

Editorial

- Saber cotidiano, semilla necesaria para una educación de transformación social.

Contenido

- Desde la educación para la salud.
- El rol de la educación con fin preventivo de la enfermedad.
- Educación nutricia en pacientes adultos con padecimientos crónicos.
- Educación, salud y diabetes mellitus.
- Educación para un cuerpo sin kilos de más: “Más vale prevenir que remediar”.
- Psico-educación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Obesidad, autocuidado y enfermería.
- Noticias.
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.

Editorial

Saber cotidiano, semilla necesaria para una educación de transformación social

*Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.*

A pesar de los esfuerzos que se han desarrollado sobre la modificación de prácticas de los estilos de vida no saludables, no se ha logrado el impacto deseado en la reducción de la incidencia y mortalidad de enfermedades crónicas prevenibles (obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cáncer). Por lo que se ha hecho evidente la necesidad de reforzar nuevos horizontes educativos con un enfoque psicosocial y sociocultural. Una educación para la salud efectiva a partir de tener en cuenta aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y la asimilación de mensajes de salud para la formación de nuevas acciones y prácticas. Resulta necesario involucrar procesos de autorregulación y de adopción de precauciones.

Mahoney y Mahoney ha propuesto el método conocido como SCIENCE, que enfatiza el carácter científico del autocontrol para lograr cambios medidos, progresivos y permanentes.

La búsqueda de una mayor efectividad en la educación y la promoción de la salud que llevase hacia el autocontrol del comportamiento, han generado varios modelos. Desde los modelos de creencias de salud, hasta los modelos centrados en la autoeficacia, la teoría de la acción social y las normas subjetivas internas, todos ellos hacen énfasis en las variables que determinan la probabilidad de una acción, en un proceso que transcurre por etapas y barreras que hay que superar para proseguir y qué acciones son necesarias para ello.

El modelo transteórico¹, provee una herramienta práctica para incorporar a las personas de un grupo en un proceso gradual de cambios favorables en sus estilos de vida, tendientes a que reconozcan los factores de riesgo y a que adopten medidas preventivas, que trasciende a la educación tradicional centrada en la transmisión de información.

Continúa pág. 2

Además de la perspectiva psicosocial, Oseguera (2004), en la literatura socioantropológica ofrece una exploración de los significados, de la seguridad y riesgo alimentario en referida a la clasificación cultural de los alimentos en grupos de discusión. Ello exige considerar el papel simbólico de los alimentos, por sobre su rol de aporte de nutrientes y de bienes económicos.

Esto corresponde a un aspecto crucial que se ha soslayado en los años recientes: la percepción ordinaria que los pueblos tienen sobre la seguridad y el riesgo en torno a su alimentación cotidiana. Esta ha recibido una creciente atención en el espacio de opinión pública los espacios académicos y las organizaciones sociales, su tratamiento se ha reducido a encuadres universalistas y orientados a la producción y al abasto en un sentido cuantitativo, con parámetros objetivista reproducida y mercantilista vs su orientación cualitativa y para el bienestar desde una visión ordinaria.

Asimismo su trabajo se extiende en poblaciones de zonas urbanas rurales e indígenas de la región purépecha de Morelia, específicamente sobre los riesgos de la alimentación, cambios a largo plazo de su dieta y del contexto, así como de sus esfuerzos para proteger y mejorar la alimentación familiar. Descubrió el capital de saberes de las mujeres, y nuevos rasgos: como el tiempo disponible del ama de casa urbana para cocinar y la continuidad de una cultura étnica de habilidades y saberes femeninos valiosos. Elementos que dan cuenta de procesos macro-microsociales en el ámbito cultural.

Aguado (1996) plantea ¿Cuál es el sentido último de la educación, mantener y preservar el acervo cultural, abrirse a nuevas realidades o ambas cosas al mismo tiempo? Ella considera que desde una educación intercultural o multicultural, capaz de preservar los elementos vivos de una cultura de origen, concebida de modo dinámico, y de enriquecerlos e integrarlos con otros modos de entender la vida.

Así, educar es transmitir un patrimonio cultural que refleja la identidad cultural y su permanencia en el tiempo y, a su vez, tal educación tiene sentido en la medida en que se convierte en medio para la realización de oportunidades personales que van más allá de las condiciones de partida, al permitir el cambio y la creación de una nueva diferencia no condicionada por la raza o la cultura, el sexo o la condición social. Se trata de intercambios y comunicaciones entre personas que utilizan diferentes categorías de expresión, análisis e interpretación.

Desde esta perspectiva culturalista, se defiende una educación, una pedagogía de la diferencia. Se trata de un recurso que apoya la reflexión y la acción como respuesta a la diversidad cultural en educación que definen ideales democráticos y de justicia social, mediante el reconocimiento de necesidades actuales que exigen el desarrollo de habilidades

comunicativas/sociales en contextos y circunstancias variadas, el aprendizaje independiente y una perspectiva global del conocimiento y la cooperación.

En el ámbito epistemológico, la educación es un medio, una herramienta, no un fin. Es posible desarrollar la capacidad del sujeto para pensar la realidad desde la articulación de procesos en una cierta direccionalidad, a partir y con la finalidad de incidir en el saber cotidiano, que propicie cambios. Así, transformar lo cotidiano en una "nueva forma de vida", a la que Heller le da el carácter de lo no alienado, depende de cómo el sujeto se relaciona con las formas de actividad diaria y de su capacidad para jerarquizar por sí mismo estas formas y sintetizarlas en una unidad, conservando la heterogeneidad de lo cotidiano (Toledo).

Afirmar lo anterior implica reconocer que el movimiento de la realidad depende de la praxis de los sujetos sociales y como consecuencia, la posibilidad que estos tienen de opciones objetivamente posibles, que son definidas por las prácticas sociales en un contexto específico y que están determinadas "por las condiciones estructurales (nivel económico), las fuerzas sociales (nivel político) y los microdinamismos de los sujetos sociales (nivel psicocultural) (Zemelman, 1987 pp57-58).

En este campo problemático surgió de la preocupación por encontrar caminos para formar sujetos capaces de transformar su realidad, cambiar sus condiciones y formas de vida. Aquí la educación es uno de los medios que puede contribuir a fomentar la crítica y la creatividad de los sujetos, para que estos sean capaces de establecer una relación de conocimiento con la realidad y puedan transformarla (aprendizaje significativo), en no referencia a la escolaridad sino a situaciones de excepción que aluden a poblaciones vulnerables (marginados en lo económico, política y culturalmente), la cual se manifiesta en (pobres, migrantes, hambrientos, discriminados, excluidos socialmente (Toledo).

Queda rebasada, por tanto, de manera natural, la concepción tradicional de la educación que se restringe al ámbito técnico-pedagógico, cuyo propósito es formar sujetos que "aprendan a leer la realidad para reescribir su historia". Esto significa que sin sujetos no se pueden realizar cambios y que modificar la realidad exige considerar los dos ámbitos: El macro y el micro-social. Por tanto, con la organización y el desarrollo de la vida cotidiana en conjunción con sujetos concretos.

Así, para transformar no sólo es teniendo en cuenta las condiciones objetivas en las que se encuentra el sujeto, sino también por los procesos psicosociales y psicoculturales que constituyen su subjetividad. De manera específica porque pone en juego los hábitos, las creencias y las costumbres vigentes en el mundo en que se desarrolla y constituye su saber cotidiano, con el que piensa y actúa sobre la realidad.

Efectivamente, cuando Heller (1982) es, a la vez, espejo y fermento de la historia, está aludiendo a la relación sociedad-vida cotidiana; como consecuencia, no es posible modificar una sin trastocar la otra. Lo fundamental es explicar algunos de los elementos que pueden generar articulaciones entre procesos macrosociales y cotidianos, de tal calidad e intencionalidad que se propicien cambios.

Por lo tanto, el proceso educativo se desarrolla a partir de la transmisión-acumulación de información que se cristaliza en contenidos dados, a través de los cuales se explica la realidad. Tal acumulación de información puede llegar a remplazar la capacidad de pensarla y por tanto, no le permite al sujeto pensar la historia pertinente. Se trata de romper esas estructuras cristalizadas para pensar lo posible y lo nuevo, alude a que la información acumulada sea manejada por el sujeto como instrumento de indagación que le permita pensar lo impensado de la realidad.

El problema fundamental es entonces ¿cómo se puede desarrollar el sujeto para que, además de que "sepa contenidos", tenga la capacidad de pensar el momento que está viviendo y de actuar para modificarlo? Tal capacidad no depende solamente de la posibilidad de que maneje la información como instrumento de indagación que le permita tanto rebasarla y ubicarse en un contexto específico, como desarrollar prácticas sociales, orientadas a transformar la realidad.²

Una reflexión final: Educar para transformar mi estilo de vivir implica utilizar insumos para lograr cambiar (mis hábitos alimenticios, mis prácticas de actividad física); afrontar el cambio implica mi "yo" orientado hacia el sí mismo; en mi cuerpo, mis acciones y sus significados en interacción con el otro. Pensar en esta realidad significa rescatar el papel del saber cotidiano, que posibilite la resignificación de la apertura de los saberes del proceso educativo en un pensamiento dialéctico.

1 Las etapas propuestas son: 1. La precontemplación. 2. Contemplación. 3. Preparación. 4. Acción. 5. Mantenimiento. 6. Recaída. 7. Terminación. Los procesos de cambio propuestos: a) incremento de la conciencia, b) autorevaloración, c) reevaluación social, d) autoliberación, e) liberación social, f) contracondicionamiento, g) control de estímulos, h) manejo de contingencias, i) catarsis, j) relaciones de ayuda.

2. Así lo plantea Bleger cuando dice que, "... lo más importante en todo campo de conocimiento poseer instrumentos para resolver los problemas que se presentan en dicho campo. No se trata solamente de transmitir información, sino también de lograr que el sujeto la incorpore y la maneje como instrumento de indagación; el primero enajena (inclusive al sabio), el segundo (hace posible pensar la realidad). Siguiendo en cierta medida a Montesquieu, se puede volver a decir que no es lo mismo llenar cabezas que formar cabezas. Esta apertura también implica "moverse hacia lo desconocido, a la indagación de aquello que todavía no está suficientemente elucidado. En la ciencia no sólo se avanza hallando soluciones y creando problemas nuevos (Bleger, op. cit., p.62) Apertura de la totalidad significa organizar el razonamiento hacia la realidad, que rebasa los límites teóricos (Zemelman, . op. cit., pp. 21-61).

Bibliografía

1. Aguado Ma. Teresa. Educación Multicultural: su teoría y su práctica. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1996.
2. Bleger J. Grupos operativos en la enseñanza, en Temas de psicología (entrevista y grupos), Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, México, 1983, p. 60.
3. Heller A. (1982). La revolución de la vida cotidiana. Ediciones Península. Barcelona. p.9.
4. Osegera D. (2004). Comidas peligrosas. La percepción social de la (in)seguridad alimentaria. Estudios sobre las culturas contemporáneas. Época II, Vol. X, Núm. 19, Colima, junio 2004, pp.31-51.
5. (2010). Del campo a la ciudad: percepción social de la (in)seguridad alimentaria. Estudios sobre las culturas contemporáneas Época II, Vol. XVI, Núm. 32, Colima, invierno 2010, pp.9-40.
6. Romero T. et. al. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: Una evaluación de eficacia. Psicología y salud. Vol.13, Núm.1 Ene-Jun 2003. pp 87-101.
7. Toledo Ma. Eugenia. Saber cotidiano, educación y transformación social. Revista Mexicana de Sociología No.4, 1991. pp. 157-168.
8. Wets Ma. Teresa (coord.) Educación, cultura y procesos sociales. UNAM-Consejo Mexicano de Investigación Educativa A. C. 1pp5, México, pp 19.32.
9. Zemelman H. (1987), Uso crítico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad 1, Universidad de las Naciones Unidas y El Colegio de México, México, 1987, p.47).

El **Centro de Atención a Clientes Yakult**, tiene como razón de ser, promover la salud y la cultura a través de diferentes actividades **gratuitas**, que puedes consultar en nuestro sitio web www.yakult.mx, además contamos con servicio de Biblioteca y préstamo de salones, así como un taller permanente de educación en diabetes. Av. Chapultepec No. 451 esquina con Guadalupe Montenegro. Tel: 3827 1330



Desde la educación para la salud

*P.L.N. Analleli Palafox Méndez.
Universidad Univer Plantel Zamora.*

En la actualidad, las enfermedades crónico-degenerativas no sólo se relacionan con desequilibrios metabólicos ocasionados por una inadecuada educación nutricional, sino también por aspectos sociales y medio ambientales, por lo que es importante utilizar la educación para la salud como un medio preventivo y promocional, que contribuya a la adopción de hábitos alimentarios, adecuándolos a los aspectos biológicos, sociales y medio ambientales de cada comunidad. ⁽¹⁾

Los principales instrumentos de la prevención primaria son la educación para la salud y la prevención específica. La educación para la salud tiene un ámbito de competencia muy diverso. Abarca aspectos tales como la promoción de una alimentación sana y equilibrada, una vivienda higiénica y funcional, fomento de la actividad física, acceso a fuentes de recreación, práctica del descanso reparador, así como la ampliación de la cultura sobre la salud. ⁽²⁾

Educación para la prevención de obesidad

La orientación de la educación nutricional y para la salud con enfoque tradicional, persiste en la gran mayoría de experiencias educativas, aunque utilice didácticas variadas, cuya evolución es innegable y se ha dirigido fundamentalmente, en el caso de la nutrición, a cambiar la mentalidad de las personas, así como a conocer los alimentos, sus riesgos y bondades, sus procesos de selección, preparación, conservación, cocción y utilización más adecuados, para tener un buen estado nutricional. ⁽³⁾

Para prevenir el sobrepeso y la obesidad, se requieren intervenciones en un contexto ecológico, en el que participen de manera coordinada los sectores sociales, con el propósito de promover cambios en las formas de alimentación y ejercicio de las familias. Se requiere sensibilizar a la sociedad sobre los riesgos para la salud que conlleva cursar con sobrepeso u obesidad y de la importancia que tiene transformar los ambientes obesogénicos actuales. ⁽⁴⁾

La estrategia racional de la prevención de la obesidad sólo puede conseguirse con la promoción de un estilo de vida más sano, la reducción del sedentarismo y la mejora de los hábitos alimentarios. ⁽⁵⁾

La adopción de comportamientos alimentarios saludables tiene que tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. ⁽⁶⁾

La educación alimentaria, en la mayor parte de los casos, aumenta los conocimientos, pero el conocer lo que se debe hacer no significa realizarlo. La modificación hacia hábitos más saludables requiere, por una parte, la interiorización de lo aprendido y por otra la motivación para llevarlo a cabo. ⁽⁵⁾

Por tanto, resulta necesario educar al paciente con habilidades, conocimientos y destrezas para prevenir el desarrollo de enfermedades o

*"Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías;
breve y eficaz por medio de ejemplos".
Séneca.*

en su caso afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad, para cuidar diariamente de su control y bienestar general. ⁽⁷⁾

El objetivo de la educación terapéutica es, de manera general, asegurar que el paciente y sus familiares reciban una adecuada educación. ⁽⁷⁾ Esta educación debe estar enfocada en aspectos prácticos en donde el profesional de la salud, específicamente el Lic. en Nutrición, debe orientar al paciente y lograr que identifique los diferentes grupos de alimentos según sus nutrientes; explicar los beneficios de los alimentos ricos en fibra y sus fuentes; describir los efectos de las bebidas alcohólicas en los niveles de glucosa en la sangre y sus repercusiones en la salud; explicar cómo puede disfrutar de una reunión familiar, comida en un restaurante, etc., sin afectar su control metabólico; expresar la importancia de reducir la ingestión de grasas de origen animal y aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales de granos enteros; describir la importancia del control de peso para el buen control metabólico; la lectura de etiquetas, etc., apoyándose de herramientas que unifiquen y den congruencia a la orientación alimentaria, como la Norma Oficial Mexicana 043 de la promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. ⁽⁷⁾

Al igual que es imprescindible la educación nutricional, el desarrollar un programa de ejercicio dará armas necesarias para mantener, desarrollar y restaurar la salud de la persona. ⁽⁹⁾

Las personas inactivas tienen un riesgo de enfermedad de las arterias coronarias dos veces mayor que las personas activas y la asociación persiste después del ajuste de otros factores de riesgo, tales como el tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia. ⁽⁹⁾

La adultez es una etapa de cambios orgánicos y generalmente la dinámica de actividad es sedentaria, por lo que la obesidad y los problemas cardíacos se presentan con regularidad. ⁽⁹⁾

A la población en general se le debe educar tanto física como cognoscitivamente que, al unir los conocimientos como los señalados anteriormente y efectuando un programa estructurado de ejercicio físico, llegarán a tener una mejor calidad de vida. No es así como cuando la persona realiza ciertos ejercicios sin conocer para qué sirve, qué músculos está ejercitando, si ha ingerido algún tipo de alimento que le pueda causar desajustes metabólicos, después de haber estado ingiriendo bebidas alcohólicas o haber estado emocionalmente alterado. ⁽⁹⁾

Enseñar a cuidarse

No se puede perder de vista que la educación para la salud se apoya en un proceso de comunicación entre los técnicos, profesionales de la salud y la comunidad, con un objetivo definido: Mejorar la salud de la población a través de su formación y capacitación para la toma de decisiones y que en este proceso la labor del profesional no se ciñe exclusivamente a transmitir

El rol de la educación con fin preventivo de la enfermedad

M.N.C. León Felipe García Machuca.
UNIVA.

una serie de conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad al ciudadano o a la comunidad, por el contrario, el desarrollo de programas y actividades de educación para la salud contempla multitud de objetivos intermedios entre los que se encuentran cuestiones tan complejas como formar, capacitar, motivar, incidir sobre las actitudes y valores, para finalmente provocar cambios que apunten al desarrollo social. ⁽³⁾

Los sujetos que participan en una acción educativa tienen unas características y condiciones para el aprendizaje, que no sólo deben ser tenidas en cuenta al realizar tales acciones, sino que deben ser relacionadas con la voluntad de trascender el problema de salud al que están expuestos o que ya padecen, pero la manera como se le presente en el acto educativo puede ser, artífice de sus circunstancias presentes y futuras en tanto ser social o un elemento aislado, que responde de manera coyuntural a los factores precipitantes del daño en su salud. Estas perspectivas constituyen la base de los distintos referentes pedagógicos. ⁽³⁾

Es desde la educación para la salud debidamente orientada, reflexivamente concebida y pedagógicamente estructurada, que se puede orientar a los individuos y a las comunidades en nutrición y salud, ⁽³⁾ conscientes de que en cada acto de cuidar está implícita la necesidad de enseñar a cuidarse y que sólo aquel que aprende a cuidarse, puede alcanzar una

Bibliografía

1. Macías M. Al, et al. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: Su relación con la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 36 (4), México, 2009.
2. Rivera Barragán. La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Rev Cubana Salud Pública.* 33 (1). México, 2007.
3. Alzate Yepes T. Desde la educación para la salud: Hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspectivas en nutrición humana.* 16; España, 2006.
4. Barrientos Pérez M, Flores HS. ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 65; México, 2008.
5. Díaz G. M, et al. Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. *Nutr. Hosp.* 17 (2); España, 2002.
6. Guibert Reyes W. et al. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr.* 15 (2); Cuba, 1999.
7. García R, Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Endocrinol.* 8 (1); Cuba, 2007.
8. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
9. Meneses M M, Monge A MA. Actividad física y recreación. *Rev. Costarricense de Salud pública.* 8 (15); Costa Rica, 1999.

Este artículo tiene como objetivo reafirmar el rol que tiene la educación como herramienta para la prevención y/o en su caso lograr el éxito en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas, tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y la obesidad. ¹

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. ²

La educación en esta era de la información puede ser utilizada como un instrumento con fines preventivos de las enfermedades ya mencionadas, si es que se logra aplicar la técnica adecuada en el sujeto correcto. No todas las técnicas educativas que se aplican en salud tendrán los mismos efectos en todas las personas, habría que identificar a quién se le pretende educar y las actitudes para seleccionar la técnica adecuada. ³

El educar a los pacientes, es un componente esencial para prevenir o lograr calidad en el tratamiento. Sin embargo, la educación puede llegar a ser catalogada como “consumidora de tiempo” por los miembros del equipo de las ciencias de la salud y es por esto que a veces es negada o ignorada. Se prescriben medicamentos, dietas y planes de ejercicio, ignorando muchas veces el contexto sociocultural y sin explicarle al paciente el porqué de las indicaciones y es por esto que la nula educación previa se asocia al no llegar a la meta del tratamiento. ³

Los objetivos de la educación para prevenir enfermedades crónicas deberían ser el proveer la información necesaria para que las personas puedan tomar decisiones con bases, adquirir comportamientos de autocuidado, lograr cambios positivos en el estilo de vida, obtener habilidad para resolver problemas relacionados a la salud y el conocer los beneficios de tener una colaboración activa con el equipo de las ciencias de la salud para mejorar los resultados clínicos, preservar la salud y mejorar la calidad de vida. ⁴

Resultaría interesante utilizar estrategias educativas determinadas que estén enfocadas en desarrollar nuevas intervenciones y diseminarlas para reducir la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas, específicamente en la población vulnerable que vive en pobreza, donde la contaminación, la falta de agua potable y el acceso inadecuado a los servicios básicos, influyen directamente en el estado de salud. Esta intervención lograría un cambio social relevante en la población urbana mexicana actual. Educación, educación, educación. ^{5, 6}

Las intervenciones educativas con fines preventivos en salud que se mencionarán a continuación serían las llamadas intervenciones psicosociales, las cuales podrían ser divididas en 6 variantes: Las intervenciones terapéuticas, la educación masiva en salud, la retroalimentación, las

intervenciones basadas en incentivos, el apoyo de la red social/familiar y otras estrategias consideradas misceláneas.⁷

Las intervenciones terapéuticas son aquellas en las que se provee la motivación de cambiar el estilo de vida para apoyar la adquisición de habilidades. Aquí va incluido la entrevista motivacional, la terapia cognitiva de comportamiento, la psicoterapia, la relajación, la facilitación del aprendizaje para resolver problemas y otras estrategias.

Estas intervenciones pueden ser aplicadas cara a cara, vía telefónica, internet o usando equipo audio visual. Pueden durar poco tiempo (desde menos de cinco minutos) o hasta una hora y repitiendo varias sesiones. Se podría pensar que esta técnica es exclusiva de los psicólogos, pero puede ser llevada a cabo por todo el equipo de las ciencias de la salud con entrenamiento previo.⁷

La educación masiva en salud está definida como aquella donde a través de medios de comunicación se le da a conocer a la población los riesgos de llevar un patrón en el estilo de vida que esté asociada a enfermedades crónicas degenerativas y se les incita a cambiar. En este tipo de intervención también van incluidos los manuales y folletos de auto ayuda para prevención de la enfermedad.⁷

La retroalimentación es aquella donde al jefe de la familia (el padre o la madre), se le provee cimentación de la información dada previamente acerca del estado de salud, evidenciada con laboratoriales que generalmente incluyen biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, entre otras. Se aclaran dudas, hay preguntas y respuestas.⁷

Las intervenciones basadas en incentivos incluyen aquellas donde el sujeto recibe un incentivo financiero como motivación, con la condición de asistir a pláticas, terapias y grupos. Estos incentivos pueden ser desde vales hasta efectivo.⁷

El apoyo social o familiar incluye aquellas intervenciones donde un sujeto de confianza del paciente que se encuentre dentro de la red familiar/social previamente entrenado provea la educación para prevenir problemas de salud. La confianza en el sujeto que da la información es la pieza clave que muchas veces tiene mejores resultados en ciertas personas y poblaciones.⁷

Las estrategias misceláneas incluyen el insistir en el realizar ejercicio, dejar de fumar y beber, así como de llevar un estilo de vida más saludable en general. Nunca es demasiado el insistir en que una dieta saludable, realizar actividad física regularmente, mantener un peso corporal normal, evitar el tabaco y el alcohol pueden prevenir o retrasar la aparición de la obesidad y la diabetes tipo 2.⁷

La educación impacta positivamente en la habilidad cognitiva, la cual es aún maleable en la mediana edad. A través de ésta, se puede dirigir a los sujetos a que desarrollen comportamientos y actividades que incluyan el aprendizaje y la retención de la información. La educación en los adultos mayores de 30 años ha recibido mucho menos atención comparada con la que se recibe en edades más tempranas.⁸

La educación y la cognición, están sin duda interrelacionadas y potencialmente lleva a los individuos a ambientes o estilos de vida que ayudan a conservar la salud.⁸

Darle prioridad al contenido educativo que tenga como finalidad la prevención de la ausencia de la salud y aplicar instrumentos validados para medir los resultados en los pacientes a través de la educación, sería un paso clave a seguir para mejorar la calidad de vida de la población.⁸ Utilizar la educación como herramienta para prevenir enfermedades crónicas degenerativas, tales como la diabetes, la hipertensión, el cáncer y la obesidad, es de relevante utilidad y puede ser aplicada por distintas personas que han recibido entrenamiento, ya sean profesionales de la salud o no. Existe evidencia consistente de que los individuos con ventajas socioeconómicas que pueden estar expresadas en educación, ingreso u ocupación, tienden a tener un mejor estado de salud, que aquellos sujetos que no tuvieron las mismas oportunidades.⁸

Los mexicanos urbanos actuales que tenemos el acceso a la información y que tuvimos la oportunidad de una educación, tenemos la obligación de dar a los que no tuvieron las mismas oportunidades una educación preventiva en salud y así aportar a la rehumanización social.

Bibliografía

1. Anne-Marie Nybo Andersen, Kaare Christensen, Per Kragh Andersen, and Merete Osler. Does Educational Status Impact Adult Mortality in Denmark? A Twin Approach *Am J Epidemiol* 2010;172:225–234.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Consultado el día 20/08/14.
3. Lucy Annang, PhD, MPH, Katrina M. Walsemann, PhD. Does Education Matter? Examining Racial Differences in the Association Between Education and STI Diagnosis Among Black and White Young Adult Females in the U.S. *Public Health Reports* / 2010 Supplement 4 / Volume 1.
4. Stephani L. Hatch, Leon Feinstein, Bruce G. Link, Michael E. J. Wadsworth, and Marcus Richards. The Continuing Benefits of Education: Adult Education and Midlife Cognitive Ability in the British 1946 Birth Cohort. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*. 2007, Vol. 62B, No. 6, S404–S414.
5. Jeffrey R. Harris, MD, MPH, MBA, Pamela K. Brown. The Cancer Prevention and Control Research Network. PREVENTING CHRONIC DISEASE, PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE AND POLICY. VOLUME 2: NO. 1 JANUARY 2005.
6. Zikmund-Fisher BJ, Exe NL, Witteman HO. Numeracy and Literacy Independently Predict Patients' Ability to Identify Out-of-Range Test Results. *J Med Internet Res*. 2014 Aug 8;16(8):e187. doi: 10.2196/jmir.3241.
7. Catherine Chamberlain, Alison O'Mara-Eves. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. 2013 Oct 23; Published in final edited form as: *Cochrane Database Syst Rev* ; 10:CD001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub4
8. Kinugasa Y, Kato M, Sugihara S, Yanagihara K, Yamada K, Hirai M, Yamamoto K. Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting. *BMC Health Serv Res*. 2014 Aug 19;14(1):351.

Educación nutricia en pacientes adultos con padecimientos crónicos

Julietta E. García de Alba Verduzco.

P.L N. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

La O.M.S. define a los padecimientos crónicos como las enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Cabe mencionar que estas enfermedades cuentan con la más alta tasa mortalidad el mundo ⁽¹⁾. En México, las enfermedades crónicas degenerativas están a la orden del día, muchas de éstas necesitan un abordaje nutricional, ya que éste ayuda a retardar el daño e incluso puede detenerlo ⁽²⁾; es de aquí que sale la importancia de la educación nutricia en estos pacientes, que lamentablemente puede ser nuestra madre, padre, vecino e incluso hijos.

Cabe mencionar que para prevenir o tratar estas enfermedades existen diferentes consideraciones para cada enfermedad, resumidas en el siguiente cuadro:

Enfermedad crónica	Recomendación alimentaria
Diabetes	● Evita alimentos altos en hidratos de carbonos simples, es decir azúcar, refrescos, miel, mermeladas, golosinas, pan dulce, pasteles, frutas maduras y helados. ● Procura no consumir alimentos altos en grasas saturadas, como mayonesa, manteca, chorizo, chicharrón, crema, etc. ● Realiza cinco comidas diarias, tres comidas fuertes y dos pequeñas. ● Monitorea tu glucosa y tu peso. ● Recuerda que las verduras son tus aliadas, puesto que enlentecen el proceso de absorción del azúcar en tu cuerpo. Consúmelas. ⁽³⁾
Hipertensión	● Evita alimentos industrializados, enlatados, empaquetados, salados, embutidos, salmueras y en general productos altos en sodio. ● Procura un consumo alto de verduras y frutas, pues existe evidencia que éstas ayudan a mantener una adecuada presión arterial. ● Monitorea tu presión y peso. Algunos kilos menos pueden ayudar a disminuir tus cifras. ● Recuerda que debes llevar una dieta baja en grasas saturadas y alta en grasas buenas, como la del aguacate y semillas. ⁽⁴⁾

Dislipidemias	● Evita alimentos altos en grasas saturadas y carbohidratos simples. ● Procura elevar tu consumo de omega 3 que se encuentra en pescados, sardinas, atún, chía, etc. ● Monitorea tus cifras de lípidos en sangre. ● Recuerda que debes realizar actividad física moderada, ya sea una caminata o un trote ligero. ⁽⁵⁾
---------------	---

Recuerda que en general todas estas enfermedades requieren una alimentación saludable. Realiza cambios en tu estilo de vida y notarás la mejoría de tu salud, así como mayor energía en tu día, comienza con cambios pequeños y nunca olvides tus metas.

Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [actualizado 2014; citado 18 agosto 2015]. Enfermedades crónicas, [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Pinheiro AC, Atalah E: Propuesta de una metodología de análisis de la calidad global de la alimentación. Rev Méd Chile 2005; 133: 175-82.
3. Diario Oficial de la Federación (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
4. Diario Oficial de la Federación (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
5. Diario oficial de la federación (2011). NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.



Educación, salud y diabetes mellitus

Javier E. García de Alba García.
Jefe U.I.S.E.S.S.

Introducción

La palabra educación, proviene del latín “educare” y se refiere a un proceso, el cual plantea un doble significado, de acuerdo a la escuela desde donde se aplique: En la escuela tradicionalista, la connotación implica un proceso de afuera hacia adentro, por lo tanto se traduce como nutrir, amamantar, etc. En cambio, la escuela paido-céntrica, se plantea lo contrario, es decir, un proceso de adentro hacia afuera como dar luz, extraer, etc.

Por otra parte, los propósitos de la educación han variado. Así, Platón la considera dar perfeccionamiento y belleza al cuerpo y alma. Kant la enuncia como el desarrollo de la perfección que lleva el hombre, mientras que Aristóteles la considerará como el sentido que se da a los sentimientos, hacia un orden ético.

Pero en cualquier caso, los criterios para desarrollar educación requieren de respetar la libertad y la dignidad, además de organizar las razones del aprendizaje, en los actores participantes.

Por lo tanto, consideramos que el objetivo de la educación, tendrá que ver con: Conocer y transformar la realidad para el bienestar sustentable de los seres humanos, en base al reconocimiento de su identidad histórica y respeto a su variabilidad cultural.

Aspectos generales

La educación, por su intencionalidad y carácter, se puede dividir en tres modalidades:

- 1.La no formal, que no plantea una intencionalidad, pero sí un carácter de sistematización.
- 2.La formal, que incluye a la intencionalidad y un carácter sistemático.
- 3.La informal, que puede contener intencionalidad, pero no sistematicidad.

En las diferentes modalidades de la educación, ésta puede tener un carácter:

- Complementario** (para ir desarrollando una integralidad individual).
- Suplementario** (para completar vacíos o faltantes).
- Sinergizante** (que suma o multiplica conocimientos, actitudes o aptitudes).
- Interferente** (que divide o resta los aspectos antes señalados).

Sin embargo, hay que reconocer que la educación no se da en vacío social e histórico, es decir, no es nada sin el ser humano como tal, de aquí que se tenga que considerar también a la educabilidad, una cualidad humana innata, la cual es: Perfectible, histórica y social. Por ello, el ser

humano puede adquirir nuevos conocimientos, actitudes, aptitudes y posturas, debido a su constante reconstrucción.

Por lo tanto, es muy importante, cómo se da y para qué se realiza la educación, proceso que puede ejemplificarse desde los dos enfoques siguientes:

Concepto	Enfoque hegemónico	Enfoque crítico
El mayor problema es de:	Carencias tecnológicas	Carencias sociales
Importancia del diagnóstico y tratamiento educativos:	Irrelevantes ante la creciente tecnología educativa	Muy relevantes ante la creciente tecnología educativa
Enfoque primordial:	Especializante	Multidisciplinar
Desarrollo basado en:	Tecnología	Participación de los usuarios
Mayor beneficio	Conocimiento	Empoderamiento

El reto actual de la educación, consiste en mejorar la calidad de vida material e inmaterial, de sus usuarios, garantizando condiciones de igualdad, solidaridad e integración social, dirigidos al acrecimiento armónico de las capacidades y potencialidades humanas.

Para ello, se requiere que se garantice de manera permanente la adecuada prolongación del proceso educativo, su sabia renovación, basada en las necesidades del pasado y del presente, previendo las del futuro, teniendo como principales características la intencionalidad, la inteligencia, la reflexividad; ser activo, participativo, crítico, liberador, integral, innovador y pragmático.

Aplicación a la salud

La educación para la salud, debe partir entonces de los siguientes supuestos:

- 1. Solamente una minoría de pacientes recibe educación para la salud, ergo hay que masificarla.
- 2. La educación para la salud aún tiene baja prioridad política, ergo hay que promoverla.

Educación para un cuerpo sin kilos de más “más vale prevenir que remediar”

*P.L.N. Judith Guadalupe Sámano Hernández.
Univer Plantel Zamora.*

3. Las personas tienen limitados conocimientos salutógenos, ergo hay que incrementarlos.
4. Los programas educacionales para la salud tienen bajo impacto en el sector, ergo hay que reconstruirlos.
5. La educación efectiva requiere de entrenamiento, ergo hay que lograrlo eficientemente.

La diabetes mellitus como ejemplo de problema educativo

Los programas actuales, integran y mantienen con cierta dificultad grupos de pacientes, con sesiones limitadas en tiempo y espacios. Recibiendo estos en promedio, varias sesiones el primer mes de su diagnóstico y otras más en los meses subsiguientes.

Lo anterior representa un problema para masificar el programa, ya que sólo en Guadalajara hay aproximadamente 500,000 personas con diabetes, de las cuales no se conoce exactamente cuántas han recibido una educación formal y si agregamos que cada año se incorporan aproximadamente 20,000 “nuevos casos” de personas con diabetes, que requerirían 2,000 cursos en un año, donde se garanticen cuatro sesiones el primer mes y al menos una sesión mensual durante el primer año del diagnóstico.

Esto implica de entrada, 26,000 sesiones educativas anuales, con una asistencia constante de diez personas, independientemente de las consultas otorgadas.

Este programa se enfocaría a desarrollar en cada persona con diabetes mellitus tipo 2, aspectos de manejo y prácticos, por ejemplo:

1. Conocimiento del significado y comportamiento de su padecimiento, así como del indicador glucosa en sangre.
2. Seguimiento de una dieta socio-culturalmente adecuada en una primera fase.
3. Elaborar un plan alimentario y de ejercicio físico activo, reflexivo y participativo en un segundo momento.
4. Mantener y mejorar logros toda la vida en base al empoderamiento, seguridad y solidaridad social.

Bibliografía

1. García de Alba García JE. La educación un reto social de nuestro tiempo. XII Congreso Internacional Avances de Medicina Hospitales Civiles 2010. Hospital Civil de Guadalajara. 25 de febrero 2010.
2. Gagliardino JJ y Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes.
3. Diabetes Care 24(6): 1001-1007. 2001

La transición nutricional que experimenta México tiene como características una occidentalización de la dieta, en la cual aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; disminuye el tiempo disponible para la preparación de los alimentos; aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético; de igual forma aumenta el poder adquisitivo de la población; así como la oferta de alimentos industrializados en general; disminuye de forma importante la actividad física de la población. También se han registrado cambios importantes en la compra de algunos alimentos, como son frutas, verduras, carnes y otros alimentos frescos. ⁽¹⁾

Todas estas condiciones, que se van presentando cada vez más en la población, se dirigen a la posibilidad de padecer obesidad, la cual constituye una patología crónica, que presenta no sólo una mayor mortalidad, sino también comorbilidad, en relación a su gravedad (a mayor IMC mayores complicaciones) y a su distribución (mayores comorbilidades con obesidad central que con la de distribución periférica).

La obesidad se ha convertido, tras el tabaquismo, en la segunda causa de mortalidad evitable. ⁽²⁾

La consecuencia más significativa de la obesidad infanto-juvenil es su persistencia en la adultez y en este sentido por lo general el aumento de peso suele ser lento y progresivo durante los años, por lo que la mayoría de las personas no notan las alteraciones por mucho tiempo o hasta que se encuentran muy avanzadas. Aun así, desde las primeras etapas de la obesidad se pueden detectar alteraciones. Algunas están relacionadas directamente con la obesidad, otras tienden a aparecer o empeorar en personas obesas con predisposición genética. Estas alteraciones se convierten en una bomba de tiempo para la salud. ^{(3) (4)} Por lo general, el aumento de la obesidad es dramático y mayormente en la infancia, pero también su tratamiento es capaz de prevenir (y también de revertir).

Las complicaciones de la obesidad se ven afectadas en al menos cuatro aspectos:

- Problemas directamente relacionados con el exceso de grasa corporal, que condicionan tanto problemas físicos (alteración del rendimiento), como mentales (alteración de la autoestima y depresión) o sociales (alteración de la relación con los demás, integración social, relaciones sexuales, etc.).
- Problemas relacionados con las complicaciones derivadas de la obesidad, como artropatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis, dislipidemias, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, gastrointestinales (hígado graso y colestasis), ortopédicas (epifisis de la cabeza femoral), respiratorias (asma bronquial, apnea del sueño), síndrome de ovario poliquístico, complicaciones endocrinas y más. ⁽³⁾

- Problemas relacionados con el pronóstico vital y su percepción, como las expectativas de padecer en un futuro enfermedades cardiovasculares o hipertensión, por la concienciación que se tiene de la obesidad como factor de riesgo cardiovascular.
- Cambios en la calidad de vida relacionados con la salud, ante los resultados de un tratamiento generalmente largo, resultados lentos y con frecuentes recidivas. ⁽²⁾

Contribuir al controlar el peso, mediante la práctica clínica para prevenir, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad

Actualmente, la opinión de los expertos es que la solución a esta epidemia de obesidad está en la prevención y en poner en práctica las políticas y proponer estrategias útiles para prevenirla, evitar complicaciones y/o erradicarla. ⁽³⁾

Autores consideran a la educación nutricional como parte esencial del tratamiento integral de la obesidad, es decir, que para una mayor efectividad de su tratamiento es prioritario un equipo multidisciplinar. ⁽⁵⁾ Todo esto se dice de manera fácil, pero en realidad constituye una serie de factores que en conjunto resultan difíciles de tratar, como son factores ambientales, psicológicos, económicos, etc. lo cual concluye que la solución para la epidemia de obesidad está en la educación, enfocada en la dieta, la actividad física y cambios de conducta, que requiere del compromiso y cambios de hábitos de toda la familia.

El educar necesita brindar intervenciones en un contexto ecológico, en el que participan de manera coordinada los sectores sociales, con el propósito de promover cambios en las formas de alimentación y ejercicio de las familias. Se requiere también sensibilizar a la sociedad sobre los riesgos para la salud que conlleva cursar con sobrepeso u obesidad y de la importancia que tiene transformar los ambientes obesogénicos en que actualmente se vive y sobre todo que viven los niños.

Se pretende modificar el entorno comunitario. El profesional de salud debe propiciar que los niños hereden de sus padres buenos hábitos de alimentación y ejercicio, mientras que las políticas públicas deberán buscar que la escuela se transforme en un ambiente saludable. ⁽⁶⁾

El paciente con diagnóstico de obesidad es un reto importante en el desempeño profesional y diariamente atendemos pacientes que la padecen y cada vez con procesos comórbidos más complejos, es bien sabido que el proceso de morbilidad y mortalidad es más elevada en este grupo de pacientes que en el no obeso, por lo que debemos observar hasta el más mínimo detalle para lograr un buen resultado al momento de educar al paciente, ya sea para prevenir o tratar. ⁽⁷⁾

La prevención de complicaciones a nivel dietético no debe basarse solamente en la restricción calórica, sino que debe realizarse a través de una dieta "saludable" que prevenga los trastornos metabólicos y optimice el balance energético. En caso de que el paciente con obesidad ya

presente alguna complicación la educación debe brindarse de manera individual y según las necesidades, condiciones, creencias y preferencias actuales del paciente, además de otros factores que con el tiempo el profesional puede identificar en cada paciente.

Una educación en el ámbito nutricional debe considerar la importancia de un aporte calórico correcto, el tipo de alimentos, las combinaciones, los horarios, los alimentos y preparaciones, así cuidar el índice glicémico para evitar el hiperinsulinismo y la formación de tejido adiposo, cuidar la ingesta de harinas blancas y productos procesados, sobre todo con alto contenido en grasas, azúcares, así como el uso de las comidas más calóricas a las horas de mayor actividad, entre otros puntos que el profesional en nutrición debe tener en cuenta para una educación real del paciente. ⁽⁸⁾

Educar no hace referencia a que presentaremos un tema o le daremos al paciente la información que necesita, una educación realmente se da cuando el paciente participa, comprende, acepta y pone en práctica esas herramientas que le fueron brindadas para generar un cambio, mantenerlo o mejorarlo, de tal manera que logre un apego a condiciones y/o situaciones que son mejor o más benéficas para sí mismo.

Para ello, el profesional en salud necesita de alternativas o herramientas de apoyo para una educación e intervención de manera conjunta al momento de la atención del paciente:

1. Acciones integrales de educación para que el paciente acepte su riesgo o condición actual y logre asumir la responsabilidad de su salud.
2. Detección oportuna de las complicaciones, identificación del riesgo de padecerlas y cuidado de las mismas.
3. Prescripción efectiva e individualizada de planes de alimentación y actividad física.
4. Identificación de metas de tratamiento, barreras y facilitadores para alcanzar la adherencia e inclusión de la familia en sus cuidados.
5. Si es necesario brindar tratamiento farmacológico del riesgo cardiovascular y apego del paciente.
6. Diseño de esquemas permanentes de seguimiento, así como la evaluación de los mismos.

¿Cómo lograr un mejor nivel de vida, sin obesidad?

Hoy día, se necesita dar el giro, atender a la salud y no sólo los efectos y complicaciones de la obesidad.

Estamos en una etapa de transición epidemiológica de la obesidad, lo que aunado a la transición demográfica en la que existe un envejecimiento acelerado de la pirámide poblacional, hace necesario reconocer la importancia de invertir en acciones de salud y educación, a fin de que los grupos

Psico-educación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Guerrero-Pacheco, R., García de Alba Verduzco, J. E., Galán Cuevas, S., Sánchez-Armás, O.
Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

en edad productiva se mantengan sin desarrollar obesidad o complicaciones de la misma y lograr un mejor nivel de salud.

Estas medidas podrían lograr un país más productivo y por ende competitivo, ya que la mejor alternativa para disminuir la mortalidad por obesidad y sus complicaciones es la prevención a lo largo de la historia natural de la enfermedad.

Se requiere de una eficaz organización, visión de proceso en el trabajo, coordinación interna y externa, así como una real labor interdisciplinaria del equipo de salud. Estas actividades deben basarse en las necesidades que surjan del estudio de la realidad social, en una mayor participación de la comunidad en el proceso enseñanza aprendizaje, en la detección de problemas y establecimiento de prioridades, así como en la programación, toma de decisiones, aplicación, evaluación de las acciones y programas en salud. ⁽¹⁰⁾

Bibliografía

1. Barquera Cervera S, Campos Nonato I, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. No. 146, México, 2010. p. 397-407.
2. Cabrerizo L, Rubio MA, Ballesteros MD, Moreno Lopera C. Complicaciones asociadas a la obesidad. Revista española de nutrición comunitaria. Vol. 14 No. 3. España, 2008. p. 56-162.
3. Raiman TX. Obesidad y sus complicaciones. Revista médica clínica conde. Vol. 22 No. 1. Chile, 2011. p. 20-26.
4. Arellano Montaña, et al. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 12, No. 4 Supl. 3. Consultado en: <http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/obesidad%20y%20complicaciones.pdf> 20/08/2014.
5. Silva Vela RA, Valenzuela Guerra B, Almada Beltrán M, León Perea JL, et al.; Ley de prevención, atención y combate a los problemas de obesidad para el estado de sonora. No. 51, sección IX. México, 2013. p. 10.14. Consultado en: http://www.congresoson.gob.mx/Leyes_Archivos/doc_333.pdf 20/08/2014.
6. Barrientos Pérez M, Flores Huerta S, et al.; ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. Rev. Medigraphic Artemiza. Vol. 65 México, 2008. p. 639-651.
7. Ponce Frescas OE. Prevención de Complicaciones en el Obeso Mórbido. México. Consultado en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/06/obesidad-prevencion-de-complicaciones.pdf> 20/08/14
8. Burrows AR. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: La estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Rev. méd. Chile Vol. 128 No. 1. Chile, 2000.
9. Córdova Villalobos JA, Sobre peso y obesidad, problemas de salud pública en México. Rev Cirugía y cirujanos. Volumen 77, No. 6. México, 2009. p. 421-422.
10. Cerqueira MT, Educación en nutrición metas y metodología. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. México, 1985. p. 498-509.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), declaró la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas entre la población, acentuando que se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo. Actualmente, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se encuentra entre las principales causas de muerte entre la población adulta, tanto en hombres como mujeres. En México, existe una prevalencia igual a 9.2% que representa a casi 10.6 millones de mexicanos y se espera que en el 2030, la cifra se duplique a 20 millones (International Diabetes Federation [IDF], 2012; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).

La enfermedad diabetes mellitus (DM) representa un importante gasto económico para el sistema de salud. Arredondo y de Icaza (2011), estimaron que para el 2010 se gastaron en el país 778 millones, 427 mil 475 dólares en atención, consulta externa y hospitalizaciones. Los costos en la DM2 no son meramente económicos, se debe considerar que la actual pandemia favorece al deterioro en la calidad de vida global de la persona, no sólo en relación al malestar físico, sino psicológico, social y cultural (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2011).

De lo anterior, Gómez-Dantés y colaboradores (2011), señalaron que el inadecuado manejo de la enfermedad crónica representa una variable determinante en la pérdida de años de vida saludable. El bajo autocontrol en la enfermedad DM2 se convierte en un factor de riesgo para diversas comorbilidades, teniendo como consecuencia complicaciones relacionadas con la invalidez y detrimento de la autonomía (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2012).

En la DM2, lo que permite controlar la enfermedad y no devenir en complicaciones evitables son las conductas de autocuidado (OMS, 2004), aquellas actividades que se llevan a la práctica con el objetivo de modificar los estilos de vida y alcanzar estabilidad en los niveles de glucosa. Frente a un diagnóstico, desarrollar conductas de autocuidado se torna primeramente complejo por el desconocimiento e implicaciones de la enfermedad, si bien, conocer el origen, evolución y tratamiento no asegura un control en los niveles de glucosa (Ávila-Jiménez, Cerón, Ramos-Hernández, y Velázquez, 2013), sí representa una variable que debe ser considerada por el sistema de salud cuando se pretende delegar responsabilidades de cuidado a la persona.

Como han señalado algunos autores (Jordán, González, y Oramas, 2007; Pérez, et, al, 2009; CITATION MarcadorDePosición13 \ 2058 Vargas, Pedroza, Aguilar, y Moreno, 2010), la educación diabetológica orientada al conocimiento de la patología genera un valor inmediato en el proceso de adaptación a la enfermedad, eficacia en los cuidados y control metabólico. Es importante reconocer que brindar información no es suficiente para promover y mantener conductas saludables a largo plazo y de igual manera, el adquirir conocimientos no se relaciona con la capacidad para poder aplicarlos efectivamente en la solución de problemas.

Desde la psicología para la salud, la modificación de hábitos de manera perdurable requiere considerar factores individuales que representan barreras para el cambio o su mantenimiento; aspectos cognitivos, afectivos, demográficos, sociales y culturales que influyen en la forma en que las personas procesan y vinculan la información brindada a su situación de vida. Las creencias personales, de la enfermedad y del contexto, determinan el juicio y la motivación que un sujeto aporta en la toma de decisiones para el cuidado de su salud.

Psicoeducación

Una de las aportaciones que ha brindado la psicología es la psicoeducación; intervención que consiste en profundizar en el conocimiento y aprendizaje de sí mismo (pensamientos, emociones y conductas) y del padecimiento, así como en el desarrollo de herramientas para el afrontamiento y toma de decisiones asertiva (Colom, 2011a). Priorizando en la participación voluntaria y activa de la persona, las estrategias psicoeducativas se establecen para formar de manera integral a la persona, contemplando conocimientos, habilidades, actitudes, además evaluando factores biológicos, psicológicos y sociodemográficos imperantes en los sujetos.

En personas con DM2, los cambios comportamentales y actitudinales mediante la psicoeducación, se traducen en autocuidado y calidad de vida. Iniciando con la conducta primordial de adherencia al tratamiento que asegura la capacidad de anticipar síntomas y prevenir recaídas (Cervantes, et al, 2013). Observándose además que las mejoras comunicacionales aprendidas desempeñan un papel fundamental en la relación médico-paciente y los cambios en los estilo de vida que se generen (Colom, 2011b).

El trabajo psicoeducativo en la modificación de conductas malsanas que acercan a los individuos a la muerte prematura, es ampliamente complejo. Debe iniciar turbando el sistema de creencias personales que se tienen respecto al proceso de salud-enfermedad, donde los factores de riesgo no son previstos. Se requiere el cambio de un locus de control externo a uno interno, donde la persona perciba su capacidad de influencia en el rumbo de la enfermedad.

Modificándose su autoestima y autoconcepto, la persona adopta un rol activo, donde reconoce el efecto que tiene un comportamiento específico que lleva a la práctica con el estado de salud que experimenta (Oblitas, 2010; Guevara -Gasca y Galán-Cuevas, 2010). Transformando los sentimientos de culpa por responsabilidad, el ser participe de su propio tratamiento se traduce en mayores sentimientos de autoeficacia (Colom, 2011b).

Consideraciones finales

La psicoeducación no excluye a la educación para la salud. Si bien la educación es una herramienta útil para la promoción de la salud en la población sana, la psicoeducación aparece como una herramienta útil de prevención y curación para las personas ante una nueva condición de salud, brindando recursos y competencias necesarios para el cuidado pertinente.

La psicoeducación debe utilizar la educación y formación como tratamiento. Combinando teorías que favorezcan el cambio cognitivo y conductual en las personas (Atri y Sharma, 2007; Vianna y Sanches, 2012) y considerando el trabajo interdisciplinario entre las diversas áreas de atención a la salud, incluyendo medicina, enfermería, psicología, trabajo social y nutrición, se provee a la persona con DM2 herramientas específicas y particulares que le permitirán elevar su calidad de vida, evitando con ello desgaste físico, emocional y económico.

Bibliografía

- Arredondo, A., y de Icaza, E. (2011). Costos de la diabetes en América Latina. *Value in Health*, 14, 85-88. doi:10.1016/j.jval.2011.05.022.
- Atri, A., y Sharma, M. (2007). Psychoeducation: implications for the profession of health education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 32-39.
- Ávila-Jiménez, L., Cerón, O. D., Ramos-Hernández, R., y Velázquez, L. L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev.Med.Chile*, 141(2). doi:10.4067/S0034-98872013000200005.
- Cervantes, C., García-Talavera, E., Brotons, R., Nuñez, S., Brocal, I., Villalba, M., Soriano, P. (2013). Psychoeducative groups help control type 2 diabetes in primary care setting. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 497-505. doi:10.3305/nh.2013.28.2.6063.
- Colom, F. (2011a). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 40.
- Colom, F. (2011b). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 338-340. doi:10.1192/bjp.bp.110.090209.
- Federación Mexicana de Diabetes. (2011). Diabetes en números. Recuperado el 31 de agosto de 2012 de: <http://www.fmdiabetes.org>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
- Guevara-Gasca, M., y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 47-55.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Guía práctica clínica GPC. Act. 2012. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado el 15 de Agosto de 2013 de: <http://www.imss.gob.mx>

Obesidad, autocuidado y enfermería

Sandra Selene Murillo Guzmán.
Lic. en Enfermería.
Universidad de Guadalajara.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. Recuperado el 20 de Enero de 2012 de: <http://www.insp.mx>

International Diabetes Federation. (2012). Diabetes Atlas 5th edition 2012 update. Recuperado el 15 de agosto de 2012 de: <http://www.idf.org>

Jordán, S. T., Gonzalez, C. L., y Oramas, G. R. (2007). Evaluación del efecto de una intervención educativa en los pacientes diabéticos de cuatro consultorios. (Spanish). Revista Cubana de Medicina General Integral, 23(2), 1-7.

Oblitas, G. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida (3a ed.). En Cengage Learning Editores S. A. de C.V (ed.).

Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 20 de agosto de 2012 de: <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Recuperado el 20 de agosto de 2012 de: <http://www.who.int>

Pérez, D. A., Alonso, C. L., García, M. A., Garrote, R. I., González, P. S., y Morales, R. J. (2009). Intervención educativa en diabéticos tipo 2. (Spanish). Revista Cubana de Medicina General Integral, 25(4), 17-29.

Vargas, I. A., Pedroza, A. G., Aguilar, P. M., y Moreno, C. Y. (2010). Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Spanish). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 53(2), 60-68.

Vianna, P., y Sanches, Y. M. (2012). Elderly individuals with diabetes: The effects of adding cognitive training to psychoeducational. Educational Gerontology, 38(12), 827-840. doi:10.1080/036012.77.2011.645426.

SofúL^{LT}
Yakult

Puede ser consumido por toda la familia en sus cuatro deliciosos sabores: mango, natural, fresa y manzana.

sin azúcar

Verse bien, se siente bien

- Contiene miles de millones de *Lactobacillus casei* Shirota
- Sin azúcar.
- Reducido en calorías.
- No contiene conservadores.
- Por su origen aporta calcio y proteínas.

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por un exceso de grasa en el cuerpo, que frecuentemente condiciona una alteración del estado de salud.

En México, el sobrepeso y la obesidad ocasionan anualmente más de 50 mil muertes. De acuerdo a reportes del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la prevalencia de sobrepeso/obesidad ha aumentado un tercio en los últimos siete años, actualmente el 70% de la población mexicana padece sobrepeso/obesidad, es decir, 7 de cada 10 personas están por encima de su peso normal.

El criterio universalmente aceptado para establecer el grado de obesidad por su buena correlación con el porcentaje total de grasa corporal es mayor de 30, siendo el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet (cociente entre el peso (kg) y la talla al cuadrado (m²)).

Son bien conocidas las consecuencias del exceso de peso en el sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo y endocrino-metabólico, así como la relación entre la obesidad y algunos tipos de cáncer.

Ante este problema es necesario desde la disciplina de la enfermería, implementar estrategias educativas de promoción y autocuidado de la salud, que coadyuven a mejorar los estilos de vida saludables que en el futuro se vean reflejados como una mejor calidad de vida en las personas.

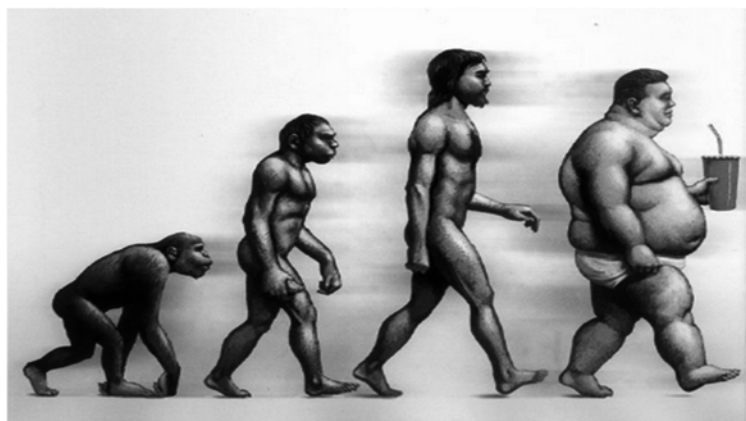
Al efecto, se utiliza la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control de la salud para mejorarla, la cual no solamente abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de reducir su impacto negativo en la salud pública e individual.

Desarrollo

La obesidad constituye una condición fisiopatológica, caracterizada por un exceso de grasa corporal, que puede determinar serios problemas en la salud y aumento de la mortalidad.

En la actualidad, la obesidad ha alcanzado niveles alarmantes, ha pasado de ser una epidemia para convertirse en una pandemia por las proporciones que ha alcanzado a nivel mundial, reduce la esperanza de vida y representa una elevada carga económica para la sociedad.

La OMS ha propuesto una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física, siendo esto un gran desafío, sobre todo para los profesionales de la salud, el conseguir un cambio conductual de los individuos y de la sociedad, que permita mejorar sus estilos de vida.



El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año 2002, puso en marcha su programa PREVENIMSS para toda su población derechohabiente, con la finalidad de lograr la prevención de las enfermedades crónicas degenerativas, por medio de varias actividades educativas y detectar oportunamente enfermedades, como la diabetes, la hipertensión, las dislipidemias y la obesidad, que son problemas de salud de gran importancia en nuestra sociedad, que se pueden prevenir o evitar con una adecuada intervención enfermera desde el primer nivel de atención, a través de la enseñanza del autocuidado.

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual o los que son brindados en grupo, familia o comunidad, autocuidado colectivo. El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. ⁽²⁾

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: Alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

Principios para el autocuidado

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana

- El autocuidado se apoya en un sistema formal, como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud y que mejoren su calidad de vida.

La enfermería ejerce un papel muy importante en la promoción de la salud, los profesionales de esta ciencia se preocupan por ofrecer servicios de excelencia en la educación y atención a la persona, aumentando su nivel teórico, práctico e investigativo. Siendo la educación para la salud un proceso elemental con el cual se informa, motiva y educa a las personas a obtener y practicar estilos de vida saludables. ⁽³⁾

Autores como Nola J. Pender, han identificado a la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue en el siglo XX. Pender, ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo, para clarificar el papel de la enfermería, al proporcionar servicios de promoción a la salud y el autocuidado en las personas de todas las edades. ⁽³⁾

Conclusiones

La obesidad se ha convertido en un problema de salud mundial, ha incrementado la mortalidad debido a sus complicaciones. Un pilar fundamental para reducir esta pandemia, es la detección oportuna de los factores de riesgo, una adecuada educación para fomentar el autocuidado y los estilos de vida saludables.

Para ello, el equipo multidisciplinario, sobre todo en el primer nivel de atención, tiene el deber y la obligación de informar, educar e intervenir adecuadamente para fomentar y reforzar el autocuidado, que es la manera más efectiva para que el problema de obesidad se mantenga controlado y comience a disminuir.

La enfermería tiene que reforzar la educación al paciente, motivarlo, resolver sus dudas, orientarlo y canalizarlo con los demás miembros del equipo de salud, para así lograr una atención holística y los resultados sean efectivos.

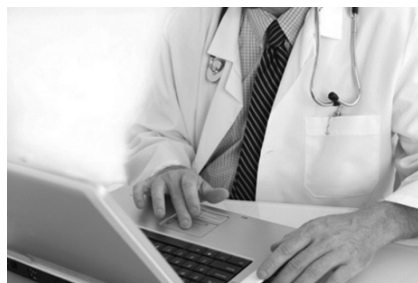
Noticias

Bibliografía

1. Forga, L., Petrina, E., & Barbería, J. J. (2002). Complicaciones de la obesidad. Complications of obesity. In ANALES Sis San Navarra (Vol. 25, No. Suplemento 1), 117-124.
2. Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 8, 1-12.
3. Medina, L. I. A. S., & Téllez, G. Efecto de una Estrategia Educativa en los estilos de vida en alumnos con sobrepeso y obesidad. Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería, 84, 87.
4. García-García, E., la Llata-Romero, D., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., & Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: Una reflexión. Salud pública de México, 50(6), 530-547.
5. Lara-Esquivel, E. C., Torres Muñoz, Y. C., & Moreno Gómez, M. (2012). Actitudes y hábitos ante la prevención. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 20(1), 11-17.
6. Córdova-Villalobos, J. Á. (2009). Problemas de salud pública en México. Cir Ciruj, 77, 421-422.
7. Uribe, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Invest. educ. enferm, 17(2), 109-118.

- Se inauguró la U.I.S.E.S.S. como sede del Doctorado en Ciencias Socio-médicas.
- Se escribió un capítulo en el libro "Mitos y realidades en salud-enfermedad".
- Finalizan su servicio social Analleli Palafox Méndez y Judith Guadalupe Samano Hernández, Nutriólogas de esta Unidad, quienes colaboraron con artículos para el boletín.
- El Dr. Luis Armando Aguilar fue invitado a dar un Seminario en la U.I.S.E.S.S. con el tema "Antropología filosófica".
- Damos la bienvenida a la enfermera Sandra Selene Murillo Guzmán, quien realizará su servicio social en el área de enfermería de esta unidad.

¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Boletín U.I.S.E.S.S. es una publicación de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
analeticia.salcedo@imss.gob.mx

El Boletín U.I.S.E.S.S. está indexado en:

- Índice Mexicano de Revista **IMBIOMED** Biomédicas:
www.imbiomed.com.mx
- DIALNET www.dialnet.unirioja.es
- LATINDEX www.latindex.org
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- YAKULT www.yakult.mx

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000,
Bajo la Farmacia Central del
del Centro Médico Nacional
de Occidente.
Colonia Independencia. Guadalajara,
Jalisco, México. CP. 44340
Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.





Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralta

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Cisneros Sandoval

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.



www.yakult.mx

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

El *Lactobacillus casei* Shirota es reconocido como probiótico

Por una sociedad más sana



Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V.