabetes mellitus, tiene un componente muy importante que debe ser considerado, que es el hígado graso no alcohólico. Por otra parte, la deficiente secreción de insulina se considera la condición *sine qua non* para la instalación de la diabetes mellitus tipo 2, pero su defecto principal no ha sido identificado, aunque si diversos factores coadyuvantes. Se identificó cerca de 15 genes asociados a la enfermedad, pero se calcula que solo explican cerca del 15% de su variabilidad. Por ello se explora la importancia de las improntas perinatales, como el peso al nacer, las condiciones metabólicas de la madre y la alimentación el primer año de vida. La importancia de la alimentación tanto en calidad como en cantidad, ahora se examina con más detalle mediante el estudio del efecto de la ingesta de AGEs (productos finales de glucosilación avanzada) y los ácidos grasos *trans*, que parecen participar en la fisiopatología y el curso clínico de la diabetes.

Durán y cols. (España) 2012, realizaron una investigación denominada “Alimentación y diabetes”. El artículo menciona que una dieta con bajo índice glicémico puede mejorar el control metabólico en la diabetes tipo 2, pero el debate aún continúa. Las frutas a pesar de la fructosa que contienen, también puede bajar el índice glicérico, además su consumo se ha asociado con una reducción de los niveles de A1c y pueden influir positivamente en el colesterol HDL, presión arterial y riesgo de enfermedad coronaria en general. Con respecto a la ingesta de grasa no se observa una relación entre ella y la A1c. Con respecto al consumo de alcohol se ha reportado que el consumo moderado de alcohol se asocia con una menor prevalencia de síndrome metabólico, aunque no hay información que lo relacione con el A1c. En este artículo se revisó la evidencia publicada sobre el efecto del consumo de frutas, grasas y alcohol sobre el control metabólico en diabéticos. Se concluyó que actualmente uno de los debates sobre la dieta en el tratamiento de la diabetes tipo 2 es el tipo de CHO. El cual está estrechamente

relacionado con los cambios glicémicos, que podrían conducir a beneficios y mejoras en los parámetros metabólicos de los pacientes.

Garro y cols. (Argentina) 2012, realizaron una investigación denominada “La enfermedad (diabetes) un destino por identificación” Este artículo menciona temas relacionados con el juego de las identificaciones en relación con la aparición de síntomas de enfermedad somática. Se tuvo en cuenta enunciados teóricos de Anna Freud como la “identificación con el agresor”; de Piera Alagnier cuando alude al “enunciado identificatorio”; de René Spitz, en relación al uso volitivo del gesto y la palabra “No”, como consecuencia de la identificación con la prohibición de parte del adulto. Con el fin de enriquecer el análisis, se toma en consideración el concepto de “identificación proyectiva” de Melanie Klein. Estos aportes teóricos permitieron explicar la enfermedad somática de un caso clínico, como consecuencia de una personalidad por un lado sumisa a los mandatos de la figura parental (en el caso que se analiza, la madre) que marca las pautas de crianza, favorecida por un padre ausente; y al mismo tiempo una marcada tendencia a cuidar de los demás y a ejecutar múltiples tareas lo cual pone de manifiesto la actitud de omnipotencia para relacionarse con el mundo externo. Esta tendencia demuestra la puesta en marcha de la sobre adaptación y la seudo identificación como defensa. Se concluyó que cómo la Sra. G. permanece repitiendo de alguna manera su modo de funcionamiento en donde la disociación mente-cuerpo no le permite tomar recaudos a pesar de los acontecimientos somáticos vividos. El aporte terapéutico sería necesario a los fines preventivos.

Licea y cols. (Perú) 2011, realizaron una investigación denominada “Algunos aspectos relevantes de la epidemiología de la diabetes mellitus en Cuba”. El artículo menciona que se realizó un estudio prospectivo de 995 pacientes diabéticos se observó un predominio del grupo etéreo de 45-64 años con 35.5 % y la Diabetes Mellitus tipo 2 con 93%. La duración clínica de la enfermedad fue mayor en el grupo de 0-4años con 30.5%. Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario fueron la Diabetes Mellitus descompensada, para una tasa de 0.99 x

10,000; la Bronconeumonía para una tasa de 0.94x 10,000; la Cardiopatía Isquémica para una tasa de 0.49 x 10,000; el Infarto del Miocardio para una tasa de 0.39x10,000 y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva para una tasa de 0.37x 10,000. Como se puede observar, predominaron las afecciones cardiovasculares. Conclusión El tratamiento más utilizado fue el de los compuestos hipoglucemiantes orales con 52.4 % y la insulina con el 22,9%. Es de resaltar que 112 pacientes, 15.3%, no tenían tratamiento alguno. La tasa de letalidad se encuentra en 3,24 x 100 y la de morbilidad al ingreso de 5.29x 1000.

Smith y cols. (Chile) 2012, realizaron la siguiente investigación “Diabetes y su impacto en el territorio periodontal”. El artículo menciona que la diabetes y enfermedad periodontal corresponden probablemente al mejor ejemplo de cómo una enfermedad sistémica puede tener un efecto en el territorio periodontal. Si bien esta asociación ha sido extensamente estudiada, muchas de las asociaciones propuestas presentan contradicciones. En la presente revisión de la literatura se analizó los siguientes tópicos relevantes para la práctica clínica en periodoncia e implantología: i) Identificación de enfermedad periodontal severa y su capacidad para diagnosticar casos de diabetes; ii) Efectos de la diabetes sobre la enfermedad periodontal; iii) Efectos de la diabetes sobre la reparación periodontal y periimplantaria; iv) Efecto del tratamiento periodontal sobre el control metabólico de la diabetes. Se concluyó que la identificación de pacientes con enfermedad periodontal avanzada puede ser un elemento clínico relevante para sospechar de una diabetes no diagnosticada. Diferentes estudios muestran que la diabetes está asociada con un mayor riesgo de enfermedad periodontal y que puede modular negativamente la reparación periodontal y peri-implantaria. El tratamiento de la enfermedad periodontal puede tener un efecto positivo en el control metabólico de la diabetes, medido a través de los niveles de HbA1c, por un período de hasta 3 meses.

Marulanda. (Colombia) 2006, realizaron una investigación denominada “Manifestaciones gastrointestinales de la diabetes mellitus”. El artículo menciona

que la diabetes mellitus viene cobrando gran importancia dado su carácter actual de pandemia principalmente en relación al tipo 2. Su carácter de enfermedad multisistémica por compromiso de órganos blancos no puede dejar de lado al tracto gastrointestinal, en donde se involucran las alteraciones funcionales por neuropatía autonómica, compromiso infeccioso y afección de tipo autoinmune cuando se está en presencia de diabetes tipo 1. El hígado es un órgano particularmente sensible al compromiso por diabetes tipo 2 por hígado graso. En el contexto de la hepatitis C puede ser un evento asociado a tener en cuenta por múltiples mecanismos. La cirrosis puede desarrollar diabetes hepatógena como se expuso en esta revisión; el páncreas puede ser comprometido por fenómenos autoinmunes, y la pancreatitis crónica puede desarrollar diabetes mellitus y presenta características especiales en cuanto a su fisiopatología y a su comportamiento clínico. Además, la cetoacidosis diabética puede llevar a pancreatitis aguda. Es también de anotar el carácter de inductora a lesiones neoplásicas dados los factores de riesgo que presenta la diabetes mellitus tipo 2 principalmente relacionados con cáncer de colon, sin dejar de lado los efectos proliferativos de la hiperinsulinemia generada como consecuencia de la resistencia a la misma. La gastropatía autoinmune asociada a diabetes mellitus tipo 1 puede conllevar a desarrollo de adenocarcinoma y tumores carcinoides. Esta revisión tuvo como objetivo describir los principales efectos de la diabetes mellitus a nivel del tracto gastrointestinal incluyendo páncreas e hígado, además de plantear otras asociaciones menos conocidas, y generar una mayor comprensión de esta enfermedad.

Culebras y cols. (Madrid) 2010, realizaron una investigación denominada “puesta al día sobre el paciente diabético/síndrome metabólico”. El artículo menciona que se llevó a cabo un estudio para saber más acerca de la diabetes mellitus tipo 2, El abordaje dietético en la diabetes mellitus tipo 2 va dirigido a controlar la hiperglucemia, a disminuir la hiperglicemia y la hipertrigliceridemia postprandial, a mejorar el perfil lipídico y a controlar la hipertensión arterial. La discusión principal

se centra en determinar la utilidad de las fórmulas específicas para diabetes frente a las fórmulas estándar.

Como resultados se obtuvo que existió un predominio del sexo femenino sobre el masculino; el mayor número de pacientes estaba entre 40 y 59 años; resultó significativa la asociación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial, destacándose los pacientes sobre-peso. La calidad de vida fue menor en los pacientes con más años de evolución, los obesos y los que padecen de enfermedad vascular periférica. No obstante, en su percepción general solo manifestaron un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad. Se concluyó que, aunque la calidad de vida de los pacientes diabéticos no esté deteriorada de forma general pueden padecer un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad.

CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La presente investigación fue cuantitativa porque se trabajó con los porcentajes obtenidos del test para identificar las conductas de riesgo. El tipo de investigación fue de tipo cualitativa porque se trabajó con las conductas de riesgo.

Esta investigación fue transversal porque se trabajó en una sola ocasión con distintas mujeres adultas; siendo un estudio prospectivo ya que la información sobre las categorías que se investigaron no se contaba con ella y fue necesario programar la actividad de recolección.

Así mismo la investigación fue experimental ya que se diseñó un programa, mismo que se implementó pretendiendo contribuir al cambio de conducta de las mujeres involucradas.

Ubicación de la investigación

Se realizó en el Centro de Salud Urbano “Metropolitana”, ubicado en Av. Ángel de La Independencia 144, Colonia Metropolitana 2da Secc. Municipio de Nezahualcóyotl, México.

Sujetos de estudio

Mujeres de 50-59 años atendidas por el Seguro Popular.

Universo de estudio

Mujeres atendidas por el Seguro Popular que asistieron al Centro de Salud Urbano “Metropolitana”.

Muestra

10 mujeres atendidas por el Seguro Popular que asistieron al Centro de Salud Urbano “Metropolitana”.

Criterios de selección

Inclusión:

- ✓ Mujeres de 50-59 años que asistieron a consulta en el Centro de Salud Urbano “Metropolitana” atendidas por el Seguro Popular.
- ✓ Con conductas de riesgo para el diagnóstico de DM2.
- ✓ Mujeres que dieron su consentimiento informado por escrito.

Exclusión:

- ✓ Mujeres menores de 50 y mayores de 59 años de edad que asistieron Centro de Salud Urbano “Metropolitana” a consulta y que no estuvieron inscritas al programa del Seguro Popular.
- ✓ Todas aquellas mujeres que no presentaron conductas de riesgo altas para el diagnóstico de DM2.
- ✓ Mujeres que no dieron su consentimiento informado por escrito.

Eliminación:

- ✓ Todos aquellos cuestionarios que no fueron correctamente contestados.

Tipos de fuentes

Tipos de fuentes: fue fuente directa por que se aplicó test a las mujeres. Las fuentes indirectas serán los instrumentos como la norma oficial número 015 con la prevención de diabetes mellitus.

Recopilación de la información

Para dar cumplimiento al Objetivo General *Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.*

se procedió cumplir cada uno de los objetivos específicos.

De esta forma, para desarrollar el objetivo *Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2* se aplicó un test con 27 preguntas con los siguientes temas: activación física, dieta, sedentarismo,

alimentación, y síntomas de DM II, el cual se aplicó en la primera sesión de la intervención.

Para Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años se planeó que la intervención del programa tuviera una duración de cinco sesiones en las cuales se seleccionaron los temas de acuerdo a las conductas de riesgo arrojadas en el test.

Como parte del diseño del programa se elaboraron rota folios, láminas y la ruleta preguntona, los cuales se aplicaron a las mujeres de acuerdo a los temas que se vieron por sesión, se realizó la búsqueda de imágenes e información concreta para ilustrar los rota folios, las láminas del plato del buen comer y la jarra del buen beber se realizó de material novedoso con el fin de poder interactuar con las mujeres pegando los alimentos de acuerdo a su agrupación.

Para el objetivo Implementar el programa diseñado, una vez que se obtuvo la autorización para realizar el estudio se procedió a acceder a las instalaciones y acomodar los rota folios, mientras se les daba un saludo de bienvenida y se daba paso a una pequeña introducción sobre el tema para comenzar con las sesión correspondiente, después de la introducción al tema se comenzaba con la explicación, posteriormente se aplicaban las dinámicas y se finalizaba con la retroalimentación y la participación del grupo.

Con todo lo anterior se procedió a *implementar el programa diseñado.*

Instrumento

Para la investigación se utilizó un test con los temas de alimentación u dieta elaborado con aportaciones de tres ya existentes los cuales fueron: “*Sabes cómo llevar una buena alimentación*” publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública, “*Síntomas de DM II y obesidad*” publicado en la Revista “*Endocrinología y Nutrición*” (Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología)

y *“Sedentarismo y actividad física, cómo impactan en la salud”* artículo publicado en la revista de la Sociedad Argentina de Cardiología.

El documento resultante se presenta en anexos (anexo 3).

Aspectos éticos de la investigación

En cumplimiento de las referencias internacionales en cuanto a la realización de alguna investigación donde se vean involucrados seres humanos se consideró el Código de Núremberg (1947) que establece la elaboración del consentimiento informado el cual satisface los conceptos morales, éticos y legales, permitiendo a la persona tomar decisiones legales y que deberá ser realizado bajo su propia voluntad.

Así mismo y de acuerdo con la Declaración de Helsinki (2000) se tiene el propósito de orientar a los médicos y otras personas que realizan investigaciones, que habrán de considerar el punto 10 el cual menciona que toda investigación médica deberá proteger tanto la salud como la intimidad y dignidad de todo ser humano, por tanto, la persona deberá estar informada y tendrá derecho a participar o no en la investigación y poder retirar su consentimiento en cualquier momento.

De igual manera se consideró el Informe de Belmont (1979) que cuenta con normas específicas y generales en investigación considerando el apartado C, el cual establece el consentimiento informado y cuenta con normas tanto específicas, como generales que involucrarán la participación de los seres humanos determinando sus riesgos y beneficios.

Dentro de la normatividad mexicana fue considerada la Ley General de Salud (2009) que dentro de su apartado quinto de Investigación para la salud dentro del apartado 50 100 en el punto IV, dice que para toda investigación médica será necesario contar con un consentimiento informado por escrito del sujeto o representante. Finalmente, y de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de

Salud (1984) tomando en cuenta el apartado V. hace mención acerca del consentimiento informado el cual permitirá la autorización.

En cumplimiento a lo anterior se redactó el consentimiento informado por escrito (Anexo 4).

Análisis y presentación de la información

La información que se recopiló de los instrumentos aplicados se procesó en el programa de Microsoft Excel obteniéndose medidas de tendencia, la información se presenta en gráficas de segmentos en el siguiente capítulo.

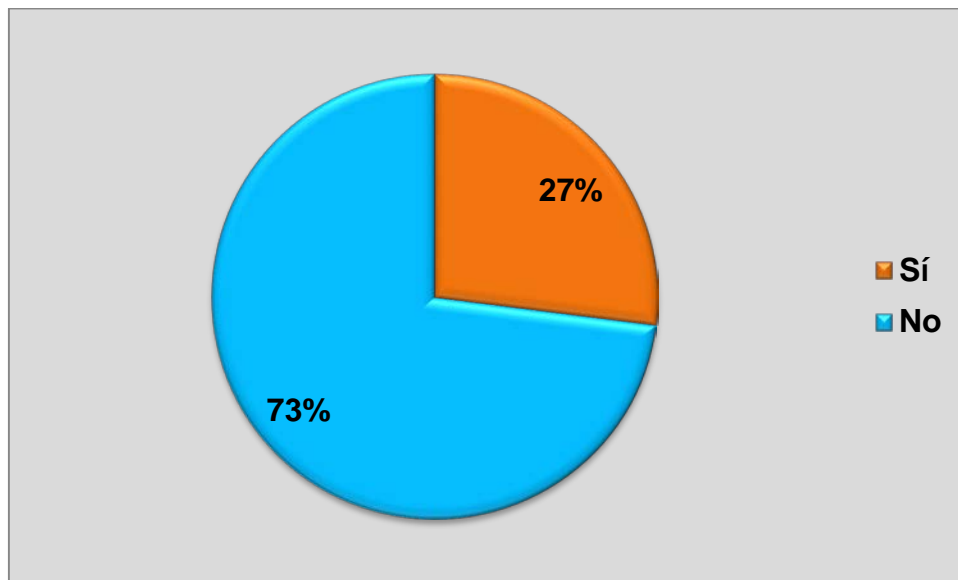
CAPITULO 4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por medio de un test utilizando el programa de Microsoft Excel de acuerdo a los Objetivos Específicos.

Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

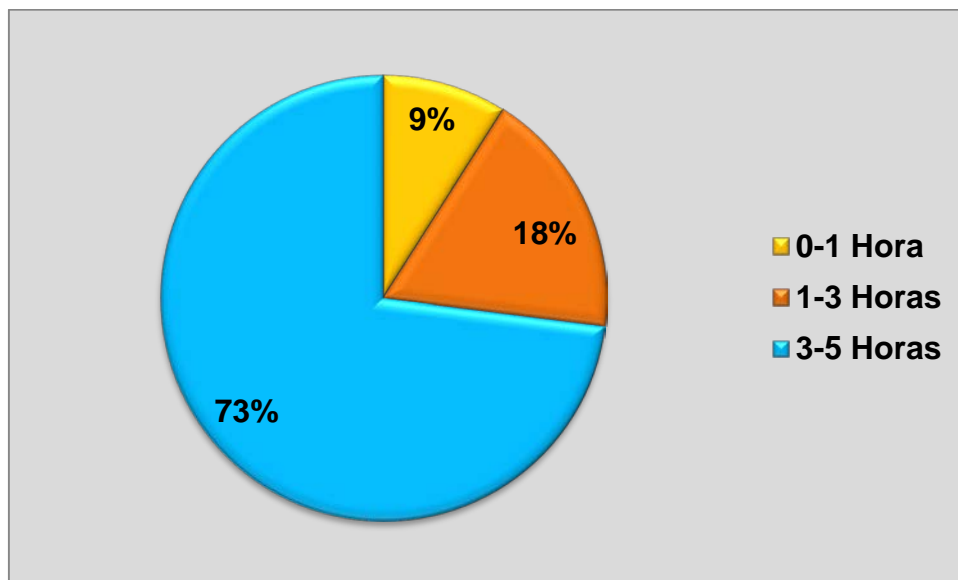
1.- ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física cada día (o 4 horas semanales), en el trabajo y/o en el tiempo libre?

73% de las mujeres no realizan actividad física y 27% si lo hacen.



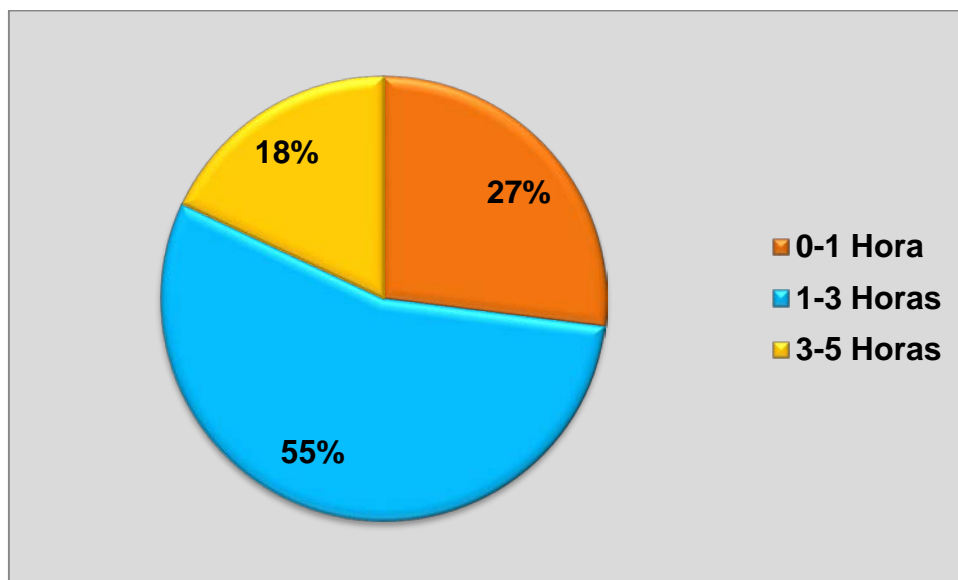
2. ¿Cuántas horas al día dedica ver televisión?

73% de las mujeres ven de 3 a 5 horas de televisión al día, 18% ve de 1-3 horas de televisión y el 9% ve de 0-1 hora de televisión.



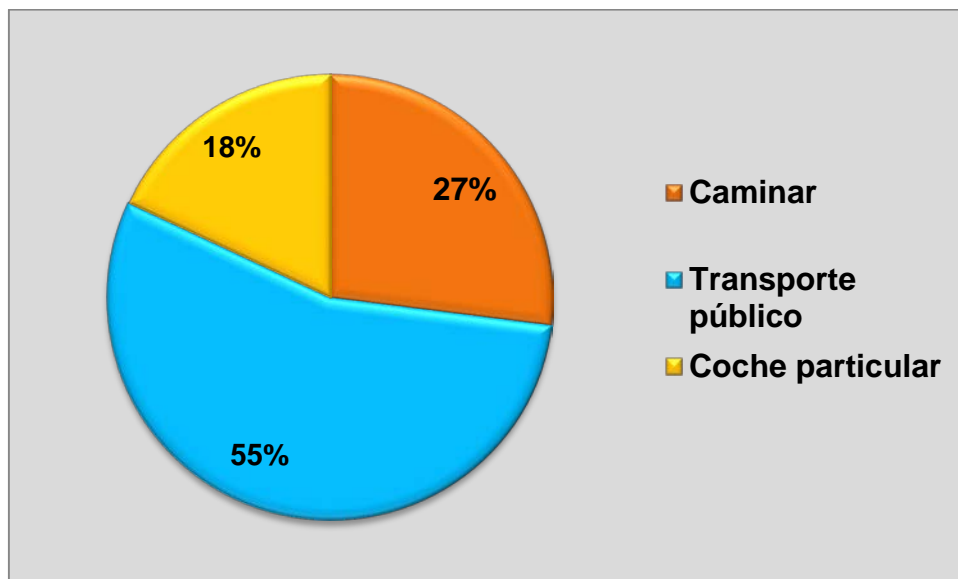
3.- ¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día?

55 % pasa recostado de 1-3 horas, 27% pasa recostado de 0-1 hora - y 18% pasa recostado de 3-5 horas.



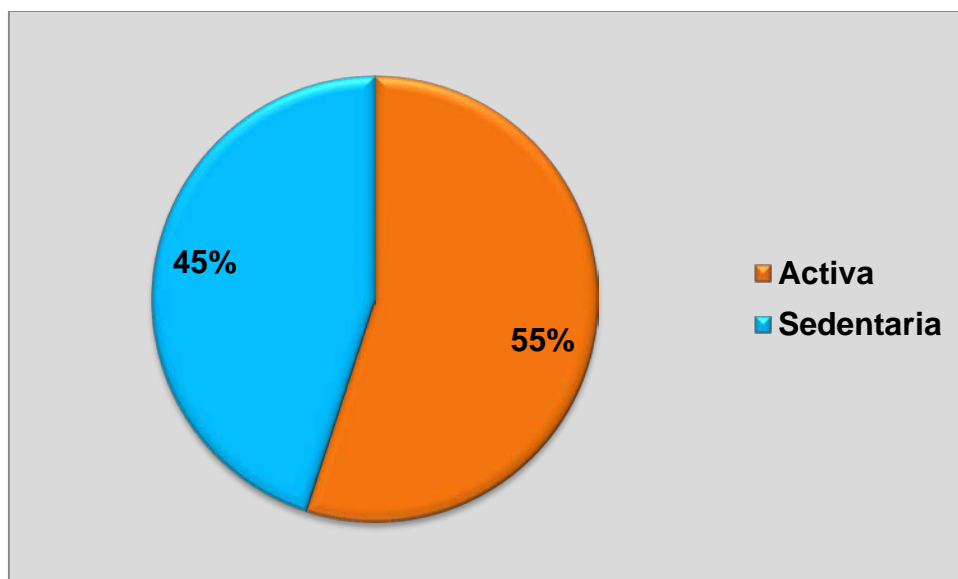
4.- ¿Para transportarse a sus actividades diarias camina, viaja en?

55% viaja en transporte público, el 27% camina y el 18% maneja coche particular.



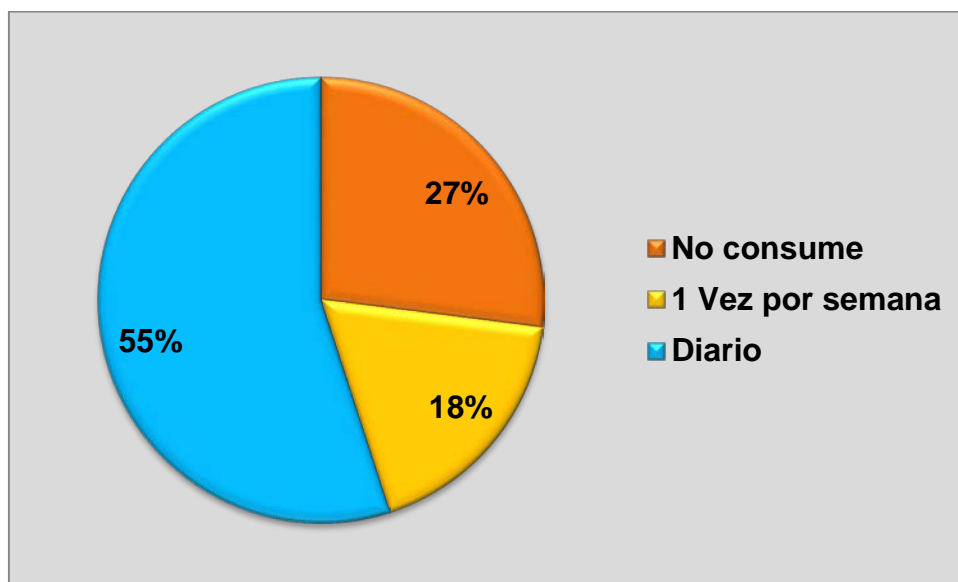
5. ¿Se considera usted una persona sedentaria?

45% se considera una persona sedentaria y 55% se considera una persona activa



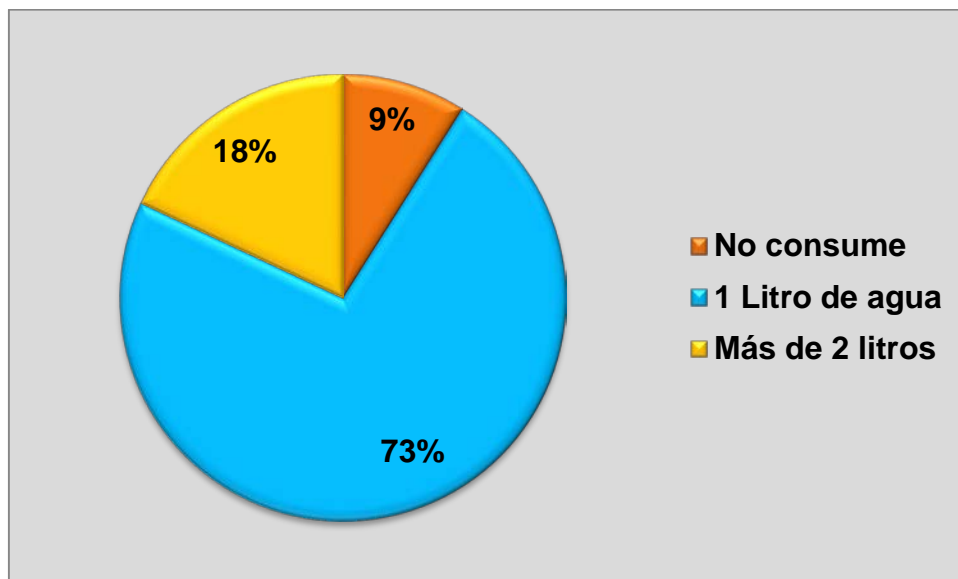
6.- ¿Consumes productos lácteos?

55% consume productos lácteos diario, 27% no consume productos lácteos y 18% consume productos lácteos 1 vez por semana.



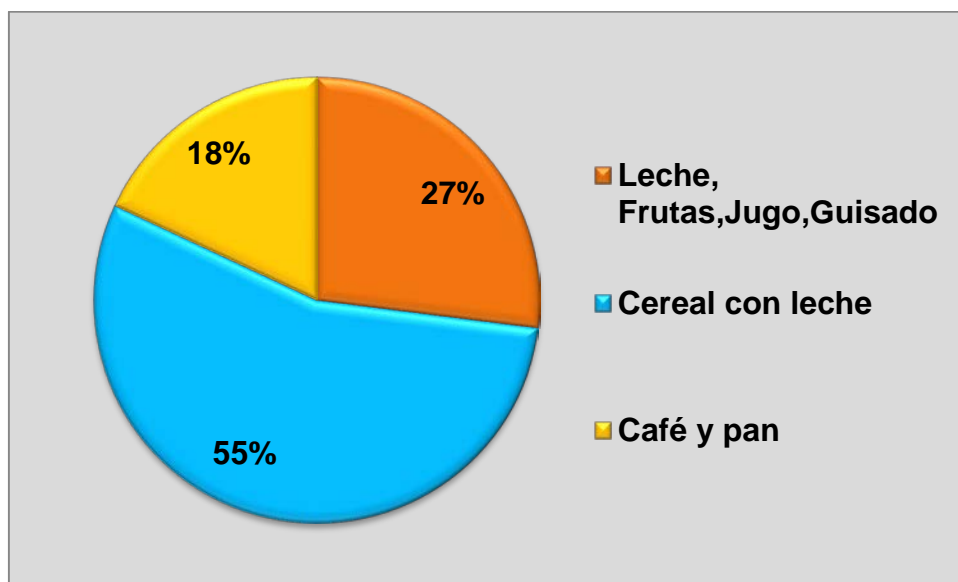
7. ¿Qué cantidad de agua bebes al día?

73% consumen 1 litro de agua, 18% consumen más de 2 litros de agua y 9% no consumen agua.



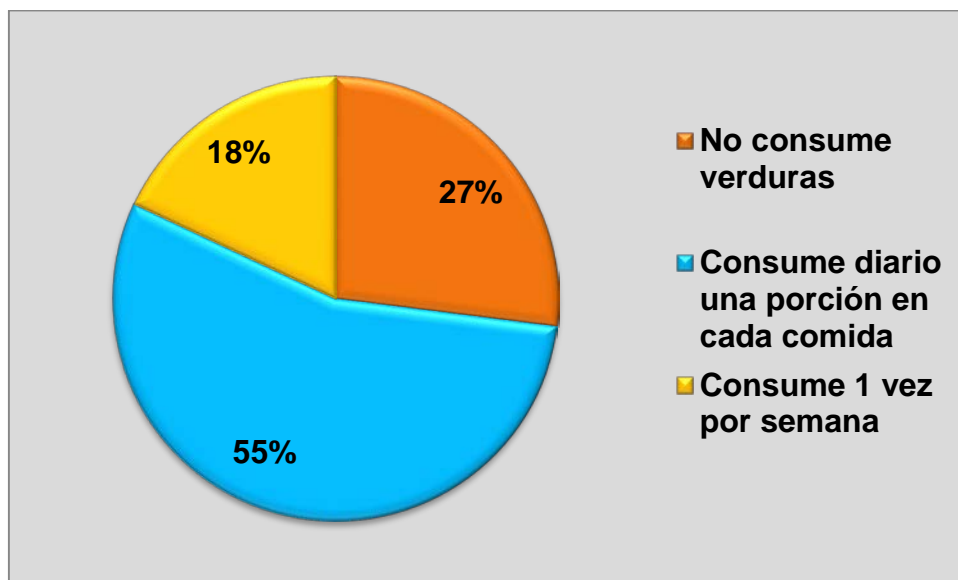
8.- ¿Tu desayuno consiste en?

55% desayunan cereal con leche, 27% desayuna: leche, fruta, jugos, guisado y el 18% desayuna café y pan.



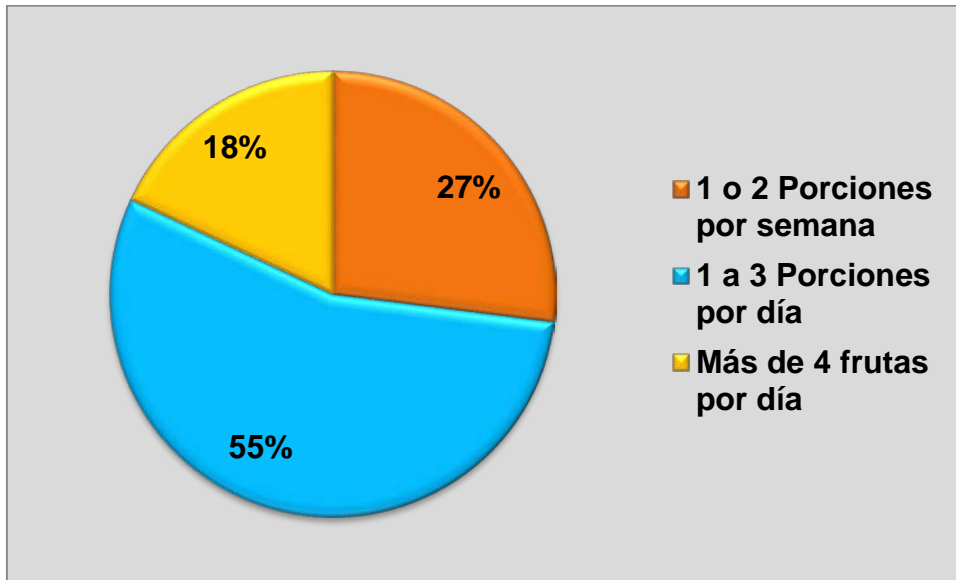
9.- ¿Qué tanto consumes verduras?

55% consume 1 porción diaria de verdura, 27% no consume verduras y el 18% consume 1 porción por semana.



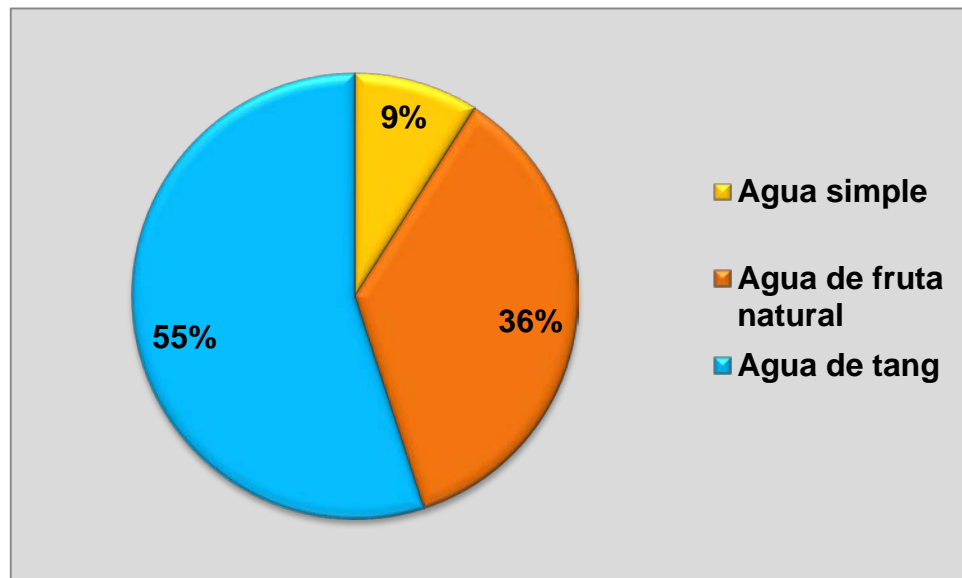
10.- ¿Cuántas porciones de fruta consumes al día?

55% consumen de 1-3 porciones por día. El 27% consume 1-2 porciones por día y el 18% más de 4 porciones y por día.



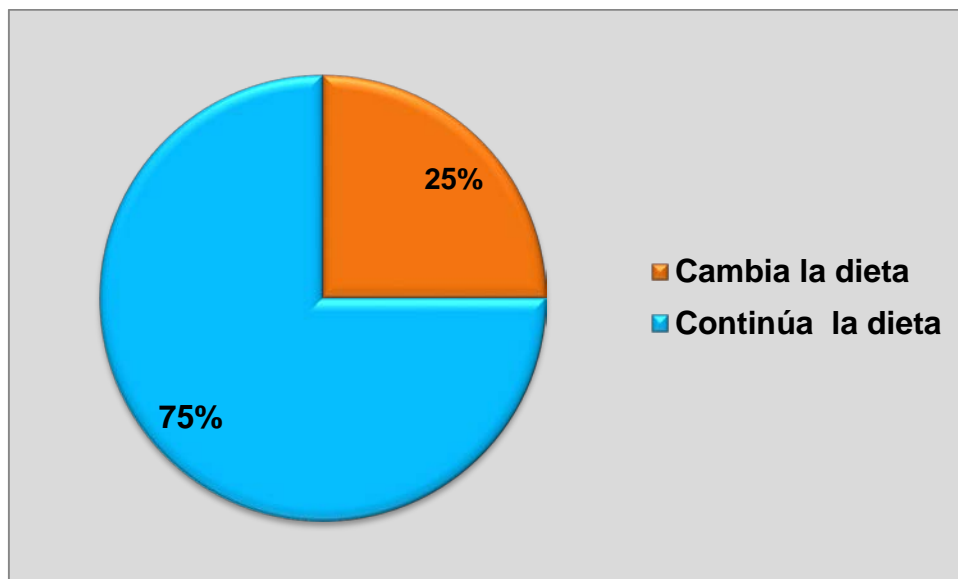
11.- ¿En las comidas qué tipo de bebidas consumes?

55% consume agua de tang, 36% consume agua de fruta natural y el 9% consume agua simple.



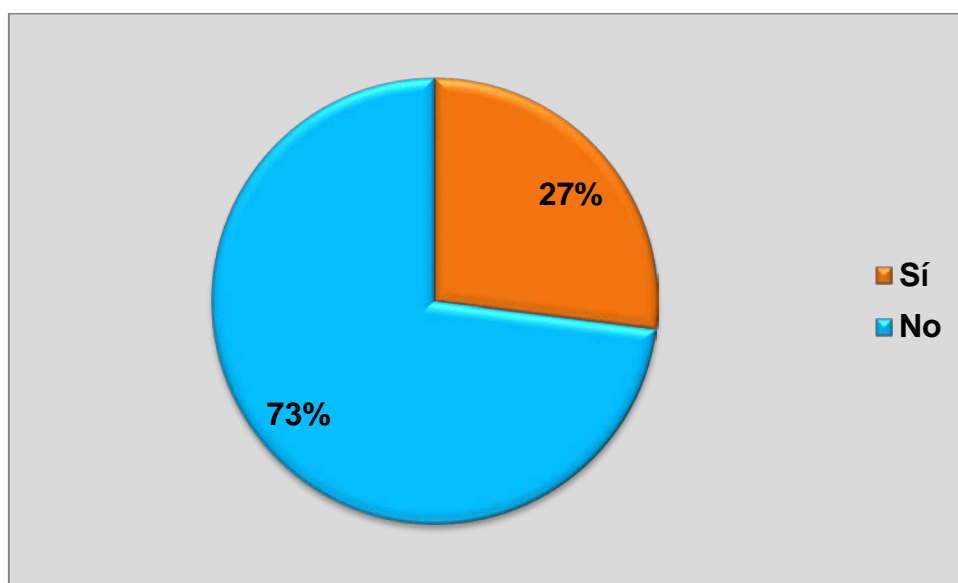
12.- ¿Los fines de semana cambia tu dieta o comes igual?

75% continua la dieta y el 25% cambia la dieta.



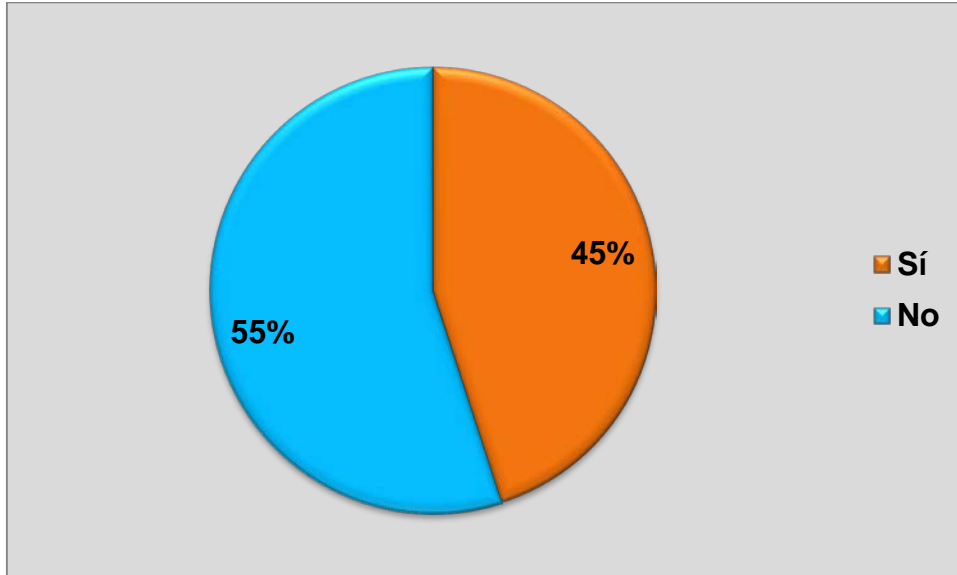
13.- ¿En las últimas semanas su peso ha estado dentro del ideal?

27% si están en su peso ideal y el 73% no lo están.



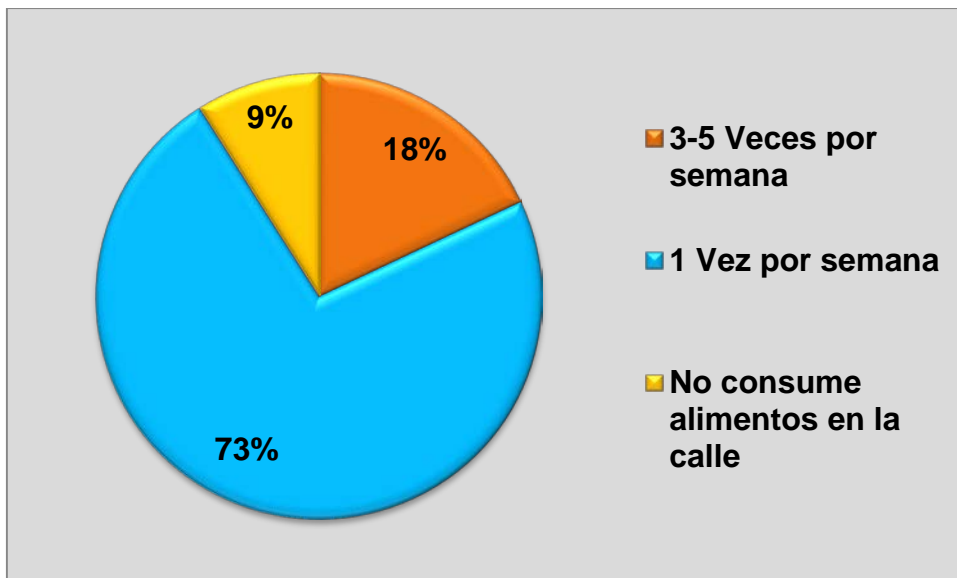
14.- ¿Tiene la costumbre de consumir alimentos fritos?

45% si consumen alimentos fritos y el 55% no lo hacen.



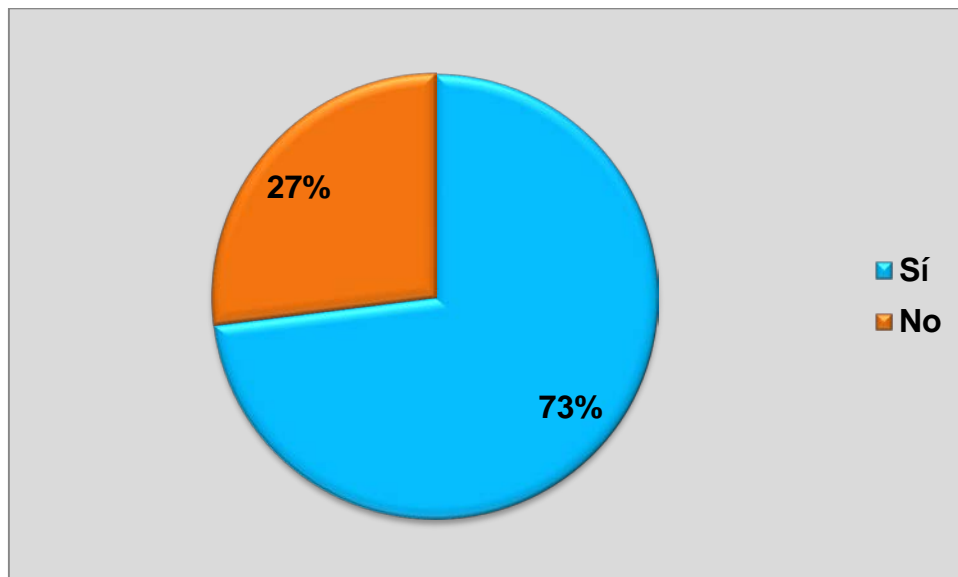
15.- ¿Cada cuándo come en la calle quesadillas, tacos, tortas etc.?

18% consumen 3-5 veces por semana, 73% consume 1 vez por semana y el 9% no lo hacen.



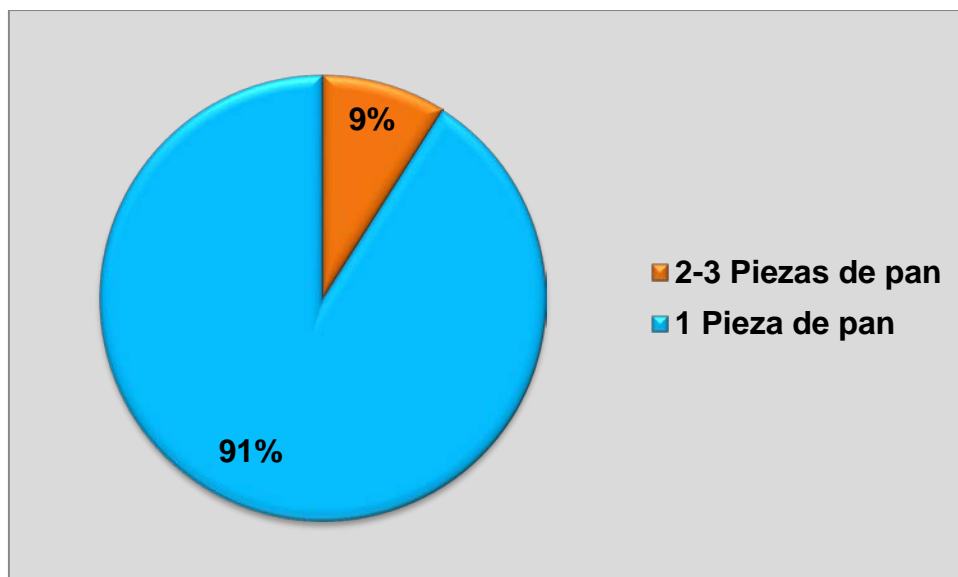
16.- ¿Acostumbra a repetir el consumo de comida?

27% de las mujeres sí repiten la comida y 73 % no lo hacen.



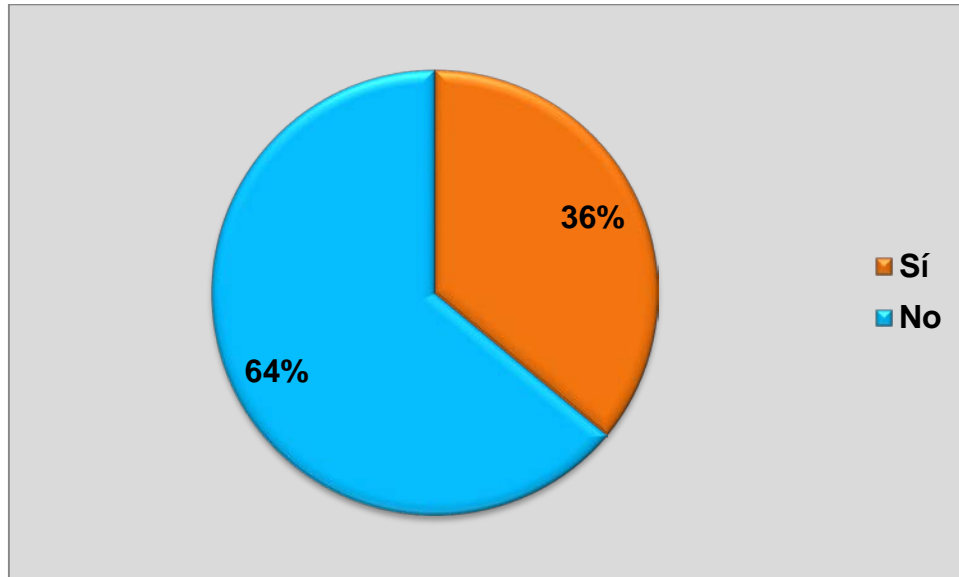
17.- ¿Cuántas piezas de pan consume al día?

91 % consumen 1 pieza de pan y el 9% de 2-3 piezas de pan.



18.- ¿Se ha dado atracones de comida?

36% si se ha dado atracones de comida y el 64% no lo hacen.



Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años.

De acuerdo al objetivo “*Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años*” se realizó primero la planeación didáctica para establecer de cuántas sesiones estaría conformado el programa y después se realizó la planeación por sesiones del programa el cual se denominó “**PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO**” (anexo 1).

La planeación integral quedó establecida en 5 sesiones con una sesión semanal de 2 horas cada una, como contenido temático se planeó 1 tema por sesión con los siguientes temas: ¿Qué es la diabetes? aspectos generales de la diabetes, plan alimenticio: jarra del buen beber y plato del buen comer, control de peso y talla, actividad física, hagamos ejercicio.

Se planeó que de las 2 horas 1 hora fuera de información y una hora de actividad. Las técnicas didácticas que se utilizaron fueron: “la ruleta preguntona”, “la papa caliente” 2 esquemas de fieltro de “la jarra del buen beber”, “el plato del buen comer” y una rutina de ejercicio a través de un video.

La información que se consideró utilizar fue extensa para la mejor comprensión de los temas que se abordaron.

El lenguaje que se utilizó fue el correcto para dirigirse hacia el grupo.

El material que se seleccionó para el rotafolio fueron imágenes grandes a color con información correcta y letra grande, para la “ruleta preguntona”. Se diseñó una rueda de cartón atornillada de una base de madera con preguntas escritas sobre la rueda con hojas de color. Para la “papa caliente” se consideró una pelota pequeña de plástico. Para los esquemas de la jarra del buen beber y el plato del buen comer se realizaron de fieltro con contactel para poder pegar los alimentos y para la “rutina de ejercicio” se consideró utilizar el cañón, una laptop y una bocina para reproducir el video, así como un palo de escoba y una silla.

El manejo del grupo se planeó trabajar con un grupo pequeño para facilitar la interacción directa con el grupo y el educador.

Las teorías educativas con las que se diseñó el programa fueron el “condicionamiento operante” de Skinner y teoría del “aprendizaje significativo” de Ausubel.

Para cerrar cada sesión se planeó la retroalimentación de cada tema con la finalidad de reforzar los temas vistos.

Una vez realizada la planeación didáctica se procedió a realizar la investigación de los temas que se planearon en cada sesión.

Implementar el programa diseñado “PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO”

Con lo que ha este objetivo se refiere las sesiones educativas se llevaron a cabo en el periodo que va del día 29 de abril, al 27 mayo del año 2016, teniendo un total de 10 participantes realizando 1 sesión por semana. A continuación, se muestra los resultados de la implementación del programa en cada sesión.

Sesión 1: se comenzó por darles la bienvenida al curso, y explicarles que es un programa de educación para la salud encaminado a la prevención de diabetes mellitus tipo II y el motivo por el cual se eligió a ese grupo en específico es porque estadísticamente se encuentra en mayor riesgo, también se les explico que para llevar a cabo una investigación es necesario entregar el consentimiento informado con el fin de que los participantes autoricen la implementación del programa, posteriormente se llevó a cabo la entrega del consentimiento informado dándole el tiempo necesario para que lo lean y poder responder las dudas, finalmente se recogieron los consentimientos revisando que los datos correspondientes estuvieran llenos.

Técnica didáctica Se aplicó un test el cual se elaboró de opción múltiple para facilitar las respuestas sobre las conductas de riesgo para desarrollar DM II, con

los temas activación física, dieta, sedentarismo, alimentación, y síntomas de DM II.

Material didáctico se utilizó palabras comunes y sencillas realizadas a computadora con el fin de que se comprendiera mejor la lectura, se observó que no hubo ningún problema para responderlo.

Se facilitó el manejo del grupo debido al tamaño ya que fue menos tiempo y se tuvo la oportunidad de acercarse con cada una para resolver sus dudas.

El lenguaje que se utilizó fue el correcto al dar las indicaciones sobre el llenado del test ya que todas siguieron las indicaciones al pie de la letra, se utilizó la técnica de análisis con el fin de que analizaran las respuestas que se les pidieron y las contestaran de acuerdo a sus actividades diarias.

Se utilizó la teoría de aprendizaje significativo con el objetivo de cambiar sus conductas y actitudes a lo largo del curso.

Sesión 2: se comenzó por dar la bienvenida y preguntarles si recordaban alguna pregunta del test que se les aplicó y las respuestas fueron que si sobre todo en las preguntas de alimentación y sedentarismo mientras participaban se iba acomodando el rota folio con el tema ¿Qué es la diabetes? y aspectos generales de la diabetes compuesto por imágenes e información concreta.

Al mostrar el rotafolio se les preguntó si alguien sabía que es la diabetes, las mujeres contestaban que sí que era la enfermedad del azúcar y mencionaron que sus familiares o conocidos la padecen, otras preguntaban que si la diabetes se curaba si ya no consumían azúcar, y se les explico que es un enfermedad crónica es decir que no se cura y se tienen que adoptar buenos estilos de vida, cuidados y el control necesario así como la modificación de la alimentación y la actividad física.

Después de esta breve explicación se continuaron con los temas.

Se comenzó con el tema de ¿Qué es diabetes? explicando su significado y cuantos tipos de diabetes existen con imágenes y las características de cada tipo

de diabetes explicándoles que por el tipo de edad que tienen y por ser mujeres están más expuestas a padecer la DM II.

Se procedió con el tema de aspectos generales de diabetes mellitus como las causas y las conductas de riesgo que ayudan a padecer DM II, se colocaron imágenes de las conductas de riesgo sedentarismo, mala alimentación y obesidad e imágenes impactantes sobre las consecuencias de no llevar un control adecuado en las personas que ya son diagnosticadas con el fin de crear impacto en las mujeres, finalizando con los síntomas de dicha enfermedad en este último punto surgieron muchas preguntas pues algunas de las participantes tenían al menos un síntoma de la DM II.

La información que se utilizó fue concreta para no saturarlos de información eliminando terminologías médicas.

El lenguaje fue el correcto de acuerdo a la sesión eliminando terminologías médicas y frases difíciles de pronunciar.

Para la primera técnica didáctica se utilizó un rotafolio.

Para material didáctico el rotafolio se realizó con imágenes de alto impacto, grandes, a color y con buena calidad para que pudieran comprender mejor el contenido de cada tema.

El manejo del grupo fue fácil ya que se interactuó directamente con ellas para comprender mejor el tema.

Para la segunda técnica didáctica se utilizó “la ruleta preguntona”, material didáctico: la ruleta fue hecha de cartón atornillada de una base de madera la cual fue una dinámica novedosa y ayudo a que la sesión fuera más divertida para aprender jugando y que pudieran romper el hielo entre las integrantes.

Como teoría de aprendizaje se utilizó la teoría de Aprendizaje significativo: relacionaron la información nueva con la que ya poseían puliendo los conocimientos acerca de la diabetes y la sintomatología ya que no tenía idea de porque se produce la diabetes y que las conductas que realizamos a diario ponen en riesgo nuestra salud.

Sesión 3: para esta sesión se comenzó con dar los buenos días, después se procedió a pegar los esquemas del plato del comer y la jarra del buen beber que se realizaron de fieltro para que se puedan adherir alimentos con ayuda de contactel, los alimentos se colocaron en la mesa desordenados y conforme la sesión de alimentación aprendan a acomodarlos según su lugar en cada esquema.

Se les explicó que tenían que poner mucha atención porque al final de la sesión todas participarían en acomodar los alimentos en los esquemas, esto ayudó para que las se mantuvieran atentas al tema.

Se comenzó explicando en cuántos grupos se divide el plato del buen comer y la jarra del buen beber y las características de cada alimento y bebida, así como las calorías de cada alimento, las porciones adecuadas., la edad ya que un niño, una mujer embarazada y un adulto mayor de 60 años necesita de mayores nutrimentos que una persona adulta y la actividad que realicen es decir que una persona que realiza constantemente deporte requiere de más nutrimentos porque quema más rápido las calorías que una persona que permanece sin realizar actividad física.

Las mujeres realizaron distintas preguntas de acuerdo a los alimentos comentaban que a veces su tipo de alimentación se basa en su tipo de economía se les dio alternativas de alimentos con bajo costo y de fácil acceso, se mostraron asombradas sobre las calorías de cada alimento y algunas compartieron algunas recetas saludables así como modificarlas en el caso de brócoli con queso capeado se sugirió evitar capearlos pues evitan el consumo alto de grasa.

Mencionaban que las bebidas que más les gustaba era la coca y se les explico que es la bebida que menos se debe de consumir por su alto contenido en azúcar y colorante artificial se sugirió agua simple o jugos de hoja verde sin azúcar.

Después se pasó a la actividad en donde pasaron una por una según el orden en que estuvieran sentadas tomando 3 alimentos y acomodándolos según su grupo, así como las propiedades de cada alimento en esta sesión.

Si hubo equivocaciones en la división de los grupos de alimento se corrigió a cada participante y se les pidió que se llevaran el alimento que les había tocado y que al final del programa hicieran una receta saludable para que pudieran traerla para convivir con sus compañeras.

Después de proseguir a la siguiente actividad, se les explico a las mujeres que se les pesaría y tomaría su talla para calcular su IMC y saber en qué grado se encuentran según su peso con el fin de crear impacto en cada una de ellas y que puedan cambiar su alimentación para situarse en un peso más sano según la tabla, la actividad consistió en formarlas a cada una afuera del aula para pasar a cada una y pesarla en privado con el fin de no evidenciar su peso frente a las demás participantes.

Esta actividad se llevó a cabo con el fin de que vieran su peso para que pudieran ver que existe una clasificación, a cada una se le pidió que se retirara objetos pesados y zapatos para que fuera más certero su peso, al finalizar de pesar a todas se colocó una cartilla de vacunación amplificada específicamente en la parte de la agrupación según su IMC es decir bajo peso, peso normal, sobre peso, obesidad tipo 1, 2 y 3 según sea el caso.

Para finalizar se pidió que cada una anotara su peso y que al finalizar del programa se volvería hacer para ver que avances se tuvo en cuanto a la modificación de los malos hábitos alimenticios, las mujeres se asombraron de su peso y se mostraron preocupadas por corregir ese problema solo 2 de las mujeres tuvieron peso normal, lo cual es alarmante ya que fomenta el desarrollo de DM II.

Como indicación se pidió que para la siguiente sesión se hablara de actividad física pidiéndoles el uso de ropa cómoda ya que como actividad se realizarían ejercicios con el fin de que se les facilitara realizarlos.

La información que se proporcionó fue lo más extensa de manera que pudieran conocer todas las necesidades nutricionales, horario y distribución de los alimentos en cada comida (cantidades).

En cuanto al manejo de grupo la sesión se prestó para que todos pudieran participar de tal manera que se obtuviera su atención y orden para realizar la actividad.

La utilización del lenguaje fue común evitando terminologías médicas y palabras difíciles de pronunciar para que pudieran comprender mejor el tema ya que es uno de los principales.

Como técnica didáctica se utilizó el plato del buen comer y la jarra del buen beber ambos esquemas realizados por el educador para jugar a ordenar los alimentos según cada grupo.

Para el material didáctico se utilizaron esquemas de fieltro y contactel para facilitar pegar los alimentos y que se prestaran para que las mujeres pudieran jugar, para la segunda actividad se procedió a utilizar una báscula para pesar y medir a cada participante con el objetivo de calcular su IMC y mostrar en que categoría se encuentran según la gráfica de su cartilla de vacunación, con el objetivo de crear un impacto si no se encuentra en su peso ideal.

Con la teoría Aprendizaje significativo pudieron conocer cada alimento y que aportaciones nutrimentales no proporciona para nuestro organismo así como la manera de consumirlos y las cantidades que necesitamos aprendiendo que no todos los organismos son iguales y trabajan de distinta manera.

Sesión 4: En esta sesión se comienza por saludar a las mujeres y darles los buenos días, mientras se iba colocando el rotafolio con el tema “actividad física” el rotafolio estuvo compuesto por imágenes de los beneficios de realizar actividad física se les pregunto que entendían por actividad física, mencionaban que es hacer ejercicio se les explico que la actividad física no es lo mismo que deporte es decir que actividad física puede ser cualquier movimiento corporal el cual aporta un consumo de energía al cuerpo como por ejemplo jugar, caminar, realizar tareas domésticas o el baile.

También se les explico que la actividad física es diferente según cada grupo de edad por ejemplo las personas de 18 años a 64 años como mínimo tendrían que realizar 150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de actividad vigorosa, mencionando los beneficios que obtienen cada órgano como por ejemplo el corazón, sistema digestivo y cardiovascular en los cuales se acumula

principalmente la grasa ayuda a una mejor circulación y bombeo de sangre, sistema muscular ayudando a dar forma y crecimiento al musculo, pulmones ejercitándolos para una mejor respiración.

También se explicó que ayuda a mejorar la memoria y liberar toxinas que dañan nuestro organismo, tienen menor frecuencia de desarrollar enfermedades como hipertensión arterial diabetes mellitus, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión el beneficio que más motivo a las mujeres fue que el ejercicio cambia el estado físico es decir que se pierde peso y se estiliza la figura ayudando a rejuvenecer la piel y al crecimiento del cabello.

Por último, se preguntó quién estaría dispuesta a incluir la actividad física en su vida cotidiana obteniendo como resultado que todas levantaran la mano.

Después en la actividad “hagamos ejercicio” mientras se explicaba en qué consistía la actividad se iba acomodando el cañón y la laptop para poner el video. Se les explico que el video tendría una duración de 45 minutos con ejercicios sencillos que se puedan aprender, se les proporciono palos de escoba que el mismo centro de salud presto y las sillas que se encontraban en el aula se utilizaron para realizar algunos ejercicios, al momento del video y todas acomodadas de manera que tuvieran espacio para realizar los ejercicios.

Se dio pauta para ver el video el cual contenía en un principio ejercicios de calentamiento de 10 minutos movimientos circulares de la cabeza, hombros, manos y pies con repeticiones de 20 movimientos cada uno, después se tomó el palo de escoba para realizar 15 minutos de ejercicios como sentadillas y saltos.

Después se tomó la silla en la cual realizaron sentadillas y ejercicios sentadas con las piernas y brazos, para finalizar de dieron 5 minutos de relajación y respiración, las mujeres estaban muy contentas de haber aprender ejercicios sencillos con objetos que se encuentran en su hogar entre todas se dieron un aplauso y ánimos para continuar con las rutinas de ejercicio como parte de su vida diaria.

La información que se utilizó para esta sesión fue concreta se buscó abarcar todos los beneficios posibles para la salud

El manejo de grupo se facilitó debido al tamaño y a la importancia del tema con la actividad del video se facilitó debido a que cada una de ellas tenía el espacio necesario para realizar los ejercicios.

El lenguaje que se utilizó fue claro y preciso evitando terminologías médicas adecuándolo a lenguaje común.

Como primer técnica didáctica se utilizó un rotafolio.

Para material didáctico se realizó el rotafolio con imágenes grandes de ejemplos acerca de los beneficios de realizar actividad física para atraer más la atención, la información fue concreta con colores novedosos y letra grande y legible.

Para la segunda técnica didáctica se utilizó un video con una rutina de ejercicios sencillos.

Para material didáctico se utilizó palos de escoba y una silla que la misma institución prestó, los cuales ayudaron para que las mujeres se divirtieran, entre las integrantes se comenzó la rutina de ejercicios.

Como teoría de aprendizaje se utilizó la de condicionamiento Operante de Skinner ya que se le condicionara a la mujer con el uso de materiales básicos el poder realizar ejercicios físicos dentro de sus hogares evitando el sedentarismo y el desarrollo de DM II y que aprendan el correcto uso de una alimentación balanceada por medio de dos esquemas.

Sesión 5: esta sesión fue con la cual se terminó el programa **“PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO”**. Para iniciar la sesión se les dio la bienvenida y se les explico en qué consistiría la última sesión como cierre del programa la actividad consistió en “la papa caliente” en la cual formaron un círculo y se les dio una pelota pequeña la cual giraron al son de una canción y al momento de que se detuviera a esa persona se le pregunto, las preguntas consistían en ¿Qué te pareció el curso? ¿Obtuviste algún cambio sobre tu alimentación? ¿Realizas actividad física? ¿Te gustaría que se implementaran más cursos sobre temas de salud? ¿Te sirvió de ayuda la información brindada en el curso? ¿Qué opinas del trabajo del educador para la salud? Todas contestaron

las preguntas y también expresaban como les hizo sentir el curso algunas dijeron que además de aprender sobre la diabetes también se divirtieron y socializaron con sus demás compañeras.

Como actividad de cierre se les pidió en la sesión 3 que cada una se llevara 3 alimentos y que lograra hacer una receta de comida saludable, y que debían traerla al final del curso para convivir entre sus compañeras, se colocó una mesa al centro del aula y cada una saco su platillo lo cual me sorprendió ya que eran recetas nutritivas y ricas algunas realizaron ensaladas otras guisados algunas hicieron aguas frescas, se dio unas palabras de cierre para agradecer que formaron parte del programa y que todo se realizó con el fin de aprender en conjunto para mejorar su salud y calidad de vida, se comenzó con la convivencia algunas invitaron a sus hijos o parejas, finalmente se limpió el aula se entregó limpia y se dio las gracias en la institución por haber permitido llevar a cabo el programa.

se utilizó la técnica didáctica la “papa caliente” consiste en pasar una pelota sobre un círculo de personas al son de una canción al momento que termina la canción donde se quede la pelota a esa persona se le hace la pregunta, con el objetivo de reforzar los conocimientos adquiridos y aclarar posibles dudas que surgieron a lo largo del programa, además de que es un juego que todas ellas conocían perfectamente porque lo jugaban en su infancia se observó que con los juegos aprendían mejor y se mantenían activas durante la sesión además de que fue una actividad de retroalimentación con el fin de reforzar lo aprendido a lo largo del programa.

Para material didáctico se utilizó una pelota de plástico pequeña para facilitar el manejo en el círculo.

La información fue concreta y rescatar lo más importante con el objetivo de memorizar todos los conceptos aprendidos, se pudo observar la importancia que tuvieron las mujeres acerca del curso ya que si recordaban los temas e investigaban más a fondo por su cuenta.

El manejo del grupo fue práctico y fácil debido a la actividad ya que la formación de un círculo ayuda a obtener la atención entre ellas y el educador

El lenguaje fue sencillo de manera que se pudiera comprender toda la recopilación de la información y explicar conceptos que no quedaron claros durante el programa.

Para la segunda técnica didáctica se realizó una convivencia la cual consistía en llevar cada una un platillo saludable con el fin de que aprendieran a cocinar saludable y que además lo compartieran con las integrantes del grupo, el objetivo fue que hubiera una convivencia, para esta sesión.

Como material didáctico se utilizaron platillos elaborados por las integrantes con tres alimentos que se llevaron de la sesión de alimentación y que realizaron ellas mismas.

Para la teoría de aprendizaje se utilizó la de Aprendizaje significativo ya que la mujer logro integrar algunas de las conductas saludables y aprender como alimentarse y realizar actividad física sin la necesidad de asistir a algún club deportivo, alimentarse con productos económicos y sanos para salud y para la de su familia.

CAPITULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos, para lo cual se hizo un contraste con la información contenida en el capítulo de Marco Teórico. Su presentación se realiza en torno a los objetivos específicos.

Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2.

Al no realizar actividad física aumenta la acumulación de grasa y el aumento de peso teniendo mayor riesgo de padecer DM II. Estos resultados coinciden con la (OMS, 2007), quien encontró que cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía ayuda a prevenir la mortalidad mundial.

El ver televisión más de 3 horas es una conducta sedentaria que genera inactividad física causando obesidad. Estos resultados coinciden con (Romero, 2009), quien encontró que la importancia del gasto energético global en las actividades diarias suele ser minimizada por una interpretación errónea de esas recomendaciones, reflejada por la tendencia a considerar como sedentarios” a quienes no satisfacen una cierta cuota de ejercicio físico en tiempo libre, a pesar de que muchos en realidad pueden alcanzar un consumo energético alto a través de las actividades laborales, domésticas o de transporte.

El permanecer recostado durante largos periodos de tiempo aumenta el sedentarismo. Estos resultados coinciden con la (OMS, 2016), quien encontró que el sedentarismo es uno de los 4 factores de mayor riesgo de muerte y estima que en el mundo hay millones de defunciones anuales atribuidas al sedentarismo.

El no caminar genera inactividad física provocando una quema de calorías baja y aumento de peso. Estos resultados coinciden con la (OMS, 2007), quien encontró que cualquier actividad corporal que genera un gasto calórico, evita desarrollar obesidad y disminuye la mortalidad.

El ser sedentario tiene consecuencias serias para nuestra salud, dado que la falta de actividad física ayuda a la acumulación de peso por la falta de quema de calorías. Estos resultados coinciden con (Romero, 2009), quien encontró que en la En la sociedad sedentaria no sólo se han reducido las oportunidades del gasto energético a través del ejercicio físico, sino que al mismo tiempo ha aumentado el consumo excesivo de calorías baratas, con el consiguiente problema creciente de la obesidad a nivel mundial

El consumo diario de productos lácteos genera un aumento de calorías dentro de una dieta equilibrada ya que son ricos en grasas. Estos resultados coinciden con (Pinilla, 2007), quien encontró que no se debe abusar de alimentos ricos en grasas de origen animal ya que su contenido calórico es alto para un plan alimenticio sano.

El cuerpo humano está compuesto por un 75 % de agua, al no beberla o hacerlo en escasas proporciones causa una serie de problemas de salud ya que el cuerpo no funciona adecuadamente. Estos resultados coinciden con (INSP, 1981), quien encontró que el agua Potable es la bebida más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos. De acuerdo a lo anterior, se debe consumir un mínimo de ocho vasos al día.

El desayuno debe consistir en alimentos de los 3 grupos, con proporciones adecuadas ya que representa el alimento más importante del día. Estos resultados coinciden con (INSP, 1981), quien encontró que los alimentos se agrupan según el nutrimento que contiene de manera más significativa, por lo que es importante incluir alimentos de cada grupo para cubrir las necesidades de

nuestro cuerpo. Por otro lado, las clasificaciones de los alimentos en grupos son relativamente subjetivas y arbitrarias, de manera que existen varias clasificaciones dependiendo de los países. A pesar de lo anterior, conocer los grupos de alimentos facilita planear una dieta completa. En México, los alimentos se clasifican en tres grupos: 1) Verduras y frutas; 2) Cereales y tubérculos y 3) Leguminosas y alimentos de origen animal.

Las verduras forman una parte importante de la dieta, su ausencia es cubierta por alimentos con más calorías que promueven el aumento de peso. Es resultados coinciden (INSP, 1981), quien encontró que las verduras son un grupo compuesto por numerosas especies y variedades que comparten las siguientes características: a. Son ricas en vitaminas como la vitamina A contienen pocas kilocalorías, apenas contienen proteínas y lípidos, es importante consumir por lo menos 5 raciones de verduras al día. Ejemplos: - Verduras: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile poblano, zanahoria, pepino, lechuga, entre otras.

La mayoría de las frutas tienen un alto contenido de glucosa, por eso es importante moderar su consumo. estos resultados coinciden (INSP, 1981), quien encontró que el Adulto está en el periodo donde no hay crecimiento ni desarrollo por lo que las necesidades nutrimentales son específicamente para el mantenimiento, por lo que se enfoca en evitar padecimientos sobre todo enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión, etc.). Las necesidades de energía y nutrimentos dependen de las características específicas de cada individuo. Lo anterior es de gran importancia ya que en este periodo lo central es mantener un peso saludable y evitar la aparición de enfermedades.

El consumo de agua con colorantes artificiales, azúcares artificiales y conservadores debe ser esporádico ya que no genera ningún beneficio a la salud. Estos resultados coinciden con (INSP, 1981), quien encontró que la

recomendación de las bebidas se basa en los beneficios que le proporcionan al cuerpo el agua Potable: es la bebida más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos tomando ocho vasos al día, bebidas con alto valor calórico y beneficios en salud limitados: se refiere a jugos de fruta, leche entera, bebidas alcohólicas y bebidas deportivas estas se recomienda de 0 a medio vaso (125ml) al día ya que aportan gran cantidad de energía, bebidas con azúcares y bajo contenido de nutrimentos: se refiere a refrescos y otras bebidas con azúcar adicionada como jugos, aguas frescas y café. No se recomienda su consumo ya que proveen excesivas calorías y su consumo se ha asociado con caries dental, sobrepeso y obesidad.

El consumo de alimentos altos en calorías aportan gran cantidad de energía, pocos o ningún nutriente. Su consumo debe ser ocasional, porque causan obesidad. Estos resultados coinciden con (INSP, 1981), quien encontró que las necesidades de energía y nutrimentos dependen de las características específicas de cada individuo, mantener un peso saludable y evitar la aparición de enfermedades. Se recomienda: realizar actividad física, consumir gran variedad de alimentos en cantidades moderadas para garantizar la ingestión de todos los nutrimentos, moderar el consumo de alimentos de origen animal ya que contienen grandes cantidades de grasas las cuales favorecen la aparición de enfermedades

El sobrepeso es cuando el IMC se encuentra arriba de 25, cuando una persona se encuentra con sobre peso tiene mayor riesgo de padecer DM II. Estos resultados coinciden con (Lifshitz, 2000), quien encontró que los dos factores más conspicuamente relacionados con el desarrollo de la diabetes tipo 2 son la obesidad y la edad.

Al freír los alimentos aumenta se aumenta el consumo de grasas y calorías. Estos resultados coinciden con (Fontana, 2003), quien encontró que una dieta que aporta diariamente una cantidad total de calorías superior a las calorías “quemadas” o al

gasto energético del individuo, dará lugar a un aumento de peso corporal que podrá desencadenar un estado de sobrepeso o de obesidad.

El consumir alimentos en la calle no es dañino siempre y cuando sea una comida saludable, las tortas, tacos, quesadillas etc. tienen un alto contenido calórico. Estos resultados coinciden con Fontana (2003), quien encontró que el ritmo de incremento de peso dependerá del balance energético, de la magnitud en la que la ingesta supera a la demanda energética.

El repetir alimentos repercute en el aumento del número de calorías que se debería de consumir por día. Estos resultados coinciden con Fontana (2003), quien encontró que la dieta hipercalórica se caracteriza por un aumento de las raciones de alimentos y/o por una mayor frecuencia de consumo de alimentos con alta densidad energética como por ejemplo alimentos ricos en grasas saturadas o en azúcares sencillos. Este tipo de dietas se suelen utilizar en situaciones de bajo peso, desnutrición o convalecencia.

El consumo de pan no es malo siempre y cuando sea en su justa medida, no exagerando su ingesta, sustituyéndolos por pan integral. Estos resultados coinciden con (Fontana, 2003), quien encontró que los cereales además de proporcionar energía, los granos enteros y las cereales integrales (pan integral, tortillas integrales, etc.) también proporcionan fibra, por lo que es mejor consumir las versiones integrales

Comer en un periodo corto de tiempo, una cantidad de comida que es claramente superior a la que comería una persona normal aumenta la cantidad de calorías generando obesidad. Estos resultados coinciden con (Fontana, 2003), quien encontró que la dieta hipercalórica se caracteriza por un aumento de las raciones de alimentos y/o por una mayor frecuencia de consumo de alimentos con alta densidad energética.

Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años.

El programa estuvo encaminado a la prevención de la DM II en mujeres de 50-59 años por ser un grupo con mayor riesgo debido a la edad, el cual estuvo conformado de 5 sesiones con información y actividades educativas con el objetivo de mejorar su situación en cuanto al posible desarrollo de la enfermedad. Estos resultados coinciden con la (OMS, 1998)., quien encontró que la Educación para la Salud es “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. Desde una perspectiva holística, la salud, contempla al individuo en su totalidad, en su entorno global

Mediante un test se pudo identificar las conductas de riesgo para que una persona desarrolle DM II, en base a los resultados se diseñó un programa de educación para la salud. Estos resultados coinciden con la (UAEM, 2007), quien encontró que Mediante un aprendizaje integral, adquiere las capacidades, aptitudes y actitudes para: Reconocer la presencia de enfermedades crónico degenerativas o causadas por distintos agentes patógena o epidemiológica que afecten la salud comunitaria. Reconoce en las prácticas o hábitos comunitarias el origen y o propagación de enfermedades. Canaliza a las distintas instituciones a individuos, familias o colectivos que requieran de atención médica. Propone, gestiona y opera programas educativos para la prevención y conservación de la salud, así como para la transformación de las prácticas culturales, sociales y económicas coadyuvantes de la enfermedad

El programa implementado fue desarrollado tomando en cuenta los conocimientos de las participantes, técnicas didácticas, herramientas, lenguaje, información y material necesarios para llevar a cabo el programa de educación para la salud, con el fin de disminuir las prácticas de riesgo para desarrollar DM II. Estos

resultados coinciden con (UAEM, 2007), quien encontró que el licenciado en educación para la salud desarrolla los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de Ciencias de la Salud, Sociales y de la Educación. Tiene la capacidad de incorporar la cultura y prácticas sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en prácticas propias.

Las actividades del educador para la salud se realizan tomando en cuenta la edad y las técnicas didácticas de acuerdo a la población. Estos resultados coinciden con (OMS, 1998), quien encontró que las actividades de Educación para la Salud, en la Subdirección de Apoyo a la Educación, se realizan mediante la adecuación de métodos y técnicas acordes a la edad de la población escolar a través de pláticas, asesorías o clases directa, dirigidas a los alumnos, los docentes o padres de familia. Las vertientes o líneas de acción se distinguen en:

- I. Apoyo a contenidos programáticos de Preescolar y Primaria.
- II. Actividades comunitarias.

La educación en el ámbito de la salud es un proceso de formación con el fin de proporcionar información necesaria para, mejorar las problemáticas de la salud. Estos resultados coinciden con (Navas, 2004), quien encontró que la educación es un fenómeno que nos concierne a todos desde que nacemos. Los primeros cuidados maternos, las relaciones sociales que se producen en el seno familiar o con los grupos de amigos, la asistencia a la escuela, etc., son experiencias educativas, entre otras muchas, que van configurando de alguna forma concreta nuestro modo de ser

El conocimiento de los diversos temas de salud ayudan a que la población en general este consciente de los riesgos que implican las conductas de riesgo y que a través del conocimiento puedan estar consistentes y cambiar para mejorar sus estilos de vida. Estos resultados coinciden con (Marín, 2008), quien encontró que el conocimiento es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de

su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.

La destreza está basada en habilidades, en la medida en que tiene como eje la participación y promueve conocimientos, actitudes y habilidades en los adolescentes, y especialmente habilidades para la vida, puede estimular tempranamente comportamientos saludables y prevenir enfermedades estos resultados coinciden con (Contreras, 1998), quien encontró que destreza significa habilidad capacidad, talento, aptitud o dote". En estos significados se puede resaltar como hecho importante, que entre ambos solamente coincide la palabra habilidad, mientras que en los otros elementos se presentan diferencias.

La didáctica tiene el fin de interpretar los procesos relacionados con aprender y enseñar, con el propósito de optimizar el intercambio de saberes, teniendo en cuenta los papeles que juegan todas y cada una de las participantes, recursos y condiciones. Estos resultados coinciden con. (Mallart, 2000), quien encontró que la didáctica proviene del verbo enseñar, instruir, exponer con claridad.

La práctica profesional de la educación para la salud exige un reconocimiento y asunción del papel que juegan los diferentes profesionales socio sanitarios implicados en su desarrollo. Estos resultados coinciden con (Parent, 2004), quien encontró que la práctica profesional es el conjunto de actividades específicas propias de cada carrera y demandadas por la sociedad. Es la forma que tiene el profesional de influir prácticamente en la vida social y productiva de la humanidad. Aprendizaje es un proceso que se construye en función de las experiencias personales y que cuando es significativo, produce un cambio duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas. Estos resultados coinciden con (Zapata-Ros, 2009), quien encontró que el aprendizaje es el proceso o conjunto de procesos a través del cual o de los cuales, se adquieren o se modifican ideas,

habilidades, destrezas, conductas o valores, como resultado o con el concurso del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento o la observación.

Las actividades de enseñanza buscan desarrollar las facultades individuales para conseguir los objetivos de la acción de capacitación debe estar relacionada con las características particulares de los receptores. Sin embargo, en todos los casos se deben realizar actividades orientadas a construir y reconstruir conocimientos, a que participen y valoren opiniones y actitudes, a interactuar entre sí, a compartir experiencias, a mostrarles cómo deben actuar y apliquen. Estos resultados coinciden con (Scardamalia, 1987), quien encontró que históricamente, la enseñanza ha sido considerada en el sentido estrecho de realizar las actividades que lleven al estudiante a aprender, en particular, instruirlo y hacer que ejercite la aplicación de las habilidades.

La orientación en la Educación para la Salud es un proceso que brinda ayuda y prepara a la sociedad para vivir y convivir con los pares, a partir de los cambios en los estilos de vida teniendo en cuenta la atención a la salud en la familia y la comunidad. Para generar un comportamiento responsable ante la salud individual y colectiva. Estos resultados coinciden con (Lawrence, 2008), quien encontró que la motivación está destinada a incidir en la motivación de los actores por el valor del tema ambiental. Para el individuo y para la localidad. Esta incide en el proceso de apreciación de su realidad objetiva y cultural.

La concientización es la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a la mejora de la salud. Estos resultados coinciden con (Lawrence, 2008), quien encontró que en síntesis, el proceso de la concientización comporta varias fases por las que pasa el oprimido en su esfuerzo liberador hacia la toma de conciencia. Lo importante, al seguir las ideas de Freire, es observar críticamente la realidad y el proceso histórico en que opresores y oprimidos cuando colaboren sinceramente en el cambio de esta opresión, se reconocen y se comprometen. Se trata, entonces, en términos

amplios, de resolver el conflicto de quienes desean ser sujetos libres y participar en la transformación de la sociedad. Visto así el proceso, esta metodología sería válida para todo tipo de opresión, sin restricción de sexo o clase social, y la opresión puede ser también de cualquier tipo, no sólo económica. Se trata de colaborar para recuperar lo auténtico y la integridad del ser.

Programa es el segundo nivel de organización, y consiste en el conjunto estructurado e integrado de estrategias que forman parte de un mismo plan. Estos resultados coinciden con (Jimenez, 2005), quien encontró que es una serie de tareas recurrentes y relacionadas, que por lo general, están dirigidas a la consecución de un resultado importante y que requieren más de un periodo para ser logrado

Modelos cognitivo conductuales el programa fue diseñado con el fin de tratar las conductas de riesgo para desarrollar DM II tomando en cuenta las creencias, experiencias y costumbres de las mujeres. Estos resultados coinciden con (Fiorito, 2006), quien encontró que las diversas investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud ha subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías. Atribuciones, etc.) Como mecanismos centrales de la eficacia de las intervenciones

Implementar el programa diseñado “PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO”

La Norma Oficial Mexicana 015 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, sirvió de apoyo para el programa que se implementó. Con este soporte teórico, el programa se dirigió a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad (en este caso a mujeres de 50-59 años), utilizando los factores protectores para la prevención: alimentación, actividad física y la información de dicho padecimiento. Los resultados obtenidos coinciden con (NOM-015, 2010)

donde se expresa que la diabetes puede ser prevenida, en caso contrario, es posible retardar su aparición y debe establecerse como un principio básico de prevención, la aplicación de las medidas idóneas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Así mismo para evitar su aparición, los programas de las instituciones de salud deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria de esta enfermedad, los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable. En este caso las intervenciones educativas se suman a las acciones de prevención.

La Educación para la Salud es un proceso educativo e instrumento de salud, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud. Estos resultados coinciden con (Palladino, 2010), quien encontró que se percibió que existía una necesidad aguda de organizar los miles de fragmentos en una estructura ordenada, que fuera a la vez intelectualmente aceptable y suficientemente sencilla, de modo que permitiera ubicar rápidamente casi todas las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud: se necesitaba una especie de mapa del territorio de la salud

El estilo de vida se convierte en el eje principal de un programa educativo en salud, en donde se pretende cambiar a estilos de vida no saludables en saludables. Estos resultados coinciden con (Palladino, 2010), quien encontró que el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Dentro de la estructura de atención de la salud, el educador para la salud juega un papel importante en el equipo de salud, ya que mejora la salud desde la

atención primaria evitando gastos de enfermedades que se pudieron prevenir. Estos resultados coinciden con (Palladino, 2010), quien encontró que, casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales en el Canadá, se llega a la conclusión de que su origen está en los otros tres componentes del concepto, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, es evidente que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud

El programa que se diseñó incluye 4 campos: biológicos, sociales pedagógicos y normativos para abarcar el problema de salud en este caso la DM II. Estos resultados coinciden con (Palladino, 2010), quien encontró que una de las consecuencias obvias del concepto fue que se diera a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de la atención de la salud. Ese hecho es, de por sí, un cambio drástico, dada la prioridad absoluta otorgada en los conceptos antiguos del campo de la salud a la organización de la atención de la salud

El Modelo de Whitehead fue un pilar importante en la elaboración del programa ya que propone un método para abarcar los factores de riesgo desde la experimentación del problema. Nuestros resultados coinciden con (Whitehead, 1991), quien encontró que propone un espiral de ciclos: sentir o experimentar el problema, imaginar la solución del problema, poner en práctica la solución imaginada, evaluar los resultados de las acciones emprendidas y finalmente, modificar la práctica a la luz de los resultados.

Las conductas de riesgo son prácticas que ponen en riesgo la salud de una persona, cambiando las conductas de riesgo a estilos de vida saludables mejora la calidad de la vida evitando la morbimortalidad. Estos resultados coinciden con (Walque, 2013), quien encontró que las conductas de riesgo no solo ponen en peligro la salud y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que, con frecuencia, también afectan a los demás. Las consecuencias para la salud y los costos monetarios de las conductas de riesgo para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto son impactantes y justifican la intervención pública.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES

Finalmente, y después de realizar el análisis de los resultados se presentan las diversas conclusiones a las que se llegó, siguiendo el mismo orden de presentación.

a. Sobre el marco teórico

Se concluye que fue posible elaborarlo con 4 apartados como fueron los aspectos biológicos, aspectos sociales, aspectos éticos y aspectos normativos, incorporando diferentes puntos de vista, lo que permitió tener una investigación con diferentes aportes de campos del conocimiento diversos. Así mismo dichos aportes ayudaron a sustentar la investigación.

b. Sobre la metodología utilizada

Se concluye que en el campo de la Licenciatura en Educación para la Salud es posible realizar investigaciones con una perspectiva cualitativa y cuantitativa.

c. Sobre el campo de estudio de la Licenciatura en Educación para la Salud

Se enriqueció el campo del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud, con el diseño del programa PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO donde se incorporaron teorías psicopedagógicas, factores sociales y aportaciones normativas del Sector Salud. En su aplicación se identificaron las conductas de riesgo para desarrollar DM II, se vio la perspectiva del educador para la salud abordando temas de salud desde una mirada social, motivando a los nuevos programas a generar propuestas o dar continuidad a esta propuesta.

d. Sobre los objetivos

Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2.

- 73 % de las mujeres no realizan actividad física lo que representa más de la mitad de las mujeres.
- Casi las tres cuartas partes de las participantes dedican a ver de 3-5 horas de televisión diaria.
- Más de la mitad permanece recostado de 1-3 horas diarias fomentando la inactividad física.
- Más de la mitad de las participantes viaja en transporte público. Fomentando el sedentarismo en sus actividades diarias.
- Casi la mitad de las participantes indican que si llevan una vida sedentaria
- Más de la mitad de las participantes si consumen productos lácteos llevando una dieta hipercalórica.
- Más de la mitad de participantes solo consumen 1 litro de agua lo que significa que no se están hidratando adecuadamente
- Más de la mitad de las participantes solo consumen cereal con leche lo que significa una dieta desequilibrada
- Más de la mitad consume solo 1 porción por día, lo recomendable es consumir por lo menos 5 porciones por día.
- Más de la mitad de las participantes consumen de 1-3 porciones de fruta por día.
- Más de la mitad consume agua de tang la cual se debe de consumir en pocas cantidades esporádicamente.
- 3 cuartas partes de las participantes si continúan su dieta durante los fines de semana.

- Más de la mitad de las participantes no se encuentran dentro de su peso ideal
- Casi la mitad de las participantes tienen una dieta hipercalórica.
- Más de la mitad de las participantes consumen alimentos fuera de casa con alto contenido calórico.
- Casi tres cuartas partes de las participantes tienen una ingesta hipercalórica.
- Casi el total de las participantes llevan una dieta en las que integran el pan.
- Más de la cuarta parte si se han dado atracones de comida.

Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años.

- Las participantes conocieron la educación para la salud, tuvieron la disponibilidad y el deseo de estar sanas asistiendo al curso.
- las participantes identificaron las conductas de riesgo que estas practicando a diario y que ocasionan un riesgo para su salud.
- Con la implementación del programa las participantes lograron adoptar prácticas saludables para mejorar su calidad de vida a través del educador para la salud.
- El programa diseñado fue dirigido a mujeres de 50-59 años de edad con pláticas y actividades didácticas.
- La educación proporcionada por el educador para la salud pudo crear impacto con en las participantes, con el fin de solucionar problemáticas de salud en este caso conocer las conductas de riesgo para desarrollar DM II.
- A través de los conocimientos adquiridos por las participantes mejoro su salud y adoptaron nuevos estilos de vida saludables.
- Enseñar a las participantes *cómo pensar* en vez de *qué pensar*, proveerles herramientas para la solución de problemas, la toma de decisiones y el manejo de emociones, así como estimular su participación y el desarrollo de habilidades, puede convertirse en un medio de poder.

- Las participantes aprendieron el proceso salud enfermedad a reducir los factores de riesgo y factores de protectores que contribuyen a mejorar su salud.
- La implementación del programa demostró el papel que juega el educador para la salud y que es de suma importancia para la sociedad.
- Las participantes aprendieron y modificaron sus conductas de riesgo a través de los conocimientos, habilidades enseñadas durante el programa de educación para la salud.
- Las participantes a través de las sesiones educativas se enseñaron a participar con opiniones y experiencias vividas e interactuar entre sí.
- Gracias a la orientación impartida por el educador para la salud, las participantes aprendieron a tener un comportamiento responsable ante su salud y emplear buenos hábitos alimenticios con su familia y comunidad.
- Las participantes se motivaron y tomaron conciencia acerca de sus prácticas de riesgo a través del programa con las sesiones educativas.
- Las participantes a través de los modelos cognitivos conductuales aprendieron cuales fueron sus conductas de riesgo.
- El programa diseñado estuvo conformado por sesiones y actividades con el fin de trabajar el tema en general, con el cual las participantes pudieron aprender cuales son las conductas de riesgo para padecer DM II.

Implementar el programa diseñado “PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO

- La norma oficial como objetivo principal busca evitar el diagnóstico de la DM, con la implementación del programa se pudo fomentar entre los participantes factores protectores para evitar su diagnóstico
- La educación para la salud favorece la formación de las personas y desarrollo de una moderna conciencia sanitaria ya que prevenir significa favorecer.

- Los estilos de vida de las participantes cambiaron de tomar malas decisiones en salud a llevar buenos hábitos saludables.
- El programa implementado está encaminado a reducir los diagnósticos con las 10 participantes con la atención primaria.
- Con una visión más amplia de la DM II por los 4 apartados se puede estructurar mejor el programa de educación para la salud.
- En este caso el problema de salud DM II se generaron buenos hábitos saludables para evitar la enfermedad y es un tema de gran interés ya que es una de las principales enfermedades crónicas con las que se cuenta en la población
- El objetivo principal de este programa es identificar las conductas de riesgo las cuales si se pudieron identificar a tiempo con el instrumento implementado y poder trabajar en ellas para evitar el diagnóstico de la DMII en las participantes y poder mejorar su calidad de vida.

Se concluye que al cumplir con cada uno de los Objetivos Específicos se cumplió con el Objetivo General *Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.*

Finalmente, con todo lo anterior el Supuesto Hipotético *Al identificar las conductas de riesgo que influyen para el diagnóstico de DM2 en estado de riesgo, mujeres de 50 a 59 años se podrá evaluar el diseño e implementación de un programa de educación para la salud se acepta.*

BIBLIOGRAFIA

- 1. Abello, L. (2003). "Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud", citado el día 11 de junio de 2013, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301108>
- 2. Alianza por la salud alimentaria, 2014 "Datos duros dulce agonía", citado en el mes de abril de 2014, en: <http://www.puentemexico.org/sites/default/files/puente/attachments/dulceagoniadatosduros.pdf>
- 3. Arakaki, M. (2003). "Insuficiencia renal aguda", citado en enero de 2003, en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100006
- 4. Carrillo, R. (2013). "tratamiento quirúrgico de la diabetes mellitus tipo 2", citado el día 30 de julio de 2013, en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc142o.pdf>
- 5. Cisneros, E. (2014). "Diabetes mellitus, primera causa de muerte en Estado de México", citado el día 16 de noviembre de 2014, en: <http://yucatan.com.mx/mexico/salud-mexico/diabetes-mellitus-primera-causa-de-muerte-en-estado-de-mexico>
- 6. Contreras, L. (1998). "Las habilidades y destrezas motrices en la educación física escolar", citado en el año 1998, en: <http://docencia.udea.edu.co/edufisica/guiacurricular/Habilidades.pdf>

- 7. Culebras, J. (2010). "puesta al día sobre el paciente diabético/síndrome metabólico", citado el 11-12 de mayo de 2010, en:
http://www.academia.edu/19871576/PUESTA_AL_DIA SOBRE EL PACIENTE DIABETICO Y SINDROME METABOLICO
- 8. Delgado, D. (2011). "Introducción al metabolismo y bioenergética" citado en el año 2011, en:
https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1327/course/section/1638/Tema15_bioenergetica08-09.pdf
- 9. Dubos, R. (1950). "Salud enfermedad", citado en el año 1970, en:
<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/FenomenoDeLaEnfermedad.pdf>
- 10. Duran, A. (2012). "Alimentación y diabetes", citado en el mes de julio-agosto, en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010
- 11. Erdociain, L. (1998). "El sedentarismo y su significancia", citado en el año de 1998, en:
<https://pehighschool.wikispaces.com/file/view/SEDENTARISMO.pdf>
- 12. Escobedo, J. (2011). "Diabetes en México. Estudio Carmela", citado el mes de septiembre-octubre de 2011, en:
<http://www.interamericanheart.org/images/CARMELAdiabetesmexicoSPA.pdf>
- 13. Figuerola, D. (2003). "Diabetes". Citado en el año 2003, en:
<https://latam.casadellibro.com/libro-diabetes-4-ed/9788445813003/913565>

- 14. Fiorito, F. (2006). “La Simulación como una herramienta para el manejo de la incertidumbre”, citado el mes de mayo de 2006, en:
http://www.ucema.edu.ar/u/ffiorito/Handout_Simulacion_y_RISK_06.pdf
- 15. Fontana, C. (2003). “Dieta hipercalórico”, citado en el año 2003, en:
https://wiki.elika.eus/index.php?title=Dieta_hipercal%C3%B3rica
- 16. Garro, E. (2012). “La enfermedad (diabetes) un destino por identificación”, citado el día 18 de marzo de 2013, en:
<http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/articulo-25-73.pdf>
- 17. IMSS, 2011. Instituto mexicano del seguro social. “Guía de práctica clínica GPC diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal”, citado el día 30 de junio de 2011, en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/442GER.pdf>
- 18. INSP, 1981. Instituto nacional de salud pública. “¿sabes cómo llevar una buen alimentación?” citado el día 19 de noviembre de 1981, en:
http://www.teacherathome.net/wiki/tema/mostrar_documento.php?i=148
- 19. Jiménez, G. (2007). “Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético”, citado el día 4 de abril de 2018, en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/272/1233>
- 20. Jiménez, M. (2005). “planificación: plan, programa y proyecto”, citado en el año 2005, en:
<https://centrodeociolachopera.files.wordpress.com/2013/12/plan-programa-proyecto.pdf>
- 21. Lalonde, M. (1996). “El concepto de “campo de salud una perspectiva canadiense”, citado en el año 2010, en:

<https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/El%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>

- 22. Lawrence, L. (2008). "La concientización de Paulo Freire", citado en el año 2008, en:
[file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-LaConcientizacionDePauloFreire-4015700%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-LaConcientizacionDePauloFreire-4015700%20(1).pdf)
- 23. Lejoyeux, M. (2004). "Conductas de riesgo", citado el día 1 de enero de 2004, en:
<http://www.em-consulte.com/es/article/44974>
- 24. Licea, M. (2011). "Algunos aspectos relevantes de la epidemiología de la diabetes mellitus en Cuba", citado el día 3 de diciembre de 2011, en:
file:///C:/Users/hp/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_203122771002.pdf
- 25. Lifshitz, A. (2000). "Diabetes mellitus". Citado el día 1 mayo de 2008, en:
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html
- 26. López, R. (2013). "Diabetes mellitus hacia una perspectiva social ", citado el mes de abril-junio de 2013, en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013
- 27. Malacara, J. (2009). "Los Conceptos en Evolución sobre Diabetes tipo", citado en el mes de mayo-agosto, en:
file:///C:/Users/hp/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_41611810001.pdf

- 28. Mallart, J. (2000). “Didáctica: concepto, objeto y finalidades”, citado en el año 2000, en:
<http://www.xtec.cat/~tperulle/act0696/notesUned/tema1.pdf>

- 29. Marín, M. (2008).”Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado”, citado el día 25 de marzo de 2008, en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>

- 30. Martínez, C. (2013). “Caracterización de la composición corporal, actividad física, actividades sedentarias y consumo de alimentos en escolares de género femenino con exceso de peso de 5-10 años de edad estudiantes de una institución educativa distrital de la ciudad de Bogotá D.C.”, citado en junio de 2013, en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15207/MartinezMurciaCamilaAndrea2013.pdf?sequence=1>

- 31. Marulanda, V. (2006). “Manifestaciones gastrointestinales de la diabetes mellitus”, citado el mes de marzo de 2006, en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572006000100008

- 32. Mora, E. (2014). “Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo”, citado el mes de abril. Junio de 2014, en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001

- 33. Mora, J. (2001). “Programa de acción diabetes mellitus”, citado el día 22 de noviembre de 2001, en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf

- 34. Moreno, A. (2008). “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, citado el día 1 de junio de 2008”, en: file:///C:/Users/hp/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_41011135004.pdf
- 35. Navas, L. (2004).”La educación como objeto de conocimiento”, citado en el año 2004, en: <http://avancelastablas.es/psicologos-educacion/wp-content/uploads/2016/12/1-EducacionConcepto.pdf>
- 36. NOM-2015-SSA2 (2010). “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, Citado el 20 de octubre de 2009, en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- 37. Oblitas, L. (2006). “Psicología de la salud una ciencia del bienestar y la felicidad”, citado el día 30 abril de 2008, en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- 38. OMS, 1948. Organización mundial de la salud. “Constitución de la OMS: principio”, citado el día 7 de abril de 1948, en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- 39. OMS, 1998. Organización mundial de la salud. “¿Qué es educación para la salud?”, citado en el año 1998, en: <https://sites.google.com/site/educacionparalasaludfill/>
- 40. OMS, 2002. Organización mundial de la salud. “Factores de riesgo”, citado en el año 2002, en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- 41. OMS, 2014. Organización mundial de la salud “Informe mundial sobre la diabetes”. Citado en el mes de abril de 2016, en:
<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- 42. OMS, 2015. Organización mundial de la salud. “Saneamiento”, citado en el año 2015, en:
<http://www.who.int/topics/sanitation/es/>
- 43. OMS, 2015. Organización mundial de la salud. “Diabetes”, citado en el año 2016, en:
http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- 44. OPS, 1988. Organización Panamericana de la Salud “Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus”, citado en el año 1988, en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173975/Manual%20de%20normas%20tecnicas%20y%20administrativas%20del%20programa%20de%20diabetes%20mellitus.pdf?sequence=1>
- 45. OPS, 2008. Organización Panamericana de la Salud “Diabetes Mellitus tipo 2”. Citado en el años 2008, en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/213785/dmt2_cierre_2008.pdf
- 46. OPS, 2009. Organización Panamericana de la Salud. “Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus”, citado en el año 2009, en:
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224

- 47. Ortiz, M. (2001). “Las insulinas”, citado en marzo de 2011, en:
<http://www.redalyc.org/pdf/142/14239910.pdf>

- 48. Palladino, A. (2010). “El concepto de “campo de salud”, citado el año 2010, en:
<https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/El%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>

- 49. Palomba, R. (2002). “Calidad de vida: Conceptos y medidas”, citado el día 24 de julio de 2002, en:
https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf

- 50. Pascua, M. (2006). “aumenta la diabetes “, citado el mes de mayo-junio de 2006, en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000300008

- 51. Paren, M. (2004).” La práctica profesional una función indispensable”, citado en el año 2004, en:
http://clepso.flacso.edu.mx/sites/default/files/clepso.2014_eje9_godinez.pdf

- 52. Piedrola, G. (2009). “El concepto de salud”, citado en el año 2009, en:
<https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

- 53. Pinilla, M. (2007). “La dieta equilibrada”, citado en el año 2007, en:
<http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf>

- 54. Redondo, P. (2004). “Prevención de la enfermedad”, citado en el año 2004, en:

[http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07 - niveles de prevenzion.pdf](http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevenzion.pdf)

- 55. Restrepo, O. (2000). “diabetes y embarazo”, citado en el año 2000, en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/709/902>
- 56. Romero, T. (2009). “Hacia una definición de sedentarismo”, citado el día 20 de noviembre de 2009, en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v28n4/art14.pdf>
- 57. Sánchez, V. (2008). “Calidad de vida en el paciente diabético”. Citado en el año 2008, en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/321>
- 58. Scardamalia, M. (1987). “Concepción de enseñanza/aprendizaje”, citado en el año 1987, en: <http://www.unter.org.ar/imagenes/10061.pdf>
- 59. Skinner, B. (1938). “B. F. skinner: La búsqueda de orden en la conducta voluntaria”, citado el día 17 de julio de 2006, en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200013
- 60. Smith, P. (2012). “Diabetes y su impacto en el territorio periodontal”, citado el mes de agosto de 2012, en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000200008
- 61. Sociedad mexicana de nutrición y endocrinología, (2012). “Tipos de dieta” citado en el año 2012, en: <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/8.%20tipos%20de%20dietas.pdf>

- 62. Tirado, F. (2014).” Guía de práctica clínica en el pie diabético”, citado en año 2014, en:
<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.php?aid=489>
- 63. UAEM, 2007. Universidad autónoma del estado de México. “Licenciatura en educación para la salud”, citado en el año 2007, en:
http://dep.uaemex.mx/curricular/lib/mapas.php?mapa_plan=plan&programa=25
- 64. Walque, D. (2013). “Las conductas de riesgo constituyen una amenaza creciente para la salud mundial”, citado el día 20 de noviembre de 2013, en:
<http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/11/20/risky-behaviors-growing-threats-global-health>
- 65. Zapata-Ros, M. (2009). “Teorías y modelos sobre el aprendizaje en entornos conectados y ubicuos”, citado en el años 2012, en:
http://eprints.rclis.org/17463/1/bases_teoricas.pdf

Anexos

PROGRAMA

“PREVENIR LA DIABETES ESTA EN TUS MANOS COME Y VIVE SANO”



Anexo 2.

SESIÓN	TEMA	EVALUACIÓN
1 ^a	Bienvenida aplicación del test	Evaluación del test
2 ^a	¿Qué es la diabetes? ¿Aspectos generales de la diabetes?	Participación activa Sesión de preguntas por medio de la técnica didáctica “ruleta preguntona”
3 ^a	Alimentación en la diabetes Plan alimenticio	Participación activa Interacción con los esquema “plato del buen comer” “jarra del buen beber”
4 ^o	Actividad física en la diabetes Hagamos ejercicio	Participación activa Rutina de ejercicio implementada por el educador para la salud a través de un video
5 ^o	Cierre conclusión del tema Convivencia grupal	Participación activa Experiencias vividas a los largo del programa.

ANEXOS 3

TEST PARA IDENTIFICAR LAS CONDUCTAS DE RIESGO QUE INFLUYEN PARA QUE UNA PERSONA DESARROLLE DM II.

INSTRUCCIONES: CONTESTE DE MANERA CORRECTA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TACHANDO LA RESPUESTA.

1.- ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física cada día (o 4 horas semanales), en el trabajo y/o en el tiempo libre?

- A) SI
- B) NO

2.- ¿Cuántas horas al día dedica ver televisión?

- A) 1-3 horas
- B) 3-5 horas
- C) no ve televisión

3.- ¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día?

- A) 1-3 horas
- B) 3-5 horas
- C) 0-1 hora

4.- ¿Para trasportarse a sus actividades diarias camina, viaja en?

- A) transporte publico
- B) coche particular
- C) caminando

5.- ¿Se considera usted una persona sedentaria?

- A) Sedentaria
- B) activa

6.- ¿Consumes productos lácteos?

- A) diario

- B) 1 vez por semana
- C) no consume

7.- ¿Qué cantidad de agua bebes al día?

- A) más de 2 litros
- B) 1 litro de agua
- C) una botella de litro y medio.

8.- ¿tu desayuno consiste en?

- A) cereal con leche
- B) un café y un pan
- C) leche, frutas, jugo, guisado etc.

9.- ¿Qué tanto consumes verduras?

- A) consumes diario una porción en cada comida
- B) consumes solo 1 vez por semana
- C) no consumes verduras

10.- ¿Cuántas porciones de fruta consumes al día?

- A) 1 a 3 porciones por día
- B) más de 4 frutas por día
- C) 1 o 2 porciones por semana

11.- ¿En las comidas que tipo de bebidas consumes?

- A) agua simple
- B) agua de tang
- C) agua de fruta natural
- D) refresco

12.- ¿Los fines de semana cambia tu dieta o comes igual?

- A) cambia la dieta
- B) sigue igual

13.- ¿En las últimas semanas su peso ha estado dentro del ideal?

- A) SI
- B) NO

14.- ¿Tiene la costumbre de consumir alimentos fritos?

- A) SI
- B) NO

15.- ¿Cada cuando come en la calle quesadillas, tacos, tortas etc.?

- A) 1 vez por semana
- B) 3-5 veces por semana
- C) diario
- D) no consume alimentos en la calle

16.- ¿Acostumbra a repetir el consumo de comida?

- A) SI
- B) NO

17.- ¿Cuántas piezas de pan consume al día?

- A) 1
- B) 2-3
- C) más de 3 piezas

18.- ¿se ha dado atracones de comida?

- A) SI
- B) NO

Anexo 4.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL DE NEZAHUALCOYOTL

LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD.

Consentimiento informado

Estimado participante

Soy Yessica Maytte Martínez Ocampo estudiante de la Licenciatura en Educación para la Salud de la institución educativa arriba mencionada, y estoy llevando a cabo un programa de intervención que lleva por nombre "LA DIABTES MELLITUS TIPO 2 BAJO CONTROL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD" con mujeres de 50-59 años de edad que son beneficiadas por parte del seguro popular.

El objetivo del estudio es evaluar el diseño e implementación de un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.

Esta investigación es requisito para obtener mi calificación en el curso de seminario de titulación II.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un test que le tomará aproximadamente 25 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

El programa no conlleva ningún riesgo ni beneficio monetario.

No recibirá compensación por participar.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados del programa sean publicados.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. Los resultados grupales estarán disponibles en una presentación con gráficas si así desea solicitarlos. En caso de alguna duda contactar a la estudiante a cargo del programa de intervención con número de celular al 55 67 35 46 46 o con mi director(a) de investigación Georgina Contreras Landgrave al correo gcontrerasl@uaemex.mx.

Preguntas o dudas sobre los derechos como participante en este estudio, pueden ser dirigidas a la Universidad Autónoma del Estado de México, unidad académica profesional de Nezahualcóyotl con dirección av. Bordo de xochiaca s/n ciudad Nezahualcóyotl.

Investigador(a) principal: Yessica Maytte Martínez Ocampo.

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Yessica Maytte Martínez Ocampo sobre diabetes mellitus tipo 2 en mujeres de 50.59 años. He recibido

Copia de este procedimiento.

Firma del participante

Fecha

ANEXO 5. EVIDENCIAS





Anexo 6



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SEMINARIO DE TITULACION II
SESIÓN_1_____



TEMA	DIABTES MELLITUS TIPO 2 EN MUJERES 50-59 AÑOS		
SUBTEMA	INTERVENCIÓN		
OBJETIVO GENERAL	Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. ✓ Implementar el programa diseñado 		
TEORÍA O TEORÍAS UTILIZADAS	Teoría de Aprendizaje significativo		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS	TIEMPO
1 aplicación de consentimiento informado	El facilitador se presentara y explicara el motivo de la intervención, posteriormente se entregara un consentimiento informado a cada persona para que lo lean y decidan participar en el estudio.	10 mujeres 50-59 años. 1 facilitador.	60 minutos
2 aplicación de test	Después se entregara un test para que lo respondan de acuerdo a las instrucciones, al finalizar se les dará una pequeña introducción de los temas que se van a estudiar en la siguiente sesión así también para citarlos a la misma hora.	-10 consentimientos informados. 10 test.	60 minutos
MATERIALES	10 consentimiento informados, 10 test.		
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Se evaluara conforme la aplicación del test		

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SEMINARIO DE TITULACION II
SESIÓN_2_____



TEMA	DIABTES MELLITUS TIPO 2 EN MUJERES 50-59 AÑOS		
SUBTEMA	DIABTES MELLITUS		
OBJETIVO GENERAL	Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. ✓ Implementar el programa diseñado 		
TEORÍA O TEORÍAS UTILIZADAS	Aprendizaje significativo: que la mujer conozca dicho padecimiento así como sintomatología, antecedentes y complemente la información con los conocimientos ya aprendidos.		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS	TIEMPO
1. ¿Qué es la diabetes? aspectos generales de la diabetes	Que las participantes aprendan en que consiste la diabetes, los tipos de diabetes, Causas, síntomas, conductas de riesgo y consecuencias por medio de un rotafolio con imágenes acerca del tema.	-10 mujeres de 50-59 años. -1 facilitador. - 1 rotafolio.	60 minutos
2."ruleta preguntona"	Posteriormente se realizara una dinámica "ruleta preguntona" donde se harán preguntas acerca del tema visto para reforzar los conocimientos e interactuar con las participantes.	-ruleta preguntona.	60 minutos
MATERIALES	1 rotafolio con imágenes, ruleta preguntona.		
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENT%20Diabetes,%20Manual%20para%20educadores.PDF		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Se evaluara por medio de la ruleta preguntona.		



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SEMINARIO DE TITULACION II
SESIÓN_3_____



TEMA	DIABTES MELLITUS TIPO 2 EN MUJERES 50-59 AÑOS		
SUBTEMA	Alimentación en la diabetes		
OBJETIVO GENERAL	Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. ✓ Implementar el programa diseñado 		
TEORÍA O TEORÍAS UTILIZADAS	Aprendizaje significativo: que la mujer sepa la importancia de llevar una buena alimentación y que pueda modificar sus hábitos alimenticios por otros alimentos más saludables		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS	TIEMPO
1.plan alimenticio	Que los participantes identifiquen las Características del plan de alimentación sano: necesidades nutricionales, horario y distribución de los alimentos en cada comida (cantidades) por medio de un plato del buen comer y la jarra del buen beber que se realizaran con material de fieltro para que los participantes los acomoden después de la explicación. Se llevaron dietas saludables para que los participantes se den una idea de hacer comidas saludables como ensaladas mixtas de pollo y fruta.	-10 mujeres de 50-59 años. -1 facilitador. -lamina del plato del buen comer hecha con fieltro y alimentos de cartón con contactel para poder acomodar los alimentos en el fieltro. -jarra del buen beber con las mismas características del plato del buen comer.	60 minutos
2. control de peso y talla	El facilitador con la ayuda de una báscula pesara y medirá a los participantes además de calcular su IMC, posteriormente con la ayuda de una cartilla de vacunación se mostrara las cifras de peso y talla para cada mujer según su IMC.	-10 mujeres de 50-59 años. -1 facilitador. -1 báscula -cartilla de vacunación amplificada.	60 minutos
MATERIALES	2 esquemas de fieltro de la jarra del buen beber y el pato del buen comer, una báscula, libreta, calculadora, lápiz y una cartilla de vacunacion.		
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENT%20Diabetes,%20Manual%20para%20educadores.PDF		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Con forme al esquema pasaran a colocar los alimentos que según ellos crean que se consumen más o menos.		

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SEMINARIO DE TITULACION II
SESIÓN_4_____



TEMA	DIABTES MELLITUS TIPO 2 EN MUJERES 50-59 AÑOS		
SUBTEMA	Actividad física en la diabetes		
OBJETIVO GENERAL	Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. ✓ Implementar el programa diseñado 		
TEORÍA O TEORÍAS UTILIZADAS	Condicionamiento Operante de Skinner : ya que se le condicionara a la mujer con el uso de materiales para realizar ejercicio dentro de sus hogares y así tener una mejor condición física y de salud.		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS	TIEMPO
1.actividad física	El facilitador explicara los Beneficios de realizar actividad física por medio de un rota folio con imágenes e información concreta.	-10 mujeres de 50-59 años. 1 facilitador. -rotafolio.	60 minutos
2. hagamos ejercicio	El facilitador implementara una rutina de ejercicios por medio de un video ,con la ayuda del centro de salud se facilitaran palos de escoba y sillas para realizar los ejercicios	-10 mujeres de 50-59 años. 1 facilitador. - cañón. -laptop. -10 palos de escoba. -10 sillas.	50 minutos
Cierre	Se da la despedida al grupo		-10 minutos
MATERIALES	Ratafolio, cañon, bocinas, laptop, botellas de agua, palo de escoba, silla.		
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENT%20Diabetes,%20Manual%20para%20educadores.PDF		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Con una lluvia de ideas se les preguntara que beneficio tiene el realizar ejercicio para su cuerpo.		



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SEMINARIO DE TITULACION II
SESIÓN_5_____



TEMA	DIABTES MELLITUS TIPO 2 EN MUJERES 50-59 AÑOS		
SUBTEMA	INTERVENCIÓN		
OBJETIVO GENERAL	Diseñar e implementar un programa de educación para la salud sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en mujeres adultas.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las conductas de riesgo que influyen para que una persona desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ✓ Diseñar un programa de educación para la salud, para la prevención de diabetes mellitus en mujeres de 50-59 años. ✓ Implementar el programa diseñado 		
TEORÍA O TEORÍAS UTILIZADAS	Aprendizaje significativo: que la mujer conozca el cuidado que se debe realizar para tener una mejor calidad de vida.		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS	TIEMPO
“Papa caliente”	Como actividad de cierre se hace una retro alimentación con los temas antes vistos con el apoyo de una pelota “la papa caliente “y que cambios han logrado a lo largo del curso	10 mujeres 50-59 años. 1 facilitador.	60 minutos
Platillo saludable	Se pidió que cada quien elaborar un platillo conforme a lo aprendido en la sesión de alimentación para que pudieran convivir durante la última sesión..	10 mujeres 1 facilitador -diversos platillos saludables	60 minutos
MATERIALES	Pelota, platillos saludables.		
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	<p style="text-align: center;">Guía auto cuidado para personas con diabetes. http://innsz.mx/documentos/diabetes/1.%20Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf</p>		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	La retroalimentación y el impacto en cada sesión para cambiar sus conductas de riesgo		