

UACM

**Universidad Autónoma
de la Ciudad de México**

Nada humano me es ajeno

LICENCIATURA EN PROMOCION DE LA SALUD

**“LA PROMOCION DE LA SALUD FACTOR PRIMORDIAL EN
LA PREVENCION DE LA DIABETES EN SANTA ANA
TLACOTENCO”**

TRABAJO RECEPCIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PROMOCION DE LA SALUD**

P R E S E N T A

ANA MARIA ALVARADO TAPIA

**DIRECTOR DE TRABAJO RECEPCIONAL
LIC. ANTROP. BEATRIZ LEVARIO ACOSTA**

MEXICO, D.F. DICIEMBRE DE 2011

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

INDICE	2
AGRADECIMIENTOS	4
JUSTIFICACION	6
INTRODUCCION	12
CAPITULO I	
1. Estructura socio-cultural de Milpa Alta y Santa Ana Tlacotenco	15
1.1. Localización geográfica	15
1.2. Antecedentes históricos de los pueblos de la delegación Milpa Alta	21
1.3. Fiesta Patronal	25
1.4. La Agricultura en Santa Ana Tlacotenco	33
1.5. Organización y Dinámica de Santa Ana Tlacotenco	36
CAPITULO III	
2. Historia de la Diabetes	46
2.1. Definición y Concepto de Diabetes	51
2.2. Fisiopatología de la Diabetes tipo 1 y tipo 2	55
2.3. Tipos de Diabetes	60
2.4. Diagnóstico Signos y Síntomas de la Diabetes tipo 1 y tipo 2	61
2.5. Complicaciones Crónicas de la Diabetes	67
2.6. Factores de Riesgo y Causas de la Diabetes 2	73
2.7. Tratamiento de la Diabetes	77
2.8. Tratamiento Farmacológico y Efectos Secundarios	80
2.9. Datos estadísticos sobre la diabetes	86
2.10. Datos Históricos Sobre la Enfermedad en Santa Ana Tlacotenco	91
2.11. Recabación de información sobre diabetes en el centro de salud de Santa Ana Tlacotenco	114
CAPITULO III	
3. La Promoción de la Salud y La Prevención de la Diabetes	117
3.1. Historia Natural de la Enfermedad	118
3.2. Informe Lalonde (1974)	124
3.3. Declaración de Alma Ata (1978)	125
3.4. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud (1986)	130
3.5. Declaración De Santa Fe de Bogotá (1992), Colombia	132
3.6. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993)	133
3.7. Declaración de Yakarta (1997)	134

3.8. Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad Ciudad de México (2000)	135
3.9. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud	139
3.10. Conferencia Vancouver Canadá (2007)	141
3.11. Conferencia de Kenya (2009)	144
CONCLUSIONES	148
ANEXOS	154
BIBLIOGRAFIA	168

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de manera muy especial al Instituto de Ciencia y Tecnología, y a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por el apoyo económico que me brindaron para llevar a cabo la realización de este trabajo de investigación.

A mi directora de tesis, Antropóloga, Beatriz Levario Acosta, por el tiempo dedicado, por su apoyo, por sus sugerencias, por su sinceridad y compañerismo, la ayuda ha sido fundamental en la terminación de este trabajo de investigación y en mi formación profesional.

A cada uno de mis profesores y lectores por brindarme un poquito de su valioso tiempo.

Al Lic. Marco Antonio Trejo Velázquez

A la Profesora Fanny Escobar Melo

A la Profesora Yolanda Gómez Moreno

Al profesor Moisés Villegas Ivey

Al personal del Centro de Salud.

A la gente de Santa Ana Tlacotenco, por la colaboración e información proporcionada para la realización de este trabajo.

A mis padres por confiar en mí, por el apoyo moral y económico que me brindaron para la terminación de este trabajo.

A José Luis por adaptarse a las exigencias que requiere este tipo de trabajo.

A mis compañeras y amigas por el apoyo que me brindaron a lo largo de este camino.

Gracias a todos y cada uno de ustedes por hacer posible este sueño.

ANA MARIA

JUSTIFICACION

La diabetes es una enfermedad que representa una preocupación a nivel mundial, ya que es considerada como una de las principales causas de muerte en la población además de estar asociada a otras enfermedades, (cardiovasculares, síndrome metabólico, hipertensión arterial).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa el 90% de los casos a nivel mundial y se espera que aumente a partir de la estimación actual de 285 millones en el 2010 a 438 millones en 2030 convirtiéndose en uno de los problemas más importantes de salud pública.

Desde 1940 la diabetes en México ya se encontraba dentro de las 20 primeras causas de muerte, para 1970 esta enfermedad creció notablemente ocupando el 15º lugar, diez años más tarde ocupaba el 9º lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general.

“A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes” (Ramírez. 2007. Principales causas de mortalidad en México. Recuperado el 16 de agosto 2011 de: <http://www.afomsalud/index.php/2007/03/17primera-causas-de-mortalidad-en-mexico>).

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Epidemiología, (2006) Las principales causas de mortalidad hospitalaria en México en el 2006 fue:

La diabetes Mellitus con el 13.2% de un total de 120,552 defunciones, de las cuales 11.3% son hombres de un total de 63,373 defunciones y el 15.4% son mujeres de un

total de 57,120 defunciones. Y en el Distrito Federal la mortalidad hospitalaria fue del 11.7% de un total de 10,346 defunciones y en mujeres fue de 10.37% de un total de 10,076 defunciones. (p. 289-378)

En el 2007 las diez primeras causas de muerte en México fueron: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas etc.

En Distrito Federal las principales causas de mortalidad son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado, accidentes, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, insuficiencia renal y agresiones.

En el 2001 en Milpa Alta las tres causas de muerte mas frecuentes son la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos.

Santa Ana Tlacotenco es una comunidad que presenta casos de diabetes aunque no existen datos exactos sobre esta enfermedad. Sin embargo en el 2005, el Instituto de Educación Media Superior aplicó 95 encuestas a personas diabéticas en la comunidad de Santa Ana Tlacotenco, en el período comprendido de enero a junio del 2005, encontrando que el 51% de las personas encuestadas que padecen diabetes son hombres y el 49% son mujeres, y el tipo de diabetes que prevalece es la de tipo dos.

Actualmente México ha tratado de combatir este problema a través de programas como: Programa específico de diabetes Mellitus 2007-2012, Programa IMSS- OPORTUNIDADES, que se basan en la modificación del estilo de vida a través de medios informativos y campañas para difundir esta enfermedad, pero hasta el momento no han sido suficientes para disminuir este problema.

Considerando la magnitud que representa la diabetes se ha trabajado en la presente investigación. Cuya finalidad pretende **comparar las características del estilo de vida rural de los habitantes de Santa Ana Tlacotenco y sus adaptaciones a la vida urbana en relación con la alimentación y la incidencia de diabetes tipo dos.**

De esta finalidad se especifican los siguientes objetivos:

1. Conocer aspectos generales de la diabetes, incidencia, morbilidad, complicaciones etc.
2. Conocer el tipo de alimentación que consume la comunidad, en las mayordomías y fiestas patronales.
3. Describir las características del estilo de vida de Santa Ana Tlacotenco en relación con las mayordomías y la asociación con la diabetes.
4. Conocer la diferencia que existe entre el desgaste corporal entre una actividad rural, una actividad urbana y la posible relación con la generación de diabetes.
5. Identificar que en las actividades del campo existe mayor desgaste de calorías que otras actividades urbanas, asociadas a factores de riesgo y generación de enfermedades como la diabetes.

Desde la perspectiva de Promoción de Salud, se entiende a la salud no solamente como ausencia de enfermedad, sino como un recurso para la vida diaria, que acentúa los recursos sociales y personales, como las aptitudes físicas, se considera que las personas, grupos y comunidades son agentes activos, protagonistas de su propia vida, salud y educación. Sin embargo la salud no sólo depende de ellos. En la salud influyen una amplia gama de factores sociales, económicos, políticos, ambientales y personales. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, deben tener en cuenta las implicaciones, el impacto de sus actividades en la salud, el bienestar individual y colectivo. El entorno en que se vive limita o favorece determinadas opciones, favorece unos comportamientos y dificulta otros.

Por Estilos de vida se entiende la “manera general de vivir” de las personas y grupos. Esto incluye no sólo los clásicamente denominados “hábitos saludables” (comer sano, hacer ejercicio físico, uso moderado del alcohol, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, no fumar) sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, la relación con el entorno, el repertorio de habilidades personales y sociales de que disponen.(Instituto de Salud Pública.(n.d.) Estilos de vida. Recuperado el 3 de octubre 2011 de www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/Azul.pdf)

“Los Estilos de Vida son el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal”. (Estilo de vida.2009. Recuperado el 18 de agosto 2011 de:<http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como: una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

La salud y estilos de vida son conceptos subjetivos y dinámicos, diferentes para cada persona y distinta situación de su vida, es decir que no existe un modelo de estilo de vida único para todas las personas.

Para la realización de esta investigación nos apoyamos en la metodología cuantitativa la cual nos sirvió para establecer patrones de comportamiento en la población y el fenómeno de estudio (estadísticos y numéricos) y cualitativa para tratar de entender comprender la realidad del fenómeno de estudio y el contexto en el que se desarrolla.

Para documentar la información sobre la enfermedad nos apoyamos en fuentes bibliográficas primarias y secundarias.

Para esta investigación se utilizó la técnica de observación como un medio para identificar a los informantes claves de los grupos y organizaciones que existen en esta comunidad con la finalidad de recabar información sobre el fenómeno de estudio desde su experiencia y punto de vista.

Se realizaron algunas entrevistas abiertas que nos permitieran mantener una conversación con cada uno de los sujetos a través de los cuales pudiéramos reunir datos en forma amplia y profunda sobre el tema de interés, ya que esto nos permitió conocer las experiencias, subjetividades e interpretaciones que cada persona tiene sobre la vida.

La entrevista a mayordomos, grupos, organizaciones, al epidemiólogo del centro de salud de Santa Ana Tlacotenco se llevo acabo de forma individual, con el propósito de documentar información sobre la comunidad y el fenómeno de estudio.

A demás de la utilización de familiogramas para tratar de visualizar como la enfermedad en Santa Ana Tlacotenco se encuentra relacionada con factores genéticos, aunque no se tengan evidencias concretas que lo demuestren.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación es parte de los requisitos que la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, solicita para obtener el título de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Esta investigación se realizó en un periodo comprendido de agosto del 2010 a junio del 2011 en el poblado de Santa Ana Tlacotenco, delegación Milpa Alta. Con el cual se pretende comparar las características del estilo de vida rural de los habitantes de Santa Ana Tlacotenco y sus adaptaciones a la vida urbana en relación con la incidencia de diabetes tipo dos.

Considerando que la Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública a nivel mundial cuya incidencia ha ido en aumento notablemente, en las últimas décadas. En México es considerada como una de las diez principales causas de mortalidad y de complicaciones, entre quienes padecen esta enfermedad.

La presente investigación se encuentra estructurada en tres capítulos. El primer capítulo nos da un panorama amplio del poblado de Santa Ana Tlacotenco desde su localización geográfica, límites y colindancias, barrios que la conforma hasta una breve reseña histórica de lo que fue y hasta lo que es actualmente Santa Ana en donde podemos identificar que el estilo de vida de la comunidad es diferente al estilo de vida de la ciudad y que poco a poco se ha ido modificando de acuerdo a las necesidades de la población. La importancia de mencionar este capítulo es porque no podemos dejar atrás todo un sin número de costumbres y tradiciones que preserva esta comunidad y que se realizan año con año, las mayordomías y junto con ella, la fiesta patronal del 26

de julio, así como otras actividades que se realizan en la población como: la cosecha de maíz, que realizan algunos miembros de la comunidad para consumo personal y una pequeña parte se comercializa para obtener recursos para volver a sembrar este producto.

En el segundo capítulo se presenta una recopilación y análisis de información relacionada con la diabetes, para tratar de entender qué es, cómo se genera, cuáles son sus signos, síntomas y cuál es el tratamiento, las complicaciones que pueden desarrollarse y como se puede prevenir esta enfermedad.

En el tercer capítulo se abordaran algunas de las cartas y declaraciones sobre promoción de la salud, que no servirán de base para generar acciones que nos permitan crear estrategias de prevención en esta comunidad.

El desarrollo de la presente investigación nos permitió conocer como se ha ido modificando el estilo de vida de la población de Santa Ana Tlacotenco de acuerdo a las necesidades y adaptaciones de la misma. Me parece importante señalar que existe una comparación entre el estilo de vida rural y el estilo de vida urbana. Sin embargo en Santa Ana Tlacotenco aun se conservan cierto tipo de tradiciones y costumbres en donde prevalece el consumo de cierto tipo de alimento con un alto contenido de nutrientes que se utilizaba porque la mayoría de la gente trabajaba en diversas actividades del campo lo que significaba un desgaste físico. Proporcional a lo que consumían, pero actualmente esto se ha ido modificando. Y que actualmente la gente sigue consumiendo estos alimentos pero ya no existe ese desgaste de energía lo que

ocasiona que se comience a generar obesidad en la población y junto con ella la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes.

CAPITULO I

1. ESTRUCTURA SOCIO-CULTURAL DE MILPA ALTA Y SANTA ANA TLACOTENCO

En este primer capítulo se realizará una breve revisión de la historia de Santa Ana Tlacotenco, para conocer su estructura socio-cultural de lo que fue y es actualmente Santa Ana Tlacotenco, en esta primera parte conoceremos como surge este poblado, donde se encuentra localizado geográficamente, cuales son los límites de esta región, los barrios que la conforman. Así como también conocer aspectos culturales sobre costumbres y tradiciones que aun conservan actualmente.

1.1. LOCALIZACION GEOGRAFICA

Milpa Alta es una de las 16 delegaciones que integran el D.F, se ubica al sureste del Distrito Federal, ocupa una superficie total de 288.41 kilómetros cuadrados y una geografía muy accidentada, por lo tanto el clima es variable, pero prevalece un clima subhúmedo. Se mantiene como una zona de reserva ecológica, porque es uno de los principales pulmones de la ciudad de México.

En esta zona podemos encontrar árboles como: el pino, el ocote, el oyamel, y en temporada de lluvias podemos encontrar una gran variedad de hongos. Dentro de la fauna de esta región y que se encuentran en peligro de extinción son: el zorrillo, el armadillo, gato montés, tuzas, serpientes por mencionar algunos.

Sus límites tradicionales son a partir del centro de la mojonera¹ las Nieves que define una de las vértices del D.F. con el Estado de México, al sur pasa por la mojonera Xalcoyuca; al sureste por una parte del lindero de Tetelco, colindante con terrenos de Tezompa y fracciones de la Ex Hacienda de Ahuehuetes, pasando por la mojonera Chicomocelo hasta llegar a la mojonera Ayacqueme, que es el vértice común entre los ejidos de Tetelco y Tezompa, a partir de aquí prosigue hasta el poniente del ejido de Tetelco, continua por el límite oriental de Santa Ana Tlacotenco, colindante con los ejidos de Tecomilt y Tezompa hasta llegar al vértice oriente del ejido de Tlacotenco, donde prosigue hacia el sureste sobre la línea que limita a este ejido con Tezompa, hasta la mojonera Cometitla.

Y según los datos proporcionados por el profesor Isidoro Meza de la Academia de Lengua y Cultura nahualt (*cometitla* significa lugar de vasijas o semejando una vasija) gira hacia el sureste por el lindero oriente de los terrenos comunales de Milpa Alta colindante por el lindero poniente del ejido de Tezompa hasta el punto denominado El Guarda, situado en la falda oriental del cerro de ese nombre, continua hacia el sureste siguiendo el lindero oriente de los terrenos comunales de Milpa Alta con fracciones de la ExHacienda del Mayorazgo, pasando por las mojoneras *Tepetitlan* (Tepelt-cerro, tlan-abundancia; que significa lugar abundante de cerros), *Zoquiatonco* (lugar de manchas lodosas), *Cahuecatl* (lugar de árbol o arboles inclinados), *Pilatitla* (lugar abundante de cosas colgadas), las cruces y la Tranca, de donde converge el D.F. con el Estado de México, pasando por el lugar llamado *Yepac* (lugar de los zorrillos) y la culminación de los cerros *Ocotecalt* (lugar de arboles tendidos o acostados), *Ztohuanquillo* (lugar de

¹ Una mojonera es un lugar para fijar linderos (límites), entre una propiedad y otra.

corriente de agua con sedimentos), *Otlayuca* (lugar abundante de arbustos), *Quimixtepec* (Cerro de los ratones) y *Chichinahutzin* (cerro de respeto), de este punto abandona la línea limítrofe con el Estado de Morelos y se dirige al noroeste en línea recta al la cima del cerro el *Ocopiaxco* (lugar de hierba con tallo hueco), de donde cambia la dirección del noroeste hasta llegar a la cima del cerro *Toxtepec* (en el cerro del conejo); de este se dirige al sureste a la cima oriental de la loma *Atezayo* de aquí prosigue al noroeste, a la cima del cerro *Tlamacazco* (lugar donde se da algo), de ahí sigue al noroeste a la cima del cerro *Teutli*, continua en línea a la cima del cerro del Calvario, de ahí continua al sureste del casco de la hacienda Santa Fe Tetelco, siguiendo las inflexiones del camino que va a Tezompa hasta llegar a la mojonera de las Nieves punto de partida.(Comunicación personal, 28 de mayo 2011)

De acuerdo a los límites descritos anteriormente Milpa alta colinda regionalmente, al Norte con las delegaciones Xochimilco y Tlahuac; al este con los municipios de Chalco, Tenango del Aire y Juchitepec del Estado de México, al oeste colinda con las delegaciones Tlalpan y Xochimilco y al sur con el estado de Morelos.

Milpa Alta tiene una característica muy singular en comparación con el resto del Distrito Federal, es una zona rural y es el principal productor de la planta del nopal, es una de las actividades de la economía milpaltense, sin embargo no debemos olvidar su excelente mole que al igual que San Pedro Actopan tienen una tradición muy antigua en la preparación de este platillo.

Cabe señalar que sobresale de esta zona, el arraigo de sus costumbres y tradiciones.

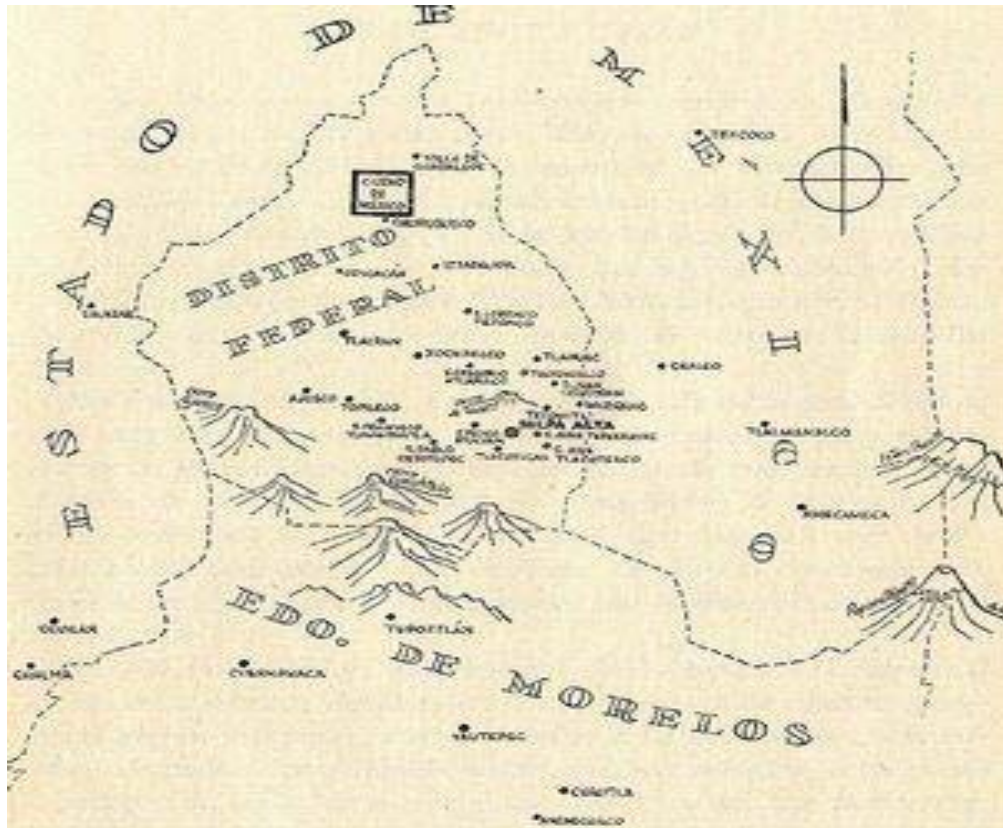


Figura 3

La importancia de trabajar en la Comunidad de Santa Ana Tlacotenco, radica fundamentalmente en el arraigo cultural que conservan actualmente los pobladores de este lugar, como costumbres y tradiciones que para la población es algo común y parte de su cotidianidad, representa un factor de riesgo en la generación enfermedades crónicas como la diabetes. En donde Promoción de la Salud debe intervenir para tratar reducir estos factores de riesgo y prevenir a la población.

Cabe señalar que en estos bosque existe una gran variedad de árboles como: cedros, encinos, madroños, oyameles, pinos y varias especies de animales silvestres como son: ardillas, venados, víboras de cascabel, coyotes, aguilillas, cuervos negros, búhos, gatos montes, aves de cuatrocientas voces, zopilotes, y tuzas por mencionar algunos.

Las zonas que se pueden apreciar de este lugar son los volcanes llamados: *Popocatepetl* (cerro humeante) e *Ixtaccihuatl* (mujer dormida o blanca). Y el parque recreativo llamado el Ocotál. Este parque es parte de terrenos ejidales pertenecientes al Distrito Federal y límites del Estado de México.

BARRIOS² QUE INTEGRAN EL POBLADO DE SANTA ANA TLACOTENCO

Santa Ana Tlacotenco cuenta con una población de 9833 personas, de las cuales 4732 son hombres que equivalen al 48% y 5101 son mujeres que equivalen al 52%.

Santa Ana Tlacotenco se encuentra conformada por cuatro barrios o secciones y que a su vez éstas se dividen en manzanas.

1. San José *Tlalapanco*. (Tierra fértil), conformado por cinco manzanas.
2. San Miguel Olla. (Región o lugar popular), con seis manzanas.
3. San Marcos *Atlahmacxac*. (Donde se juntan las brechas), con cinco manzanas.
4. La Lupita *Teticpac*. (Arriba de la roca), conformada por cuatro manzanas.

² Los barrios son organizados durante la década de los cuarenta, lo cual propicia con la construcción de capillas y con ello crean la mayordomía de barrios.

El glifo que representa a Santa Ana Tlacotenco significa a la orilla de jarillas o breñales. Como se observa en la figura 5

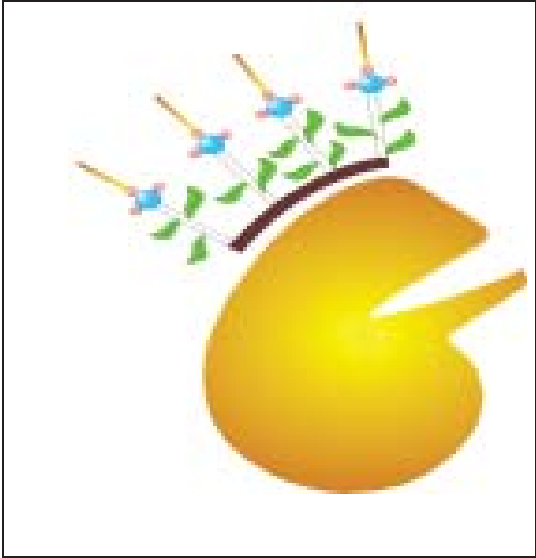


Figura 5

1.2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS PUEBLOS DE LA DELEGACION MILPA ALTA.



Figura 6

En el presente trabajo se destacan algunos aspectos que acontecieron en Milpa Alta y que nos sirven para contextualizar los que hoy es Santa Ana Tlacotenco.

En el año de 1240 cuando Xochimilco y Tenochtitlán aun no eran fundados llegaron a Malacachtepec Momozco (hoy Villa Milpa Alta) nueve tribus chichimecas procedentes de Amecameca. Estas tribus tomaron posesión en línea recta de oriente a poniente, poblando lo que después sería San Pablo Oztotepec, San Pedro Atocpan, San Lorenzo Tlacoyuacan, Santa Ana Tlacotenco, San Juan Tepenáhuac, San Francisco Tecoxpa, San Jerónimo Miacatlán, San Agustín Ohtenco, y el Barrio de la Concepción. Dichas tribus permanecieron por mucho tiempo en este lugar pero sin reconocer a ningún emperador por las diferencias que tenían los jefes de las nueve tribus.

Chavira (1992) encontró que:

En 1409 siete tribus procedentes del Norte de Malacachtepec Momozco, capitaneados por *Hueyitlahuilanque*. Estas tribus fueron las que poblaron los barrios de San Mateo, Santa Martha, Santa Cruz, Los Ángeles y los pueblos de San Antonio Tecómilt, San Juan Ixtayopan y Tulyehualco. Hueyitlahuilanque, logro dominar a los chichimecas debido a su mejor organización, asegurando así el territorio como de su legítima propiedad. (p. 37)

A su muerte fue nombrado el *Hueyitlahuilli* (persona que da luz o guía), segundo gobernante de Malacachtepec Momozco, quien pudo establecer comercio con pueblos de tierra caliente. Pero a medida que fue envejeciendo le fue imposible desempeñar con eficacia su cargo y sin sucesor para tomar las riendas de Malacachtepec Momozco, pide al conquistador el reconocimiento de sus tierras.

Chavira (1992) encontró que:

El 29 de julio de 1529, fecha gloriosa para Malacachtepec Momozco, llegó el primer enviado del gobierno español de México, llamado Juan de Saucedo quien fue portador del primer documento de reconocimiento de todas las tribus, las tierras, montes, pedregales y aguas, tal como hasta esa fecha se habían conservado. (p. 38)

En esta misma fecha llega a la ermita un padre franciscano, quien bautizo a todos los jefes de las nueve tribus, como se ha dicho esto sucedió el 29 de julio de 1529, y como ya se ha dicho en esa fecha se honra a la virgen de Santa Martha, se acordó poner la primera piedra para construir una iglesia mas grande, mientras las tribus se colocaban donde ellas misma eligieron.

Y como en esa fecha se honra a la Virgen de Santa Martha, se acordó poner la primera piedra para la iglesia, motivo, por el cual Santa Martha es considerada como fundadora de todos los pueblos de Milpa Alta

En el año de 1532, las familias comenzaron a establecerse en los lugares que habían escogido. Y para celebrar el tercer aniversario de la llegada del primer enviado español, en el mes de julio de ese año, salió una comisión a la Ciudad de México para dar cuenta de las tribus y el lugar de su establecimiento. La comisión fue recibida por Fray Ramírez, quien les prometió ir al lugar para bautizar a todos los indios, así lo hizo el 15 de agosto del mismo año, en el barrio de la Virgen de la Asunción, en este mismo día se bendijeron San pablo Oztotepec, San Pedro Atocpan, San Lorenzo Tlacoyucan, Santa Ana Tlacotenco, San Juan Tepenahuac, San Francisco Tecoxpa, San Jerónimo Miacatlan y Villa Milpa Alta.

Chavira (1992) encontró lo siguiente:

En el año de 1548 azotó a Milpa Alta una epidemia de viruela dejando a su paso desolación y muerte, los que no fueron contagiados se refugiaron en el bosque y a su regreso, un fraile franciscano J. Lorenzozana visitó cada pueblo con una virgen, dando paso a que la gente olvidara sus creencias e iniciara la evangelización. Hasta 1787 Milpa Alta perteneció a la Encomienda y Corregimiento de Xochimilco. Y en 1854 el presidente Santa Ana amplió el Distrito Federal con esto Milpa Alta se incorporó a la prefectura de Tlalpan. En 1862 el presidente Juárez incorporó a Milpa Alta al partido de Xochimilco y en 1864 San Pedro Atocpan y Milpa Alta, se incorporaron a la formación del partido de Tlalpan. En 1899 y con Díaz en el poder Milpa Alta, San Pedro Atocpan, San Pablo Oztotepec se suman a la Prefectura de Xochimilco. (p. 31-38)

En 1910 con el estallamiento de la revolución, Milpa Alta se convirtió en un escenario de constantes batallas entre Federales y carrancistas, ya que la mayoría de la población Milpaltense simpatizaba con el ejército zapatista, comandado por el general Emiliano Zapata.

En San Pablo Oztotepec el General Zapata estableció un cuartel donde el 19 de junio de 1914 fue ratificado el Plan de Ayala.

La población milpaltense fue severamente castigada, hombres y niños fueron asesinados, como consecuencia de ello mucha gente atemorizada tuvo que emigrar y por segunda ocasión Milpa Alta se volvió un pueblo fantasma. Años más tarde entre 1920 y 1930 los antiguos pobladores regresaron a Milpa Alta. Para el año de 1929 el territorio del Distrito Federal se dividió en delegaciones que prevalece hasta la actualidad.

En 1935 entra el agua potable desde Monte Alegre y se construye la secundaria *Teutli*, en el pueblo de San Antonio Tecomilt, alrededor de 1950 comienza a llegar la luz eléctrica y se construyen las carreteras que comunican a Milpa Alta con sus diferentes pueblos.

En 1927 se registran los primeros antecedentes de lo que ahora es la industria del mole en San Pedro Atocpan, cuando la población comenzó a preparar el mole rojo para venderlo en el mercado de la merced. Durante la década de 1950 los habitantes iniciaron la fabricación del mole y dos décadas más tarde la mayor parte de la población fabricaba y vendía el producto.

Durante las últimas décadas los milpaltenses encontraron en la producción del nopal un cultivo mucho más rentable, que sustituyó a otros tradicionales como el maguey pulquero, maíz, haba, chícharo, y avena forrajera.

En los años setentas, con la construcción de la carretera Panorámica Xochimilco-Oaxtepec, se aceleró el desarrollo económico de los productores de la región, manifestándose una clara mejoría de las condiciones de vida de la población.

1.3. FIESTA PATRONAL

Santa Ana Tlacotenco se caracteriza por sus atractivas festividades y su atractivo encuentro con la historia y la naturaleza, ya que en la calle de Benito Juárez s/n se encuentra el que fue el cuartel del General Emiliano Zapata donde se ratificó el Plan de Ayala en 1914.

A demás podemos gozar de sus miradores que nos ofrece la carretera panorámica Xochimilco-Oaxtepec, el volcán *Teutli*, y no podemos dejar de mencionar sus inmensos bosques en los parajes como el Ocotal y La Quinta.

El 15 de octubre de 1933 el templo dedicado a Santa Ana fue declarado monumento histórico, ya que data del siglo XVIII, su construcción presenta una nave con crucero y coro, el piso es de madera y actualmente se encuentran en buen estado. Sus elementos arquitectónicos denotan el estilo de los franciscanos, cuya orden fue la primera que llevo a evangelizar esta región.

Su principal festividad es la del 26 de julio en honor a la señora Santa Ana y la del 31 de Diciembre, que junto con la víspera del año nuevo se celebra la fiesta en honor al señor de Chalma.

Dichas celebraciones son organizadas por el comité de feria y las mayordomías integradas por vecinos de la misma comunidad.

El comité de feria, se encuentra integrado por un presidente, un secretario, y un tesorero, quienes desempeñan funciones durante un año. Una de sus funciones básicas es recaudar el dinero para realización de la fiesta, es decir pagar las bandas, las misas y los juegos pirotécnicos.

Para recaudar el dinero, cada barrio tiene personas que se encargan de pasar a cada una de las casas. Para estas actividades.

“Las mayordomías constituyen un conjunto de personas estrechamente interrelacionadas de tal manera que resulte fácil trabajar como equipo y resolver las tareas y exigencias que les

corresponden, por lo que con frecuencia el núcleo de las mayordomías está formado por grupos de familiares”. (Medina, 2007, p. 68-69)

Las mayordomías están representadas por los vecinos de la comunidad, que tienen la responsabilidad de asumir el cargo. Cabe señalar que las mayordomías se dividen de la siguiente manera:

Mayordomía principal: Quien atiende a los integrantes de las bandas durante su estancia; ofrece alojamiento y alimentos durante el tiempo que dure la festividad y también son los que proporcionan ropa nueva a los santos patronos.

Entrevista realizada al señor Juan Alvarado Ramos y esposa Alejandra Martínez Hernández, encargados de la mayordomía del 26 de julio del 2008, cuentan que para que ellos fueran mayordomos de esta festividad esperaron 4 años pues existe una lista de espera en la parroquia donde se registran las personas que quieren ser mayordomos. Dentro de las funciones que ellos realizan una vez que asumen el cargo son:

- Realizar una misa el día 26 de cada mes a la hora que ellos lo consideren, puede ser en la mañana o en la tarde.
- Cambiarle flores a la virgen por lo menos cada ocho días.
- Ir agradecer a los nuevos mayordomos que asumirán el cargo, llevando canastas de fruta.

Para llevar a cabo esta festividad se cuenta con la participación del comité de feria que son los encargados de juntar la leña que se le llevar al nuevo mayordomo, que utilizara

para la preparación de los alimentos. Además de una despensa, que contiene, azúcar, sal, aceite, sopa, arroz, chocolate, y otros productos que se utilizan durante estas festividades. Cabe mencionar que el agradecimiento se lleva a cabo el día 29 de junio antes de la festividad.

Mayordomía de danzas: se compone normalmente por cuatro mayordomos, de los cuales cada uno asumirá el compromiso de cada danza que le fue encomendada por el mayordomo saliente, las danzas son: los santiagueros, aztecas, vaqueros y pastoras, es importante mencionar que la responsabilidad de estas mayordomías comienzan el día 3 de mayo.

Según testimonios del Señor Brígido Rosas Villegas, profesor de Música y su Esposa Manuela Romero Rosas. originarios del pueblo de Santa Ana Tlacotenco, ex mayordomos de la danza de las pastoras, comentan que a veces es difícil encontrar a personas que asuman el compromiso por que se requiere de tiempo, dinero y personal para que se lleve a cabo este compromiso ellos tuvieron que visitar a 20 familias hasta encontrar quien asumiera el cargo, una vez que se tiene a la persona quien los va a remplazar se debe acordar la fecha para ir a agradecerle, cabe mencionar que no hay una fecha exacta para ir agradecer a los mayordomos de las diferentes danzas. (Comunicación personal, 5 de mayo 2008)

Para el agradecimiento se lleva aproximadamente entre 30 o 40 canastas de fruta y despensa, este se realiza con la participación de los familiares del mayordomo actual y el mayordomo entrante los recibirá con un banquete de acuerdo a sus posibilidades en su domicilio.

Para las diferentes danzas el cargo como mayordomos según el testimonio del señor Brígido y su esposa comienza con el 1er ensayo que se realiza el día 3 de mayo con la participación de los danzantes que previamente se les invita. Para llevar a cabo este evento se hace un desayuno y una comida para los danzantes y los nuevos mayordomos y posteriormente cada ocho días se realizarán los ensayos hasta concluir la fiesta.

Para la realización de la fiesta el mayordomo actual debe prepararse con comida ocho días, desayuno, comida y cena.

Y el día dos de Agosto se lleva a cabo la coronación de los nuevos mayordomos de las diferentes danzas y el mayordomo grande.

Con respecto a la danza de las pastoras según el testimonio del señor Brígido, es la más antigua de todas las danzas sin embargo no existen antecedentes y fecha exacta de esta danza.

Sus cantos y bailes hacen referencia a mitos religiosos de la época prehispánica. Cabe mencionar que no hay un número determinado para formar el grupo, y está integrado por señoritas y niñas entre 5 años y 15 años de edad.

“El vestuario de esta danza es completamente blanco: vestido, mandil, velo, y corona de azares para venerar a la virgen y en las manos llevan una sonaja, un arco adornado con papel de china blanco, listón y un bastón”. (Chavira, 1992, P.76).

Cabe señalar que también participa un ángel que es el que hace el bien (forma a las pastoras) y el diablo que es el que hace maldades (des forma a las pastoras).



Figura. 7

Danza de las aztecas

En esta danza participan entre 70 u 80 jovencitas de 4 años en adelante, los personajes son: el rey que viste en color rojo, la reina que viste en color azul, las princesas que visten en color blanco, los soldados que visten de varios colores y los dos angelitos que también visten en color blanco.

Con lo que respecta al vestuario que llevan es de gran colorido, consta de blusa o *quezquémilt* de manta blanca, bordada en punto de cruz y chaquira, una falda o *cueitl* de terciopelo y una capa también de terciopelo en el mismo color de la falda. En la

cabeza llevan una corona con plumas y aplicaciones de chaquira y en la mano llevan una macana. Son acompañados por una guitarra y un violín y cantos en Nahuatl y español.



Figura 8

Danza de los vaqueros

Esta danza representa una fiesta típica de España tal y como es la toreada. Los intérpretes van por el camino con el fin de llegar a una fiesta a la que han sido invitados. Los personajes que participan son: el caporal mayor que viste chaparreras de cuero y un saquillo y un machete, cuatro Salvatierra y un número ilimitado de acompañantes que visten de mariachi.

Recientemente han aparecido otro tipo de vaqueros, que visten camisa a cuadros, pantalón de mezclilla, botas con espuelas y sombrero tejano.

La danza comienza con la búsqueda de ganado en el monte. Una vez que lo ha reunido se ponen a jugar el toro y después el caporal mayor lo mata. Existen otros dos personajes que son el terroncillo y su ayudante el ligerillo, quienes visten con camisa blanca y un babero semejando un carnicero. Su función es destazar el toro y repartirlo entre la gente.

Danza de santiagueros

Esta danza representa la lucha entre moros y cristianos. Los españoles la representaban como parte de las actividades de catequización. Los papeles que representan son: el rey, el santo, Caín, el embajador de cristianos y el príncipe; todos ellos tienen una batalla contra los moros, cuyos papeles son; el rey, el alférez de castilla, el embajador de moros y rubín. Finalmente los vencedores son los cristianos.

El vestuario de los cristianos consiste en pantalón corto, camisa con capa corta y un sombrero con un plumón tipo español y en las manos llevan un machete. Los moros llevan una capa más larga y corona; el alférez se viste de pantalón blanco y saco negro y botas negras.

Cabe resaltar que en cada ciclo festivo la presencia de estas danzas en la comunidad son muy importantes no solo para cumplir el compromiso religioso que estas tienen para con la patrona del pueblo, sino con la misma comunidad.

Este compromiso se presenta desde los integrantes de cada comparsa ya que ellos tienen la responsabilidad moral de no faltar a los ensayos y cumplir con los gastos que se presentan en el grupo, por ejemplo dar su aportación para el pago de los músicos que los van acompañar en el festejo. Dentro de estos gastos cada danza dona a la iglesia un apoyo económico para la restauración u otra cosa que haga falta (lámparas, floreros, etc.).

Las estructuras sociales que se presentan en estos grupos de manera interna es merecedora de otro análisis de investigación, lo que interesa mencionar es la importancia que estos conllevan entre las relaciones personales y familiares con la comunidad.

Al finalizar cada presentación los responsables de estas danzas ofrecen un convite en sus casas, éste inicia con la preparación de diferentes alimentos tradicionales de la comunidad como el mole con pollo, arroz, carnitas de cerdo, etc., en ocasiones se hace un baile en honor de la comparsa a este convite son invitados los familiares de los integrantes de cada grupo así como algunos miembros de la comunidad.

1.4. LA AGRICULTURA EN SANTA ANA TLACOTENCO

Santa Ana Tlacotenco es uno de los poblados que se caracteriza por la productividad agrícola. Entre los productos que siembran se encuentran maíz, frijol, haba, chícharo, nopal. Cabe señalar que estos productos eran comercializados antes del año 2000 en la periferia del mercado Benito Juárez entre las calles de privada Querétaro y Jalisco en

Villa Milpa Alta. Actualmente estos productos se venden en el centro de Acopio de Villa Milpa Alta.

Según el testimonio del señor Pablo Alvarado Godoy originario de Santa Ana Tlacotenco, comenta que desde que era niño su papa los enseñó a cultivar el maíz, dice que para poder sembrar existe un calendario para aprovechar mejor la época de lluvias. Y antes de que se inicien las lluvias se debe labrar el terreno, lo primero que hay que hacer es rastrearla para que se quiebren las varas, porque después esto va a servir para abono. Después se barbecha y se vuelve a rastrear para que el terreno quede plano, una vez que la tierra esta lista, se raya con el arado y la yunta que son los animales de tiro. Para comenzar a sembrar se deben seleccionar los granos más grandes y bonitos de la cosecha anterior para ser sembrados a principios del mes de marzo: del 4 hasta el 30 del mes cuando son tierras a pie de monte, porque las tierras ejidales se siembran del 30 de marzo al 30 de abril. Y lo primero que se siembra el maíz, frijol y haba. (Comunicación personal, 8 de junio 2008)

Una vez que se siembra y las condiciones del clima son favorables para el cultivo se espera que en el mes de junio y julio el maíz espigue, posteriormente se da la temporada de elotes que es a finales de agosto y principios de septiembre, al terminar las temporadas más pesadas de la labranza y de que empiecen a cesar las lluvias aproximadamente por el mes de octubre cuando las hojas del maíz empiezan a secarse indica que la cosecha puede recolectarse. Posteriormente después de haber recogido toda la cosecha, comienzan a cegar las varas de los maizales que servirá como forraje para alimentar a sus animales, que se almacena en forma de arcinas y la mazorca en sincolotes que es una forma de guardar la mazorca hasta la próxima cosecha, para el consumo humano.

Sin embargo en Santa Ana Tlacotenco no solo se caracteriza por la producción agrícola de estos productos, es decir, existe una parte de esta población que se dedica a la comercialización de plantas y hierbas medicinales de origen silvestre y que se producen en este poblado que es donde algunas personas como: la Señora Hermelinda Flores Garibay, Fidencia Flores Garibay, Juana Tapia Flores, Alejandra Martínez, Pascuala Reyes, por mencionar algunos, tienen sus locales desde hace varios años.

La importancia de esta actividad no solo abarca lo económico sino también trasciende la estructura social y cultural de la comunidad, ya que los abuelos mencionan que solo para curar algunas enfermedades basta ir al cerro a cortar estas plantas para la preparación de algunos tés o fomentos para la cura de sus males, un claro ejemplo del estilo de vida en la comunidad era la atención que la partera le brindaba a las mujeres en parto, con la preparación del baño que se le daba a la mujer ya fuera en temazcal o en casa después del parto con yerbas cortadas del cerro hacían que la recuperación de las mismas fuera más rápida y no quedaran tan vientradas³.

Es de suma importancia mencionar que estas actividades se realizan como parte de estilo de vida de la población, como una fuente de trabajo para proveer recursos para el consumo personal de la comunidad que se dedica a la recolección de estas plantas medicinales.

Algunas de las plantas que se producen de manera natural en el poblado las podemos observar en el anexo. (Ver anexo).

³ Vientrada, significa tener el vientre abultado, grande, después del parto.

1.5. ORGANIZACIÓN Y DINAMICA DE SANTA ANA TLACOTENCO

En Milpa Alta hay autoridades delegacionales y comunitarias. Las autoridades comunitarias la constituye la misma comunidad que a su vez se encuentra organizada en diferentes grupos, por ejemplo las Mayordomías, los Ejidatarios, la Academia de lengua y Cultura Náhuatl etc.

Las autoridades delegacionales las constituyen el delegado y los Coordinadores de Enlace Territorial; estas a su vez forman parte de la organización administrativa, asumen la representación de cada pueblo ante la autoridad delegacional en Milpa Alta.

El Coordinador de Enlace Territorial es el representante legal de la comunidad ante la delegación y su función consiste en la promoción, defensa de los usos y costumbres de la comunidad, asuntos vecinales, apoyar en asuntos relacionados con servicios públicos, agua, luz, drenaje, etc. Aunque es importante resaltar que él solo es el medio para tratar de resolver estos problemas en la comunidad.

Estas son algunas de las actividades que realiza el coordinador:

- Junto con el comité de feria gestiona la logística, provee y plantea la estrategia del uso de vialidades
- La Coordinación le da apoyo logístico al Mayordomo y en ocasiones apoyo económico
- Una carrera atlética (evento cultural)
- Concurso de oratoria (Academia de lengua náhuatl)

➤ **Asociación civil *Wuewuetlahtulli* (Significa la palabra del viejo)**

El origen del grupo *Wuewuetlahtulli* fue una idea originada por el Profesor José Ortiz originario de la comunidad de Santa Ana Tlacotenco, surgió la idea de formar un grupo donde la principal característica es el rescate y preservación de la lengua náhuatl como parte de la defensa de su identidad como comunidad indígena. El grupo *Wuewuetlahtulli* por medio de sus actividades, han trabajado para la conservación de la lengua Náhuatl, utilizando los escritos de sus ancestros, esta labor la realizan tanto dentro como fuera de su comunidad.

Estructura organizativa:

La estructura organizativa del grupo *Wuewuetlahtulli* está conformada de la siguiente forma:

Coordinador: es una persona pionera del grupo, es importante mencionar que es él, quien dio origen a la idea de formar un grupo originario de la comunidad en defensa de la lengua Náhuatl.

Grupo técnico y operativo: trabajan en conjunto con la coordinación los días domingos en la casa del Coordinador para revisar y discutir las propuestas de proyectos ofrecidos o las invitaciones que les hacen, ya sea a nivel estatal, delegacional o local, estas reuniones tienen el objetivo de planear las clases o los textos que van analizar los jueves que es el día en que se reúne el grupo, asimismo es iniciativa del cuerpo técnico apoyar al Coordinador en las clases. Es importante mencionar que ellos solo revisan las propuestas de invitación, pero quienes deciden si participan o no, es el mismo grupo, ellos respetan los tiempos y las decisiones de los integrantes.

Los integrantes del grupo *Wuewuetlahtulli* en su mayoría son personas adultas mayores, gente muy participativa y comprometida en hacer respetar su identidad y defenderla, además están conscientes de que se deben hacer acciones para preservar la lengua Náhuatl y así poder difundirla.

Academia de Lengua y Cultura Nahuatl

En las primeras décadas del siglo XX, en Santa Ana Tlacotenco, la gente del pueblo solo hablaba náhuatl y muy pocas personas castellano, para el año de 1920 a 1960 la gente era bilingüe hablaba náhuatl y castellano, esto era los padres convivían directamente con sus hijos, en el caso de los niños y jóvenes las labores del campo, en el caso de las niñas estas compartían a diario con sus mamás los quehaceres del hogar, sin embargo aproximadamente por el año de 1971 fecha en que fueron contratados centenares de hombres y mujeres por el entonces Departamento del Distrito Federal para ser ocupados en las diferentes ocupaciones como son: limpieza, jardinería, bacheos albañilería, o en los tendidos de redes de tuberías de agua y drenaje, lo que dio origen a la separación entre padres e hijos.

En 1986 los integrantes del círculo Social y Cultural “Ignacio Ramírez de Tlacotenco”, grupo cultural que se había integrado desde el año de 1962 por los profesores: Librado Silva Galeana, Francisco Morales Baranda, Paciano Blancas Carrillo, Isidoro Meza Patiño, David Silva Galeana, y otros más, se percataron que la lengua ancestral estaba desapareciendo, porque los jóvenes y niños ya no la escuchaban y en sus núcleos familiares ya no se hablaba, los profesores se organizaron para revitalizar esta lengua materna y fomentaron un primer encuentro de hablantes de la lengua Náhuatl.

Una de las actividades que la Academia considera relevante para el idioma, es el de iniciar la impartición de clases de Náhuatl a toda persona que lo solicitara sin distinción de escolaridad, edad, sexo etc. Labor que se continúa hasta nuestros días con gran satisfacción.

Estructura organizativa

Tiene una estructura jerárquica, donde uno de los integrantes representa la cabeza de la Academia por ser uno de los fundadores de esta.



EJIDATARIOS

Los ejidatarios se encargan de proteger, extraer y algunas otras veces explotar los recursos naturales de la tierra ejidal y el campo, que con el paso del tiempo ha sido parte de su historia y la base de la economía del pueblo, por lo tanto este es parte

también de su identidad, conservar lo que generaciones atrás lograron obtener y mantener con la comunidad.

Estructura organizativa:

Está basada en tres órganos fundamentales:

1º La Asamblea, órgano supremo del núcleo agrario en la que participan todos los ejidatarios legalmente reconocidos, en ella se toman acuerdos y sus resoluciones son obligatorias para todos los integrantes del ejido o la comunidad.

2º El Comisario Ejidal: Es el órgano encargado de la ejecución de los acuerdos de la asamblea, de ejercer la representación legal del núcleo ante instancias judiciales, administrativas o particulares, así como de la gestión administrativa del ejido, está integrado por un presidente, un secretario y un tesorero, propietarios y sus respectivos suplentes.

3º El consejo de vigilancia, es el órgano encargado de supervisar los actos del órgano de representación, de conformidad con lo dispuesto por la Ley agraria, El Reglamento interno y los acuerdos de asamblea. Este se encuentra integrado por un presidente y dos secretarios, propietarios y sus respectivos suplentes.

Análisis sobre la estructura sociocultural de Santa Ana y el Objeto de estudio

El contexto de presente análisis realizado sobre la comunidad de Santa Ana Tlacotenco, juega un papel muy importante dentro de la presente investigación, ya que el estilo de vida que la población de Santa Ana Tlacotenco conserva se encuentra

relacionado con el proceso de salud enfermedad y la generación de enfermedades como la diabetes.

Para tratar de entender cómo se va generando el proceso de salud enfermedad de este lugar debemos considerar y tomar en cuenta que la delegación Milpa Alta y Santa Ana Tlacotenco guardan un contexto histórico social, en la que intervienen diversos factores y circunstancias como; costumbres, tradiciones, creencias, vivencias y necesidades propias de las personas y la comunidad. Así mismo debemos de tener presente que al hablar de salud no solo se refiere a la parte biológica sino a todo lo que rodea al individuo.

Estos datos son importantes para identificar en gran medida el aumento de actividad física en los miembros de la comunidad por haber sido una población agrícola en donde sus habitantes se regían bajo el ciclo agrícola, la actividad física que tenían las personas eran altas desde ir a preparar la tierra la cual la hacían con yunta o a mano, el cuidado del sembrado hasta la recolección de cosecha requiere mucho tiempo, generalmente las personas que laboran en el campo tenían una jornada ardua que va desde las 7:00 am. Hasta las 18:00 pm.

Si bien es cierto, que con el paso del tiempo el estilo de vida, se ha ido modificando paulatinamente aproximadamente entre los años 80,s, y los 90,s, cuando parte de las tierras que se utilizaban para el cultivo agrícola, comienzan a venderse y a ser utilizadas como viviendas. Y por consiguiente la población se ve en la necesidad de comenzar buscar trabajo en otras actividades en las afueras de la comunidad, actividades que dan pie al sedentarismo ya que ocupan más tiempo de trasladarse de

sus hogares a los centros de trabajo, y escuelas, aunado a ello también comienzan a modificarse la forma de alimentación, no solo de Santa Ana Tlacotenco, sino de la población en general es decir antes la gente consumía alimentos que se preparaban en el hogar y que contenían ciertos valores nutricionales, (frutas, verduras, legumbres, agua etc.), que con el paso del tiempo estos hábitos cambiaron debido al sedentarismo, la tecnología, la economía y la falta de tiempo, el trasladarse de los hogares a los centros de trabajo etc. Han hecho que los hábitos alimenticios se hayan cambiado por comidas rápidas, comida chatarra, frituras, refrescos, dulces etc. Con respecto a Santa Ana Tlacotenco podemos decir que el uso de costumbres y tradiciones en la comida, son un factor que predispone la generación de este tipo de enfermedades. Por ejemplo en las fiestas patronales, y otras celebridades. En donde se acostumbra a ofrecer distintos platillos, con alto contenido de calorías, por ejemplo el tamal, el atole y pan en el desayuno, en la comida el mole rojo, carnitas, barbacoa, arroz rojo, nopales en escabeche en sus diferentes presentaciones, y no podía faltar el refresco y una que otra bebida alcohólica, como el tequila, cerveza etc.

Parte de estos alimentos los analizaremos en la siguiente tabla nutricional:

Calorías del tamal: El organismo requiere de 1500 a 2000 calorías al día

- 1 tamal contiene de 360 a 450 calorías dependiendo de sus ingredientes
- 1 taza de atole champurrado es de 180 calorías
- 1 bolillo: de 120 a 145 calorías
- El mole rojo con pollo tiene 375.65 kilocalorías

- Arroz cocido tiene 125caloria por cada 100 gramos
- Carne de res o barbacoa cocida tiene 175calorias por cada 100 gramos
- Carne de cerdo tiene 346 calorías/100 gramos
- Cerveza contiene 48 caloría/ 100 gramos. (Evelin,2010, diciembre 7, Alimentos nutritivos, recuperado el día 17 de agosto de 2011 de: <http://www.cuidadodelasalud.com/alimentos-nutritivos/cuantas-calorias-tiene-un-tamal/>)

Estas son algunas calorías que tienen estos alimentos además de tomar en cuenta el aceite y otros ingredientes con los que se elaboran estos productos.

En cuanto a los alimentos chatarra como el refresco, dulces, gansitos podemos decir que tienen un mayor número de calorías.

- Papas fritas 150g (mediana) contiene 335 calorías
- Hog dog 160g (1 unidad) contiene 443 calorías
- Churros 100g contienen 350 calorías
- Hamburguesas simple contiene 250 calorías
- Hamburguesas dobles contienen 450 calorías
- Pizza (1rebanada) contiene 250 calorías
- Chocolate dulce (1 porción de 100g) contiene 449 calorías
- Chicles (1 unidad) contiene 8 calorías
- Caramelos (1unidad de 5g) contiene 23 calorías

- Palomas de maíz 50g contienen 150 calorías
- Refrescos coca cola 400ml contiene 168 calorías
- Galletas contiene 127 calorías
- Gansito contiene 197calorías

Como podemos observar la comida chatarra aporta una gran cantidad de calorías.

De ahí la importancia de estudiar y conocer la estructura social de Milpa Alta y Santa Ana Tlacotenco, para que a través de la Promoción de la Salud se generen acciones encaminadas a la prevención de enfermedades como: la diabetes que es el tema de esta investigación y que debemos de considera para tratar de mejorar la calidad de vida de esta población.

Costa y López (2000) comentan que:

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. La salud, su cultura, su modo de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades. (p.17)

Considero que para los fines de esta investigación el conocer e identificar parte de esta estructura sociocultural de Milpa Alta y Santa Ana Tlacotenco nos va a servir para tratar de comprender el proceso de salud enfermedad que se ha ido generando a lo largo del tiempo, como han ido cambiando los estilos de vida de la población. Además de identificar los daños a la salud, la distribución en la población, los factores y mecanismos que explican su aparición. Por otro lado nos va a permitir tomar medidas eficaces para la prevención y control de la enfermedad. A través de la Promoción de la Salud se pretende generar acciones, que permitan a la población adaptar el estilo de vida, de esta comunidad tomando en cuenta sus costumbres y tradiciones para poder prevenir la diabetes.

CAPITULO II

En este capítulo se abordaran aspectos relacionados con la diabetes, para conocer un poco sobre esta enfermedad. Dentro de estos aspectos se encuentra una breve historia de cómo surge esta enfermedad, como se genera, cuáles son sus síntomas, complicaciones que trae consigo, el tratamiento que se utiliza e indagar un poco acerca de este padecimiento a nivel mundial, estatal, federal y delegacional.

2. HISTORIA DE LA DIABETES

La historia de la diabetes comienza desde la Edad Antigua.

La primera referencia clínica que hoy conocemos como Diabetes Mellitus se encuentra referida en el papiro de Eber fechado en el año de 1500 a. de C., escrito en Egipto. (Historia de la diabetes, 2008 octubre 10, recuperado el 17 de agosto de 2011 de: <http://saludyvigor.com/bestcollips/historia.htm>)

Este papiro se conserva hoy en día en la biblioteca de la Universidad de Leipzig (Alemania). Es un rollo de papiro que al desenrollarlo medía 20 m de largo por 25 cm de ancho y en él está escrito todo lo que se sabía o se creía saber sobre medicina. Un párrafo está dedicado a la extraña enfermedad, a la que siglos después los griegos llamarían diabetes.

En este papiro además de caracterizar el cuadro clínico de la enfermedad, hacía referencia a algunos medios generales para su manejo y control, los escritos griegos, romanos y árabes también hacen mención del cuadro clínico y manejo de la diabetes.

Diez siglos después es encontrada en la India otra referencia, en el libro de Ayur Veda Suruta (Veda significa *ciencia*). Los vedas son un conjunto de cantos sagrados, oraciones y conjuros hindúes en bastantes casos sobre enfermedades y remedios que dieron lugar, al desarrollo de todo un sistema médico. El Athavarda Veda está considerado el escrito Indio de la medicina más antiguo data de 800 a de C. En él se ofrece la primera identificación de la diabetes por el sabor dulce de la orina, ya que la exploración del enfermo incluía probar las secreciones.

El médico Griego nacido en Capadocia, Areteo, acuñó el término “diabetes” para designa el termino a una enfermedad que ya se conocía desde miles de años antes. Utilizo la palabra griega que significa “fluye” a través, en alusión a uno de sus síntomas característicos.

El médico suizo Phillippus de Aureolus Teophrastus Bombastus Von Hohenheim, mejor conocido como Paracelso, inicio la diabetología experimental cuando, en 1520, evaporó una muestra de orina, e identificó un residuo blanco salino, concluyendo que la diabetes era causada por el riñón cuando extraía demasiada sal del cuerpo.

Desde la antigüedad, los médicos intentaron combatir la diabetes a base de dietas. Muchas tenían claro que la alimentación adecuada contribuían a paliar los síntomas de la enfermedad, pero cada uno recomendaba aquellos alimentos que en su opinión eran los más convenientes. Un médico escocés, John Rollo, puede considerarse el primero en proponer una dieta con base científica para los enfermos diabéticos.

El médico inglés Mathew Dobson (1735-1784), demostró la presencia de azúcar en la sangre y en la orina de los enfermos diabéticos. Calentaba la orina hasta que se

evaporaba. Los residuos resultantes los describió de color blancuzco, con forma granulada, se desmenuzaban fácilmente con los dedos y tienen un olor dulce como el azúcar. Dejo constancia de sus descubrimientos en su ensayo “experimentos y observaciones en la orina de los diabéticos. (Historia de la diabetes, 2008 octubre 10, recuperado el 17 de agosto de 2011 de: <http://saludyvigor.com/bestcollips/historia.htm>)

El médico alemán Adolf Kussmaul (1822-1902) contribuyó al conocimiento de los mecanismos de la diabetes. En 1874 publica un trabajo titulado: Para el conocimiento de la diabetes en el que interpretaba el coma diabético como consecuencia de una disfunción metabólica, en concreto a la aparición de cetona en la sangre.

Años más tarde un francés llamado Claudio Bernard en 1847, que realizó importantes descubrimientos incluyendo la observación de que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. También realizó numerosos experimentos con el páncreas desarrollando el modelo de ligadura del conducto pancreático y aunque el no llegó a atribuir a este órgano un papel endocrino, permitió a otros demostrar que con esta técnica se inducía la degeneración del páncreas exocrino manteniendo intacta la función endocrina.

Hasta 1889 no se había establecido una relación clara entre el páncreas y la diabetes. Fueron el alemán Joseph Von Mering (1849-1908) y el ruso Oscar Minkowski (1858-1931) quienes pusieron de manifiesto esta asociación aunque fuese de manera casual. Extirparon el páncreas completo de un perro para estudiar la reabsorción de grasa, comprobando además que el animal orinaba mucho más y que la orina contenía

azúcar, llegando a la conclusión de que el páncreas producía una sustancia inhibidora de la diabetes.

Posteriormente George Ludwiwig Zuelzer (1870-1949) obtuvo extractos de páncreas de animales, realizando los primeros ensayos terapéuticos en humanos. El preparado que Zuelzer elaboró a partir del páncreas de ternera fue comercializado por los laboratorios Schering de Berlín con el nombre de Acomatol y demostró ser eficaz en el tratamiento del coma diabético. El mayor problema eran los efectos secundarios que producía: vómitos, fiebre alta, convulsiones etc. A pesar de todo, esos resultados fueron publicados en 1908.

Nicolae Paulesco fue un fisiólogo y bioquímico rumano interesado en la investigación del páncreas y de la diabetes que consiguió aislar una sustancia a la que llamó pancreatina: la hormona pancreática antidiabética. Inyectó esta hormona a un perro diabético consiguiendo una reducción temporal de los niveles de glucosa en sangre. Sus experimentos pusieron de manifiesto que la inyección de este extracto también disminuía los niveles de la glucosa y acetona en orina. Publicó estos resultados en el año de 1921 en francés. Sin embargo sus trabajos remitidos a la Sociedad Rumana de Biología, fueron ignorados.

En 1921, Frederick Grant Banting y Charles Hebert Best (estudiante que trabajaba en el Instituto Fisiológico) en Toronto intentaron, aislar la sustancia producida por las células del páncreas, a partir de los experimentos realizados con perros. El proceso consistía en ligar un conducto pancreático. Dejar transcurrir algunas semanas para que el tejido acinar degenerara, extirpar una glándula y preparar un extracto de tejido restante del islote, los islotes al no estar relacionados con la producción de jugo digestivo no

degeneraban, en cambio si se necrosaba el resto del páncreas las enzimas digestivas que rompían la molécula de dicha sustancia. Los extractos pancreáticos que inyectaron a los perros a los que les había inducido la diabetes disminuían sus niveles de glucemia. Se había conseguido aislar el factor antidiabético de los islotes de Langerhans. El descubrimiento se presentó en una conferencia. (Historia de la diabetes, 2001, recuperado el 15 de agosto del 2001 de: http://www.iqb.es/d_mellitus/historiaho01.htm)

El descubrimiento de la insulina producido en Canadá se extendió al resto del mundo. Un médico español nacido en Barcelona, Rosendo Carrasco y Formiguera, fue el primero en introducir la insulina en España y También en Europa.

En 1953 Hans Frank y Joachins Funchs utilizaron en el sanatorio Auguste-Victoria de Berlín el nuevo preparado sulfamidico de los laboratorios C.H.F. Boehringer para tratar a 50 diabéticos, confirmando su acción antidiabética

Pocos años después los antidiabéticos orales habían escalado puestos en el tratamiento de esta enfermedad y muchos pacientes pudieron prescindir de las inyecciones diarias de insulina.

En los últimos años se estudia la posibilidad de utilizar el trasplante de células beta, así como la terapia génica. Esta última ofrece además la prevención del proceso patogénico de destrucción de las células pancreáticas y la supervivencia de los islotes tras el trasplante.

2.1. DEFINICION Y CONCEPTO DE DIABETES

La diabetes se deriva del verbo griego “Diabainein”, que quiere decir atravesar, se explica por el hecho de que los médicos árabes conocían el término, al observar que el diabético solía ingerir mucha agua que se eliminaba poco después por la orina y se debía a una incapacidad del organismo para obtener el agua ingerida. (Diccionario médico, 1980. P. 306-307)

Posteriormente científicos conocidos se dieron a la tarea de seguir investigando ya que la relacionaban con una insuficiencia renal y la consideraban como una enfermedad rara y muchas veces la llamaban diarrea urinaria. Sin embargo aunque nuestros antepasados no entendían bien que tipo de enfermedad era, si conocían sus síntomas, como la polidipsia, poliuria, el olor acetomenico y el resto de los síntomas.

La OMS define a la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de la glucosa en sangre), que con el tiempo daña órganos y sistemas, especialmente en nervios y vasos sanguíneos.

“Definición de diabetes: la diabetes tipo 2 o mejor conocida como no insulino dependiente, es un grupo de enfermedades en las que hay incapacidad para producir o usar la insulina y por lo tanto existe un aumento en la sangre de glucosa” (Tortora, 1989 p. 529-537)

La Norma oficial Mexicana, (NOM-015-SSA2-1994):

Define a la Diabetes Mellitus como un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronológica de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de la insulina.

Ana de Santiago Nocito en su artículo Definición y clasificación médica de la diabetes mellitus nos dice que es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo anexo en común es la hiperglucemia secundaria a un déficit de la secreción de la insulina, a un defecto de su actividad metabólica o ambos.

Al revisar a otros autores encontramos que manejan el concepto de diabetes en términos más específicos como:

“Un síndrome donde se altera el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, bien por la falta de secreción de insulina o por disminución de la sensibilidad tisular esta hormona”. (Guyton y Hall, 2001. p.1075-1077)

Figuerola y Reynals, (1995), dicen que:

La diabetes es un trastorno crónico de base genética caracterizado por tres tipos de manifestaciones: Un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria,

polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina. Un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático, y que afecta todos los órganos pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina. Un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico. (p.1933-1969)

Harrison, Lazcano, Kasper, y Jam. (2009) comentan que:

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de hiperglucemia. Existen varios tipos de diabetes mellitus debidos a una compleja interacción entre genética y factores ambientales, que contribuyen a la hiperglucemia puede ser deficiencia de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de esta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la diabetes provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos. (p.2275)

Es importante señalar que la diabetes es un trastorno crónico que afecta el metabolismo, hidratos de carbono, grasas y proteínas. Es una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos ingeridos, especialmente de la glucosa debido a una carencia total o parcial de una hormona fabricada por el páncreas llamada insulina, la insulina disminuye la glucemia en diversas formas permite que la glucosa entre a las células y produzca calor y energía.

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por el mal funcionamiento del metabolismo cuyo peculiar síntoma es la elevación de los niveles de glucosa en sangre.

Existen varios tipos de diabetes pero antes de hablar de ellos se hace mención del páncreas es un órgano aplanado que se localiza en el plano posterior y un poco inferior al estomago.

“Sus características como glándulas exocrinas se estudian junto al sistema digestivo, producen sustancias químicas llamadas enzimas que participan en el proceso de digestión de los alimentos”. (Higashida, 2001, p. 153).

Las enzimas se encargan de descomponer los alimentos en partículas muy pequeñas para que puedan ser absorbidas por el organismo, se producen en unas glándulas muy pequeñas y se desplazan hasta la primera parte del intestino. Los jugos gástricos producidos en el páncreas se vuelven activos cuando alcanzan el intestino.

Las enzimas más destacables son la amilasa, que desempeña un papel importante en la digestión de los carbohidratos, la tripsina que se encarga de digerir las proteínas, y la lipasa que hace lo propio con las grasas.

Y como glándula endocrina, tienen unas estructuras llamadas islotes de langerhans en donde se encuentran tres tipos de células las células alfa, beta y delta.(Higashida, 2001, p. 153)

Las células alfa sintetizan y liberan glucagón, hormona que eleva el nivel de glucosa en la sangre. Representan entre el 10 - 20% del volumen del islote y se distribuyen de forma periférica, las células betas producen y liberan insulina, hormona que regula el nivel de glucosa en la sangre (facilitando el uso de glucosa por parte de las células, y retirando el exceso de glucosa, que se almacena en el hígado en forma de glucógeno).

En los diabéticos tipo I, las células beta han sido dañadas y no son capaces de producir la hormona y la delta que secretan el factor de inhibición de la hormona de crecimiento.

2.2. FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

La DM de tipo 1 es consecuencia de una interacción de factores genéticos, ambientales e inmunológicos que culminan en la destrucción de las células beta del páncreas y la deficiencia de la insulina. Este tipo de enfermedad es consecuencia de destrucción de auto inmunitaria de las células mencionadas y muchas personas que la tienen expresan manifestaciones de autoinmunidad dirigida contra los islotes. Algunos sujetos que presentan el fenotipo clínico de DM de tipo 1 no tienen marcadores inmunitarios que denoten la presencia de un fenómeno autoinmunitario que afecte a las células beta.

Los individuos con predisposición genética tienen una masa normal de células beta en el momento del nacimiento, pero comienzan a perderla por destrucción inmunitaria a lo largo de los meses o años, se piensa que este proceso inmunitario es desencadenado por un estímulo infeccioso o ambiental y que es mantenido por una molécula específica de células beta. Después de que empieza a declinar la masa de las células beta y se trastorna progresivamente la secreción de la insulina a pesar de mantenerse una tolerancia normal a la glucosa. La velocidad de declive de la masa de las células beta es muy variable de un individuo a otro y en algunos pacientes avanza rápidamente al cuadro clínico de la diabetes, mientras que en otros la evolución es más lenta.

Las características de la diabetes no se hacen evidentes hasta que se han destruido la mayor parte de las células beta (alrededor del 80%).

FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 2

La DM DE tipo 2 se caracteriza por una menor secreción de insulina, por resistencia a dicha hormona, por producción excesiva de glucosa por el hígado y por el metabolismo anormal de grasa.

La obesidad en particular la visceral o central (como se manifiesta en la razón de la circunferencia a nivel de la cadera/abdominal) es muy frecuente en la diabetes de tipo 2. En etapas iniciales del problema, la tolerancia a la glucosa sigue siendo casi normal, a pesar de la resistencia a la insulina porque las células beta del páncreas logran la compensación al incrementar la producción de la hormona. Al evolucionar la resistencia a la insulina y surgir la hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos en algunas personas no pueden ya conservar el estado hipersulinémico y en este momento surge trastorno de tolerancia a la glucosa (impaired glucose tolerance, IGT), que se caracteriza por el incremento en el nivel glucemia posprandial. La disminución ulterior en la secreción de insulina y el incremento de la producción de glucosa por el hígado culminan en la diabetes franca con hiperglucemia en ayuno.

Desde el punto de vista genético, la DT2 es una entidad multifactorial donde participan un conjunto de genes de susceptibilidad cuya expresión es modulada por factores ambientales, la ingesta calórica en particular que conduce a la obesidad y el

sedentarismo. Fisiopatológicamente las personas con DM2 demuestran anormalidades cardinales:

Resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos, sobre todo en músculo y grasa en el hígado, sino también

La secreción de insulina defectuosa, sobretodo en respuesta disminuida a un estímulo de glucosa

Aumento de la producción de glucosa por el hígado.

Recientemente se ha sugerido que la lista de anomalías cardinales de la diabetes debe ser ampliada a ocho, la adicción de la lipólisis acelerada de las células de grasa, la deficiencia de hormona de la incretina y la hiperglucagonemia, el aumento de la reabsorción tubular renal y la función del sistema nervioso central en la regulación del metabolismo. Aunque la forma exacta en que los factores genéticos, ambientales y fisiopatológicos interactúan para dar lugar a la aparición clínica de la DM2 no se conoce, la comprensión de estos ha aumentado considerablemente. Sin embargo existe un creciente consenso para decir que la DM2 es poli génica en la naturaleza causada por una combinación de resistencia a la insulina, secreción anormal de la insulina y otros factores.

La incapacidad de las células beta del páncreas para adaptarse a las reducciones de sensibilidad a la insulina que se producen durante toda la vida precipita la aparición de la diabetes tipo 2.

Genéticamente, la DM2 se compone de formas monogénicas y poligénicas. Las formas monogénicas, son poco común, las formas poligénicas han sido mucho más difícil de identificar y caracterizar.

En las formas monogénicas de diabetes, el gen en cuestión es necesaria y suficiente para causar la enfermedad, por lo general se diagnostican en pacientes más jóvenes, a menudo en los primeros 2 a 3 décadas de la vida, se pueden dividir en aquellos en los que el mecanismo es un defecto en la secreción de insulina y los que implican respuestas defectuosas a la insulina o resistencia a la insulina.

Más de 70 genes se han identificado en el gen receptor de la insulina y existen por lo menos tres síndromes causados por el gen receptor de insulina.

El síndrome de Rabson-Mendenhall se asocia con baja estatura, abdomen protuberante, y anomalías de los dientes y las uñas. Hiperplasia pineal era una característica en la descripción original de este síndrome.

La forma común poligénicas de la DM2 es compleja los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante. Las manifestaciones fenotípicas de la enfermedad también son complejas e incluyen la resistencia a la acción de la insulina en el músculo, la grasa y el hígado los posibles defectos en la respuesta secretora de insulina de las células beta pancreática y aumento de la producción hepática de glucosa. Sin embargo, el principal defecto del síndrome sigue siendo difícil y no es probable que se defina hasta que se sepa más sobre los genes responsables de la diabetes y la naturaleza de las interacciones genético-ambientales que son en última instancia, responsable de desarrollo del trastorno en personas predispuestas.

La resistencia a la insulina está presente en personas con predisposición a la DM2 antes de la aparición de hiperglucemia, este hallazgo ha sido interpretado por algunos para indicar que la resistencia a la insulina es la principal anomalía responsable del desarrollo de la DM2. Sin embargo, el mal funcionamiento de las células beta también está presente antes de la aparición de la DM2 cuando IGT está presente y en familiares de primer grado de personas con DM2 que tienen las concentraciones plasmáticas de glucosa completamente normal. Por lo tanto, aunque todavía existe controversia acerca de si la resistencia a la insulina o la secreción anormal de insulina representa el defecto primario en la DM2, hay un consenso general de que los defectos están presentes en prácticamente todos los sujetos con el trastorno, generalmente a partir de una etapa preclínica temprana.

La obesidad y la diabetes tipo 2

La asociación de obesidad con DM2 ha sido reconocida desde hace décadas. Una estrecha relación entre la obesidad y resistencia a la insulina se observa en todos los grupos étnicos y se encuentra en toda la gama de peso corporal, a través de todas las edades y en ambos sexos. Estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo de diabetes y la resistencia a la insulina, se eleva a medida que aumenta el contenido de grasa del cuerpo, el centro de adiposidad está más relacionado a la resistencia a la insulina. un número importante de variables metabólicas, incluyendo la glucosa plasmática, la insulina, el colesterol total en plasma, las concentraciones de triglicéridos, disminución de plasma de alta densidad (HDL) y la concentración de colesterol son la adiposidad total.

2.3. TIPOS DE DIABETES

La diabetes Mellitus se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en la hiperglucemia, en contraste con criterios previos como la edad, estas dos categorías amplias se designan tipo 1 y tipo 2, los dos tipos son antecedidos por una fase de metabolismo anormal de glucosa, conforme evolucionan los procesos patógenos.

La diabetes tipo 1 es el resultado de la deficiencia completa o casi total de insulina.

La diabetes tipo 1, también se denomina **diabetes mellitus o insulino dependiente**, se presenta en niños y adultos menores de 30 años por la insuficiente producción de insulina, que ocasiona el aumento de glucosa en sangre y para su tratamiento requiere de constantes inyecciones.

Entre las causas asociadas a este padecimiento se encuentra la herencia y la genética, así como también factores ambientales (como puede ser un virus), por el cual se desarrolla un proceso de autoinmunidad, generando anticuerpos que atacan a nuestras células que producen insulina.

La diabetes tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor secreción de glucosa. La diabetes tipo 2, también denominada **diabetes mellitus no insulino dependiente**, obedece a una menor sensibilidad de los tejidos efectores a las acciones metabólica de la insulina.

Este padecimiento es más común que la de tipo 1, corresponde en 80-90% del total de los diabéticos, generalmente se presenta en adultos mayores de 30 años debido a que

el páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa en sangre o el cuerpo no responde a la insulina.

Diabetes gestacional. Este padecimiento se desarrolla durante el embarazo, se debe a los cambios hormonales que se presentan en este período, la cual provocan que la mujer no puede producir la cantidad adecuada de insulina. Ocasionando que aumente la glucosa en sangre.

En este tipo, no hay síntomas, pero se debe realizar la prueba de diabetes en 24ta y 28va, semana del embarazo para dar tratamiento a esta enfermedad.

2.4. DIAGNOSTICO SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

El diagnóstico de la diabetes se basa en la medición de la glucemia. Los criterios actuales para el diagnóstico de la diabetes y diversas categorías de "prediabetes" o "alto riesgo de diabetes".

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DIABETES

Prueba	Glucemia normal	ALTO RIESGO		De alto riesgo	Diabetes
		Glucosa en ayunas	Intolerancia a la glucosa		
PG, el ayuno (mg / dL)	<100	100-125			≥ 126
PG, de 2 horas (mg / dL)	<140		140-199		≥ 200
La hemoglobina A _{1c} (%)				5.7-6.4	≥ 6,5
PG, casual (mg / dL)					> 200 mg / dl más síntomas de la diabetes

Cuadro 1

El riesgo para la diabetes es continuo, que se extiende por debajo del límite inferior y cada vez desproporcionadamente mayor en el extremo superior del rango mostrado. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, un resultado de diagnóstico debe ser confirmado por pruebas repetidas.

Las concentraciones de glucosa en plasma tienen un alcance continuo y los criterios se basan en estimaciones del umbral para las complicaciones de la diabetes. El punto final utilizado para evaluar la relación entre los niveles de glucosa y las complicaciones es la retinopatía. Las tres pruebas de glucosa en plasma en ayunas (FPG), 2 horas de glucosa en plasma (de 2 horas PG), y la hemoglobina glucosilada A_{1c} (HbA_{1c}), son

capaces de predecir la presencia de retinopatía y por inferencia los niveles de glucosa, que son diagnóstico de la diabetes.

La Organización de mundial de la Salud han propuestos criterios diagnósticos para la DM, basadas en las siguientes premisas:

Espectro de la glucosa plasmática en ayunas (fasting plasma glucose, FPG) y la reacción a una carga oral de glucosa, prueba de tolerancia de glucosa ingerida (oral glucose tolerance test, OGTT) varían entre los individuos normales.

Para detectar la DM2 y para evaluar el riesgo futuro de diabetes debe ser considerada en adultos asintomáticos de cualquier edad que tienen sobrepeso o son obesos (IMC \geq 25 kg / m) y que tienen uno o más factores de riesgo para la diabetes.

Criterios de diagnóstico para la Diabetes Mellitus según la última modificación de la American Diabetes Association

1. Síntomas de diabetes más valores de glucosa plasmática al azar $> 200\text{mg/dl}$ (11.1mmol/l , al azar significa en cualquier momento del día sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta. Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin motivo de peso aparenté.
2. Glucosa plasmática en ayunas $>126\text{mg/dl}/7.0\text{mmol/l}$. Se define como ayuno a la ausencia de ingesta calórica durante o por lo menos 8 horas
3. glucosa plasmática $>200\text{mg/dl}$ $11.1.\text{mmol/l}$ durante la prueba oral de la tolerancia a la glucosa (POTG) La prueba debe hacerse según lo describe la

OMS, Mediante una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

El cuadro 2 de tolerancia de la glucosa se realizó a partir de la revisión del texto sobre diagnóstico de la diabetes del libro de Principios de Medicina Interna de Harrison. Se clasifica en tres categorías con base a la cifra de glucosa plasmática en ayuno:

Tolerancia de la glucosa	
FPG <5.6 mmol/L (100mg/100ml)	Es la cifra normal
FPG=5.6 a 6.9 mmol/L (100 a 125mg/100ml)	Se define como prediabetes
FPG≥7.0mmol/L (126mg/100ml)	Justifica el diagnóstico de diabetes mellitus
Tolerancia de glucosa oral (OGTT)	
IGT define como los niveles de glucemia 7.8 Y 11.1 mmol/L (140 y199mg/100ml) y se define la diabetes como la cifra de glucosa mayor de 11.1 mmolL (200mg/100ml) 2 h después de la ingestión de 75 g de glucosa.	

Cuadro 2

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

Los signos y síntomas de la diabetes, permiten el diagnóstico de la diabetes mellitus tanto en su tipo 1, juvenil o insulino dependiente, como en su tipo 2, desde sus primeras manifestaciones y hacen posible el tratamiento adecuado, para mantener la

enfermedad bajo control y evitar complicaciones futuras. De allí que conocerlos es de fundamental importancia para la prevención de tu salud.

El diagnóstico temprano de la diabetes mellitus se basa en signos que se detectan en análisis de laboratorio, aún en ausencia de otros síntomas.

Los signos de diabetes que se investigan son:

- Presencia de glucosa y cuerpos cetónicos en la orina.
- Más de 126 mg/dl de glucosa en sangre en ayunas, en dos ocasiones
- Más de 200 mg/dl de glucosa en sangre en cualquier momento, sumado a síntomas como aumento de la sed, de la micción y fatiga.
- Nivel bajo o nulo de insulina en sangre.

Los signos resultan fundamentales para diagnosticar la diabetes mellitus, en especial la tipo 2, que a menudo lleva mucho tiempo de evolución antes de mostrar otras manifestaciones.

SÍNTOMAS DE LA DIABETES TIPO 1

Los pacientes con la diabetes tipo I, generalmente desarrollan síntomas en un período corto y la enfermedad con frecuencia se diagnostica en una sala de emergencias.

La diabetes tipo I ocurre con mayor frecuencia en los niños y adultos jóvenes pero puede aparecer en cualquier edad. Entre los síntomas podemos mencionar los siguientes: cansancio, fatiga, vómitos, náuseas, polidipsia, (Aumento de la sed), pérdida

de peso a pesar del aumento del apetito, piel seca o picazón, pérdida de la sensación u hormigueo, vista borrosa.

SINTOMAS DE LA DIABETES TIPO 2

La diabetes tipo II ocurre principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad aunque se está diagnosticando cada vez más en personas jóvenes. Es más común que la de tipo I, corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Muchas personas con este tipo de diabetes, ignoran tenerla, a pesar de ser una enfermedad grave, este tipo de diabetes se está volviendo más común debido al aumento de obesidad y falta de ejercicio.

A veces los síntomas de la diabetes tipo II no son evidentes y pueden tardar tiempo en mostrarse.

Entre los síntomas podemos mencionar los siguientes: polidipsia, (aumento de sed), poliuria (aumento de micción), polifagia, (Aumento de apetito), fatiga, visión borrosa infecciones que sanan lentamente, impotencia en hombre, cansancio frecuente.

Estos síntomas pueden ser visibles o no visibles en las personas, por ello es importante que la gente se realice exámenes periódicos, para detectar o prevenir esta enfermedad, e iniciar el tratamiento adecuado.

El siguiente cuadro muestra los síntomas de la diabetes

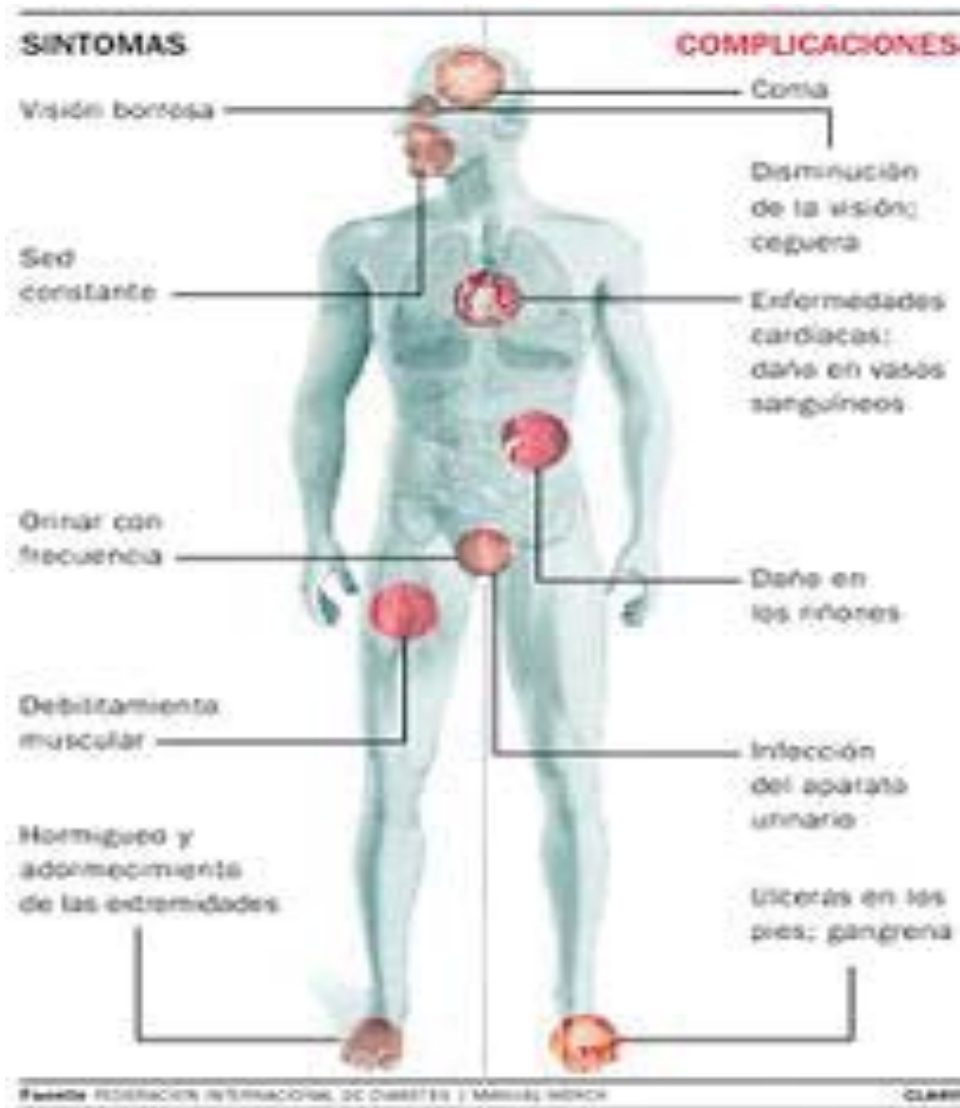


Figura 9

2.5. COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES

Las complicaciones crónicas de la DM pueden afectar muchos sistemas orgánicos y son causa de gran parte de la morbilidad y mortalidad que acompañan este trastorno. Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares, a su vez las complicaciones vasculares se subdividen en microangiopatía (retinopatía, neuropatía, y nefropatía) y macroangiopatía coronariopatía, enfermedad vascular

periférica y enfermedad cerebral vascular. Las complicaciones no vasculares comprenden enfermedades como gastroparesia, infecciones y afecciones de la piel.

El riesgo de complicaciones crónicas aumenta con la duración de la hiperglucemia; suelen hacerse evidentes en el transcurso del segundo decenio de la hiperglucemia. Como la DM de tipo 2 puede tener un periodo prolongado de hiperglucemia asintomática, muchos individuos presentan complicaciones en el momento del diagnóstico. Las complicaciones microangiopáticas de la DM de tipos 1 y 2 son el resultado de la hiperglucemia crónica.

COMPLICACIONES MACROVASCULARES

Las complicaciones macrovasculares pueden aparecer en el caso de una hiperglucemia crónica o mal controlada. La diabetes puede dañar los grandes vasos sanguíneos que rodean el corazón y los que llevan la sangre al cerebro y extremidades. Por lo tanto, se puede producir una enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica o enfermedad cerebro vascular. Este daño está relacionado con el estrechamiento de los vasos sanguíneos y con el depósito de una alta cantidad de grasas y colesterol sobre las paredes de las arterias (aterosclerosis) que en algunas ocasiones conducirán al infarto de miocardio, trombosis, cerebral y problemas circulatorios en las piernas, en función de los vasos que se vean afectados. Existen evidencias de que el 75% de las muertes relacionadas con la diabetes se deben a este tipo de complicaciones, fundamentalmente al infarto de miocardio. El daño a los grandes vasos puede manifestar síntomas precoces y en ocasiones se presentarán en forma de curación

lenta de cortes, úlceras o heridas, calambres en las piernas, que desaparecen con reposo, y mareos ocasionales.

COMPLICACIONES MICROVASCULARES

Las complicaciones microvasculares son aquellas relacionadas con los vasos sanguíneos de más pequeño calibre. El desarrollo de este tipo de complicaciones guarda una estrecha relación con los años de evolución de la diabetes y con el grado de control de la glucosa en sangre. Dentro de este grupo se incluyen las lesiones oculares (retinopatía), la enfermedad de los nervios (neuropatía) y la enfermedad del riñón (nefropatía)

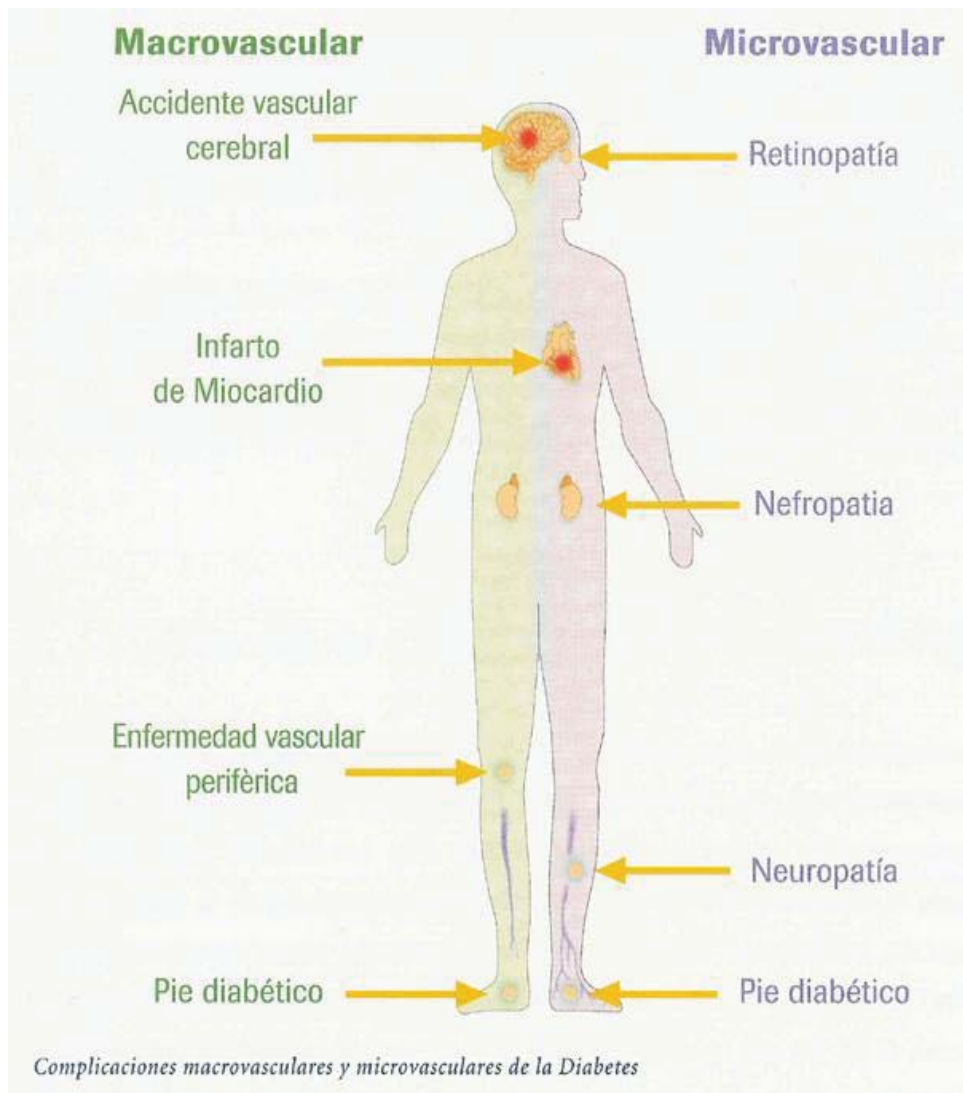


Figura 10

RETINOPATIA DIABETICA (RD)

La DM es la primera causa de ceguera entre los 20 y 74 años en los Estados Unidos. La importancia de este problema viene refrendada por el hecho de que todos los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad de convertirse en sujetos legalmente ciegos que quienes no padecen. La ceguera es en esencia el resultado de la retinopatía diabética y el edema macular de importancia clínica.

Es la enfermedad ocular resultante de la diabetes, debido al daño de capilares sanguíneos en el ojo. La RD es una condición que daña los capilares de la retina y puede llevar a la pérdida de la visión y posible ceguera. La retina está en la parte posterior del ojo y es la parte del ojo sensible a la luz". (Eli Lilly and company, 2009, Complicaciones de la diabetes, recuperado el 14 de enero de 2011).

La retinopatía diabética se clasifica en dos fases proliferativa y no proliferativa. Existe también una situación grave denominada edema macular diabético (EMD) que puede ser resultado de la retinopatía diabética.

La retinopatía diabética **no proliferativa** es la fase más precoz de la enfermedad. Se produce cuando los capilares de la retina están dañados y los vasos sanguíneos se debilitan o llegan a obturarse.

La retinopatía diabética **proliferativa** es una fase más avanzada de la enfermedad. En esta enfermedad, crecen vasos sanguíneos nuevos ("proliferativa") desde la parte posterior del ojo en el intento de reemplazar el aporte normal de sangre a la retina, la cual está dañada por causa de la diabetes. El ojo produce nuevos vasos sanguíneos para compensar la pérdida del suministro original de sangre. Pero los vasos nuevos no son tan fuertes como los originales y hacen al paciente más vulnerable a ciertas complicaciones.

Por ejemplo, estos nuevos vasos tienden a romperse fácilmente y sangrar dentro del globo ocular. Esta filtración puede bloquear la luz que entra en el ojo, llevando a la pérdida de visión.

El edema macular puede ocurrir en cualquier fase de la retinopatía diabética y ser la causa más habitual de pérdida de visión en pacientes con la retinopatía más precoz (no proliferativa). Si no se trata, el 25 por ciento de las personas con edema macular diabético desarrollarán una pérdida moderada de visión en los siguientes tres años. El Edema Macular Diabético (EMD) provoca que la mácula se inflame debido a la filtración de líquido desde los vasos dañados y puede llevar tarde o temprano a una significativa pérdida de visión. La mácula es un área cerca del centro de la retina responsable de la visión diurna y la detección del color. ". (Eli Lilly and Company, 2009, Complicaciones de la diabetes, recuperado el 14 de enero de 2011 de:

www.lilly.es/prensa/medica/diabetes/archivo/04.complicaciones.d.pdf)

Los mejores factores de predicción del desarrollo de retinopatía son la duración de la DM, el control de la glucemia, y también la hipertensión. Se encuentra retinopatía no proliferativa prácticamente en todos los individuos que ha sufrido DM durante más de 20 años.

NEUROPATÍA DIABÉTICA

La neuropatía diabética, que puede ser de dos tipos: neuropatía periférica y neuropatía autónoma. La neuropatía periférica afecta a los nervios de sus extremidades (fundamentalmente la zona más distal de las piernas) y entre los síntomas más frecuentes que conlleva se encuentran el entumecimiento, adormecimiento y hormigueo en los pies, así como la pérdida de la sensibilidad.

Tal es así, que una persona afectada de este problema puede llegar a no sentir dolor cuando se hace una herida. Si la neuropatía es lo suficientemente severa, las infecciones de las extremidades inferiores pueden conducir a la muerte de los tejidos y

ser necesaria una amputación quirúrgica. El tratamiento precoz de los problemas de los pies evitará la necesidad de cirugía y evitará la necesidad final de amputación.

La neuropatía autónoma afecta al sistema nervioso autónomo. Las alteraciones a este nivel dan lugar a una serie de anormalidades en algunos órganos que son controlados por dicho sistema, como dificultad para vaciar el estómago, con los consiguientes problemas en el proceso digestivo, o dificultad para vaciar la vejiga, que causa retenciones urinarias. Finalmente, en ocasiones se produce dificultad para tener o mantener una erección.

NEFROPATÍA

Harrison, Lazcano, Kasper, y Jam. (2009). comenta que:

Dentro de las complicaciones microvasculares, se encuentra por último, la nefropatía o enfermedad del riñón. “Para encontrar “señales” de un posible daño renal, se realizan diversas determinaciones de laboratorio, como son las de creatinina, las de albúmina o de proteínas en la orina y las de cociente de albúmina y creatinina en la orina. Si el daño renal progresa, aparece la enfermedad renal avanzada que requiere diálisis o trasplante de riñón. La afectación renal puede contribuir también a la aparición de hipertensión. (p.22)

2.6. FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE LA DIABETES

Existe una cantidad considerable de información con respecto a los factores que son responsables del desarrollo de la DM2, Se cree que ocurre en personas predispuestas genéticamente que están expuestas a una serie de factores ambientales que precipitan ala aparición de la enfermedad clínica.

Comportamiento y estilo de vida; la obesidad, la inactividad física, dieta, estrés, occidentalización, urbanización, modernización.

Determinantes metabólicos; Intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina

Factores Genéticos. Historia familiar, Genes ahorradores, Marcadores genéticos. Ciertos grupos étnicos parecen estar expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afroamericanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.

Características Demográficas. Sexo, edad. Origen étnico

El sexo, la edad y grupo étnico son factores importantes para determinar el desarrollo de DM2

El trastorno es más común en las mujeres, la mayor prevalencia se encuentra en ciertos grupos raciales y étnicos. DM2 ha sido vista en el pasado como un trastorno de la vejez, y lo sigue siendo hoy en día. Sin embargo, una tendencia preocupante ha quedado de manifiesto en el que la prevalencia de obesidad y DM2 en niños está aumentando de forma espectacular. En el pasado, se creía que la gran mayoría de los niños con diabetes tenía diabetes tipo 1 (DM1), y sólo el 1% al 2% de los niños diabéticos se considera que tienen formas raras DM2 u otro tipo de diabetes.

Edad. Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo 2, pero a manera que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo 2. El promedio de edad al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2 es más bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes.

Sexo. A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres México americanas (10.9%), que en los hombres mexicanoamericanos (7.7%).

Raza. Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico.

Obesidad. Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica indican que los individuos obesos tienen por lo menos 5 veces más riesgo de desarrollar diabetes que las personas con peso normal. Las personas con una historia familiar de diabetes (ambos padres con diabetes tipo 2) se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal que los que no tiene historia familiar de diabetes tipo 2. (Merk, Sharp y Dohme, 2010, Factores de riesgo, recuperado el 16 de enero del 2011 de: <http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/diabetes/factores.html>)

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intraabdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm.

Inactividad Física. La actividad física disminuye el riesgo de presentar diabetes tipo 2. La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana está asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2, y los beneficios son mayores en aquellas personas con alto riesgo de diabetes tipo 2, por ejemplo aquellos que son obesos, hipertensos (con elevación de la Presión Arterial) o que tengan una historia familiar de diabetes.

Dieta. La pobre ingesta de calorías durante las guerras, por la escasez de alimentos ha sido asociada con una disminución de la frecuencia de diabetes. Además de la ingesta de calorías, los componentes de la alimentación tales como hidratos de carbono y grasas son factores que influyen en el incremento de peso y desarrollo de diabetes tipo 2. Una alimentación alta en grasas está asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo.

Urbanización. Ciertos cambios en el estilo de vida en grupo de población susceptible, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es generalmente relacionada a grandes cambios en el estilo de vida, como son la alimentación, la actividad física, así como un incremento en la obesidad, la cual puede incrementar el riesgo de intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2.

El consumo de alimentos con alto contenido de energía como son las grasas y los carbohidratos simples sustituyen a los alimentos tradicionales como las leguminosas y los vegetales. Menor actividad física es otro elemento de las áreas urbanas y aunado al mayor consumo de alimentos de escaso valor nutricional trae como consecuencia obesidad y una mayor susceptibilidad a diabetes tipo 2.

2.7. TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Existen diversos pilares dentro del tratamiento de la DM, en la Norma oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, se menciona la, educación, instrucción nutricional, ejercicio físico y medicamentos, cada uno de ellos tiene la finalidad de mantener un control metabólico en el paciente, así] como prevenir complicaciones tempranas y con ello otorgar una mejor calidad de vida a los paciente. El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por complicaciones.

MEDIDAS GENERALES

La hiperglucemia persistente es el fenómeno central en todas las formas de DM. El tratamiento debe estar encaminado a descender los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad siempre que sea posible. Con ello perseguimos:

1. Evitar descompensaciones agudas, cetoacidosis o Síndrome hiperosmolar.

2. Aliviar los síntomas cardinales (poliuria /polidipsia / astenia / pérdida de peso con polifagia).
3. Minimizar el riesgo de desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía y/o neuropatía diabética.
4. Evitar las hipoglucemias
5. Mejorar el perfil lipídico de los pacientes.
6. Disminuir la mortalidad

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA. En muchos casos, conseguir niveles de glucemia óptimos requiere un programa de entrenamiento por parte del paciente en el control de su enfermedad, basado en determinaciones frecuentes de glucemia capilar, consejo nutricional, práctica regular de vida, instrucción para prevenir y tratar las hipoglucemias y evaluación periódica de los resultados obtenidos.

Dar a conocer al paciente los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social mediante la información y motivación, se considera la medida de más impacto para disminuir las complicaciones de la enfermedad. La unidad de educación diabetológica debe estar idealmente constituida por un médico especialista, una enfermera educadora en diabetes y una dietista, con eventual participación de una trabajadora social y un psicólogo. El equipo mínimo de enseñanza deberá estar formado por un médico y una enfermera educadora que pueden hacerse cargo, en el ámbito de la asistencia primaria, de la mayoría de los casos de diabetes tipo 2.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES. El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única

intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia postprandial. Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas. En el diabético tipo 1 la dieta se mostrará de una forma positiva, haciéndole ver que no tendrá que modificar la mayoría de sus hábitos alimentarios. En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar. En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible una mayor flexibilidad. Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que ante síntomas típicos de hipoglucemia debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos.

Ejercicio. En la DM 1 el ejercicio, más que como una forma de tratamiento, debe ser visto como una actividad que proporcione al diabético la misma diversión y beneficios que al individuo no diabético, y que va a modular las acciones de la dieta y de la insulina. El ejercicio físico puede aumentar el riesgo de hipoglucemia.

aguda y diferida, por lo que el paciente debe modificar oportunamente su dieta y dosis de insulina cuando se disponga a realizarlo o lo haya finalizado, teniendo en cuenta la intensidad y duración del mismo, así como su glucemia. En la DM2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial. Se recomienda comenzar con ejercicios moderados como caminar o pedalear en bicicleta estática y posteriormente incrementar la intensidad. Es importante para mejorar la sensibilidad a la insulina que el ejercicio se realice al menos 3 ó 4 días por semana.

2.8. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y EFECTOS SECUNDARIOS

Para el tratamiento farmacológico de la DM se dispone de *insulina* en sus distintas presentaciones y de antidiabéticos orales. De estos últimos actualmente en el mercado español se comercializan sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa, la repaglinida y, en un futuro próximo, las tiazolidinedionas.

a) ANTIDIABÉTICOS ORALES

Las Sulfonilurea se empezaron en los años cincuenta y aun siguen siendo efectivas para en tratamiento de la DM.

Una primera generación de estas drogas incluye la clorpropamida y la tolbutamida (actualmente no disponible en el mercado. Las SU de segunda generación son la glibenclamida o gliburida, gliclazida, glipizida y glimepirida y presentan una mayor potencia farmacológica y un mayor perfil de seguridad.

Su mecanismo de acción primario es estimular la secreción de insulina por la célula beta pancreática. Dicho receptor forma parte del canal de potasio ATP dependientes por lo que se produce su cierre; esta situación lleva finalmente a un incremento en la secreción de insulina con el consiguiente aumento de sus niveles plasmáticos. Como consecuencia de esto, se incrementa la insulinemia y disminuye la glucemia en ayunas, sin afectar significativamente la glucemia en el período post-prandial. Tampoco estimulan la síntesis de insulina (a diferencia de las incretina).

Las Sulfonilurea. Las sulfonilureas estimulan el páncreas para que libere más insulina. Cerca de un 4% de las sulfonilureas de primera generación producen reacciones desfavorables, los cuales son menos frecuentes con las de segunda generación. El efecto adverso más frecuente es hipoglucemia que puede producir coma, en el anciano se prefiere una sulfonilurea de acción más breve como tolbutamida, una urgencia neurológica, especialmente frecuente en pacientes con alteraciones en la función hepática o renal. (Wikipedia enciclopedia libre, 2002, tratamiento farmacológico de diabetes, recuperado el 18 de febrero del 2011 de: <http://es.wikipedia.org/wiki/sulfonilurea>

PRINCIPIO ACTIVO: Glibenclamida puede causar; bajos niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia), dolor estomacal, erupciones en la piel, prurito, incremento de peso.

Biguanidas

Las biguanidas actúan fundamentalmente a dos niveles: en el músculo, aumentando la entrada de glucosa a las células, y en el hígado, disminuyendo la producción de glucosa al disminuir la neoglucogénesis, la glucogenolisis o ambas. Por otra parte parecen tener un efecto anorexígeno, contribuyendo a la disminución de peso en los obesos. Los efectos secundarios más frecuentes se producen a nivel gastrointestinal, pudiendo ocasionar, sobre todo al inicio del tratamiento, diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos y, con menor frecuencia, alteraciones del gusto o mala absorción de la vitamina B12. El principal riesgo de las biguanidas es la posibilidad de que produzcan una acidosis láctica que puede llegar a ser mortal.

Murtagh (2007) menciona que:

La Biguanidas. La metformina es representativa de esta clase de fármacos, por lo común se reservan para obesos, reducen el nivel de glucosa en la sangre ya que disminuyen la formación de glucosa del hígado, ayudan a que la glucosa sea absorbida por el músculo, y hacen más sensible a la acción de la insulina. (p.194)

PRINCIPIO ACTIVO: metformina puede causar; Náuseas, acidez y malestares estomacales, diarrea o estreñimiento, flatulencias, tos, problemas para respirar, dolores de cabeza o musculares, estornudos y goteo nasal, enrojecimiento cutáneo, erupción, dolores en el pecho.

Tiazolidinedionas. Introducidas en el mercado en 1997, la primera de ellas fue a troglitazona. Fue retirada del mercado por reacciones hepáticas graves de tipo idiosincrático.

Actúa a nivel muscular y hepático disminuyendo la resistencia a la insulina y, en menor medida, disminuyendo la producción hepática de glucosa. El inicio de acción de la troglitazona es muy lento. Se absorbe mal si se ingiere con el estómago vacío, por lo que debe administrarse en las comidas principales. El efecto de disminución de la resistencia periférica a la insulina es más potente que el de las biguanidas, y aparece a dosis menores que el de disminución de la producción hepática de glucosa. Los efectos secundarios de la troglitazona son raros, habiéndose descrito aumento de peso, retención de líquidos y hemodilución. Se ha descrito un efecto idiosincrático con una incidencia de 1/60000 consistente en fallo hepático severo que puede llevar a la muerte, por lo que se recomienda vigilar las transaminasas periódicamente, de forma más frecuente al inicio del tratamiento (8). Por este motivo está contraindicado en pacientes con elevación de enzimas hepáticas superior a tres veces el límite alto de la normalidad.

PRINCIPIO ACTIVO: La Pioglitazona y rosiglitazona pueden causar; Anemia, aumento de peso, hinchazón en piernas y tobillos.

a) OTROS FARMACOS

La *repaglinida* es un nuevo antidiabético oral que representa una nueva entidad estructural en este tipo de fármacos denominada meglitinidas aunque su mecanismo de acción es similar al de las sulfonilureas. Su indicación aprobada es en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente-DMNID) en pacientes cuya

hiperglucemia no se controla con dieta, ejercicio y reducción de peso o los tratados con metformina como tratamiento coadyuvante cuando no ha resultado eficaz el tratamiento sólo con metformina. Estos pueden causar hipoglucemia, efectos en vías gastrointestinales.

Inhibidores de la alpha-glucosidasa. La única disponible en la Argentina es la acarbosa. La enzima inhibida se encuentra en el ribete en cepillo del intestino proximal, y es la encargada de desdoblar disacáridos y polisacáridos. Retrasa así la absorción gastrointestinal de los hidratos de carbono y reduce la absorción glucémica post prandial. Su efectividad es menor que la de otros hipoglucemiantes orales. Por su mecanismo de acción no produce hipoglucemias cuando es utilizada como monoterapia. Los efectos colaterales más frecuentes son flatulencia, dispepsia y diarrea. Puede utilizarse sola o en combinación.

Inhibidores de la alpha-glucosidasa. Actúan inhibiendo las alfa-glucosidasas intestinales (maltasas, sacarasas, dextrinasas, glucoamilasas) presentes en las vellosidades intestinales, que son las enzimas que actúan en el desdoblamiento de la sacarosa, maltosa y otros oligosacáridos en monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa). El resultado es una demora en la digestión de los hidratos de carbono con reducción de los picos glucémicos postprandiales. También actúan disminuyendo la secreción de polipéptidos intestinales. Sus efectos secundarios son: Alteraciones gastrointestinales.

PRINCIPIO ACTIVO: Acarbosa y miglitol puede causar; Flatulencia (77%), diarreas (33%), dolor abdominal (21%), náuseas y vómitos.

Los problemas gastrointestinales son el principal efecto secundario y ocurren en el 30% de los pacientes tratados. Se han descrito movilización de transaminasas cuando se utilizan a dosis máxima.

b) INSULINAS

La insulina debe emplearse siempre en el tratamiento de la DM1, y en un número importante de diabéticos tipo 2, desde que comenzara a usarse en humanos en los años veinte. Es una proteína de 51 aminoácidos encuadrados en dos cadenas que hoy se obtiene por ingeniería genética. Existen diferentes preparados comerciales que se diferencian en las sustancias añadidas con objeto de modificar sus características farmacocinéticas.

Tipo de insulina	Inicio	Efecto máximo	Duración máxima
Acción ultracorta			
Lispro	5 – 15 minutos	30 – 90 minutos	2 – 4 horas
Aspart	10 – 20 minutos	1 – 3 horas	3 – 5 horas
Glulisina	10 – 20 minutos	1 – 2 horas	3 – 4 horas
Acción Corta			
Corriente o regular	30 – 60 minutos	2 – 4 horas	4 – 8 horas
Acción intermedia			
NPH		4 – 10 horas	10 – 14 horas
Lenta	2 – 4 horas	4 – 10 horas	10 – 14 horas
Detemir	2 – 4 horas	8 – 10 horas	14 – 20 horas
Acción Larga	2 – 3 horas		
Ultralenta		8 – 20 horas	24 – 28 horas
Glargina	4 – 6 horas	No tiene pico de acción	18 - 24 horas
	4 – 6 horas		

Cuadro 3

2.9. DATOS ESTADISTICOS SOBRE LA DIABETES

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la forma predominante de diabetes en todo el mundo, representando el 90% de los casos a nivel mundial, una epidemia de DM2 está en marcha en los países desarrollados y en desarrollo. A nivel mundial, el número de personas con diabetes se espera que aumente a partir de la estimación actual de 285 millones en 2010 a 438 millones en 2030, ambas cifras considerablemente superiores a las estimaciones, incluso recientes. DM2 se ha convertido en uno de los problemas más importantes del mundo de la salud pública.

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general.

“A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes” (Ramírez. 2007. Principales causas de mortalidad en México. Recuperado el 16 de agosto 2011 de:<http://www.afomsalud/index.php/2007/03/17primera-causas-de-mortalida-en-mexico>).

Los datos estadísticos informan que el estado actual en que se encuentra nuestra población con respecto a la obesidad y diabetes. En México iban a existir alrededor 2.18 millones de personas con diabetes tipo 2; sin embargo en un estudio realizado por

el Instituto de Salud Pública arrojo datos mayores a estos se encontró un 3.65 millones de mexicanos con diabetes tipo 2.

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Epidemiología, (2006) Las principales causas de mortalidad hospitalaria en México en el 2006 fue:

La diabetes mellitus con el 13.2% de un total de 120,552 defunciones, de las cuales 11.3% son hombres de un total de 63,373 defunciones y el 15.4% son mujeres de un total de 57,120 defunciones. Y en el Distrito Federal la mortalidad hospitalaria fue del 11.7% de un total de 10,346 defunciones y en mujeres fue de 10.37% de un total de 10,076 defunciones. (p. 289-378)

De acuerdo a los siguientes cuadros en el 2007 las primeras diez causas muerte hombres y mujeres en México fueron: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, tumor maligno de la mama, desnutrición calórica proteica, tumor maligno del cuello del útero, accidentes de vehículo de motor (tránsito), agresiones (homicidios), causas mal definidas, las demás causas. (Sistema nacional de información, 2007, mortalidad en México, modificado el 1 de julio del 2001 de: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>).



Figura 11

La diabetes mellitus representa la principal causa de muerte en ambos sexos, por cada 100 fallecimientos femeninos 19 corresponden a esta enfermedad, en los varones es de 18 de cada 100; le sigue el infarto agudo del miocardio en donde la proporción para hombres y mujeres es la misma; las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas ocupan la tercera posición con 5 y 4 decesos por cada 100 hombres y mujeres, respectivamente; estos tres padecimientos en conjunto agrupan 37.4 y 37.1% de las defunciones en la población masculina y femenina de 60 y más años.

Debido al alto índice de personas diabetéticas en México, esta enfermedad se ha considerado como un problema de Salud Pública.

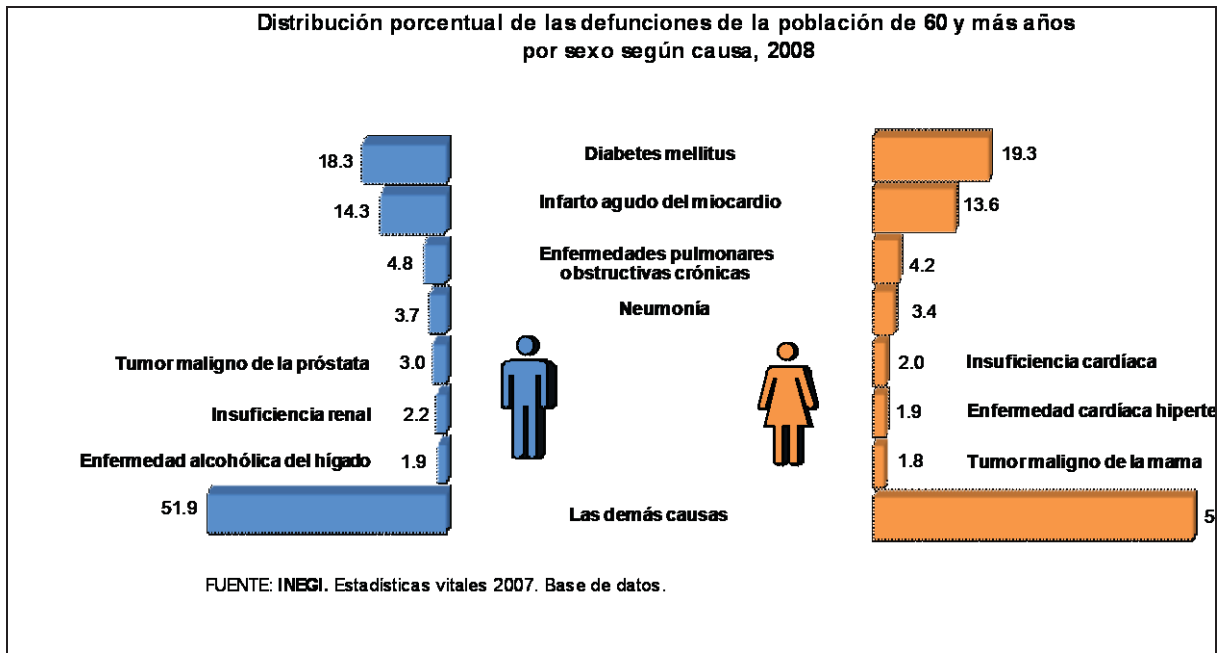


Figura 12

Este cuadro nos muestra las tasas de mortalidad de la población de más de 60 años por sexo y causa, registrados en el 2008.

La norma oficial mexicana nos aloja datos estadísticos acerca de la diabetes el cual dice:

En México alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene.

Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas.

La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones retinopatía o insuficiencia renal. Y que además es uno de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

En Distrito Federal las principales causas de mortalidad son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado, accidentes, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, insuficiencia renal y agresiones. Con respecto a la diabetes mellitus en el 2000 se registraron 6441, muertes y en el 2007 se registraron 8547 muertes de las cuales 4379 son mujeres y 4168 son hombres, lo que indica que esta enfermedad va en aumento. (Secretaria de Salud, 1990-2007, Mortalidad distrito federal 17 de agosto del 2011)

De acuerdo con el registro de vigilancia epidemiológica entre el 2003 y 2008 se registro que las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor en el Distrito Federal son: la diabetes mellitus (18.9%); infarto agudo del miocardio (13.9%); enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (4.5%) y neumonía (3.6%), que en conjunto fueron causa del 40.9 % de las defunciones.

“En el 2001, las tres causas de muerte más frecuentes en la población de Milpa Alta son: diabetes mellitus, con una tasa de 72.6 defunciones por cada cien mil habitantes; enfermedades del corazón (62.8) y tumores malignos (45.5)”. (Consejo nacional de población. 2000. Mortalidad del distrito federal 1990-2007. Recuperado 18 de agosto 2011 de: www.copo.df.gob.mx/publicaciones/milpaalta.pdf)

Santa Ana Tlacotenco es una comunidad que presenta casos de diabetes aunque no existen datos exactos sobre esta enfermedad. Sin embargo en el 2005, el Instituto de Educación Media Superior aplicó 95 encuestas a personas diabéticas en la comunidad de Santa Ana Tlacotenco, en el periodo comprendido de enero a junio del 2005, para conocer los factores de riesgos que originan la diabetes y los datos obtenidos fueron los

siguientes, el 51% que padecen diabetes son hombres y el 49% son mujeres, y el tipo de diabetes que prevalece es la de tipo dos. Debido al alto índice de personas diabéticas y a las muertes que se han registrado en México esta enfermedad es considerada como un problema de Salud Pública.

2.10 DATOS HISTORICOS SOBRE LA ENFERMEDAD EN SANTA ANA TLACOTENCO.

De enero a junio del 2005 profesores y estudiantes del Instituto de Educación Media Superior, (IEMS) Emiliano Zapata realizaron una investigación en Santa Ana Tlacotenco para tratar de conocer e identificar los factores que originan la diabetes en este lugar. Dicho trabajo consistió en la elaboración y aplicación de una encuesta, después de que se conoció la información necesaria de la diabetes. La encuesta realizada contiene 46 reactivos estructurada de la siguiente manera.

I DATOS PERSONALES. Que contiene información sobre la persona y su enfermedad como; desde cuando padece esta enfermedad, de que tipo es entre otras.

II. ASPECTOS GENERALES. En esta parte se abarcan preguntas para conocer si la población de Santa Ana Tlacotenco está informada y que tanto conoce de esta enfermedad.

III. FACTORES GENETICOS. Esta sección es la más importante de la encuesta ya que por medio de estas preguntas, conoceremos algunos posibles factores que originan la diabetes en Santa Ana Tlacotenco.

IV. FACTORES ALIMENTICIOS. Es la última parte y es el complemento de la anterior porque por medio de dichas preguntas conoceremos cuales han sido los hábitos alimenticios antes y después de la enfermedad.

La aplicación de la encuesta se llevó acabo con personas que presentan la enfermedad en el poblado de Santa Ana Tlacotenco, con la ayuda de algunos compañeros de la preparatoria. (Ver anexo)

RESULTADO DE LA INVESTIGACION

Se aplicaron sólo 95 encuesta, ya que no hubo apoyo por parte del Centro de Salud y por la poca disposición de la gente, en algunos casos la gente accedía a contestar la encuesta si se le otorgaba algún tipo de apoyo como despensas, dinero, o entrar a algún programa de gobierno.

DATOS GENERALES

Entre los datos obtenidos por las encuestas aplicadas, se puede mencionar que la diabetes es una enfermedad que se presenta en un 23% en personas de 31-40 años. Y el 22% en personas de 51-60 años, es decir en la es decir en la etapa adulta. De acuerdo con el punto 2.9 antes mencionados podemos observar que la población más afectada por esta enfermedad es la población y así lo demuestra la siguiente gráfica.

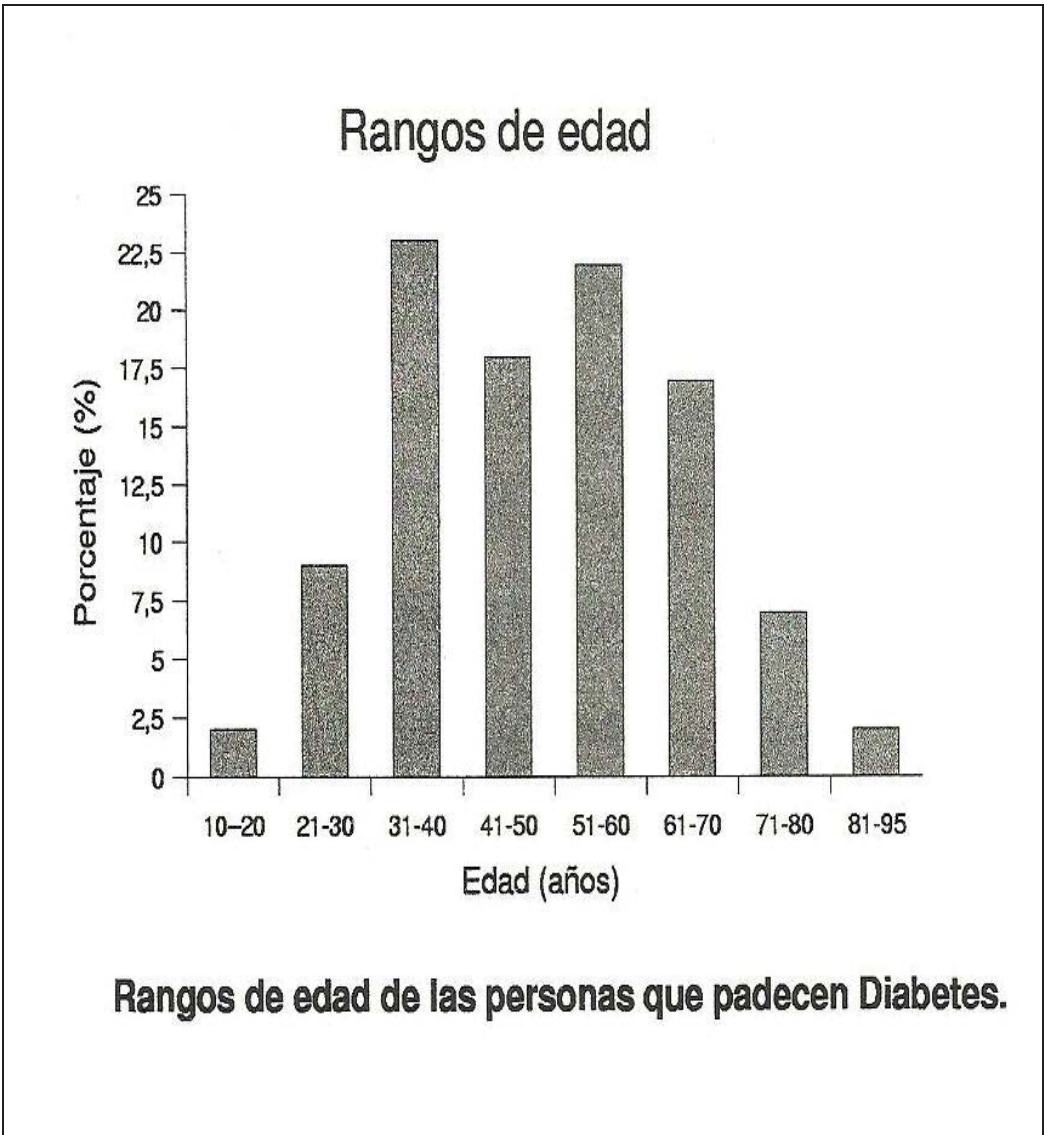


Figura 13

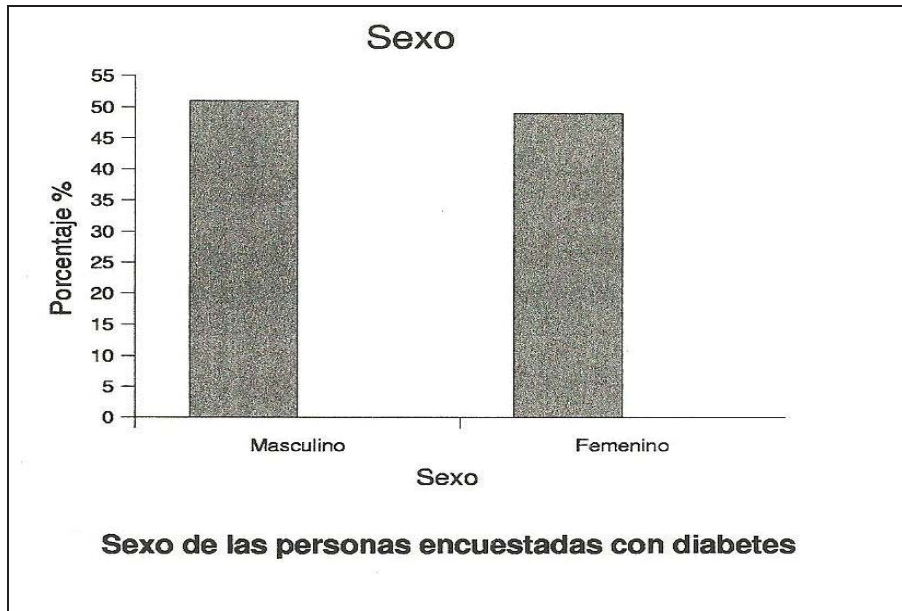


Figura 14

Se presenta el 51% en hombres y el 49% en mujeres lo que quiere decir que esta enfermedad afecta a ambos sexos, en la población consultada (campesinos, profesionistas, obreros, amas de casa etc.) Como podemos observar estas graficas muestran que la población afectada, por esta enfermedad son de sexo masculino y el punto 2.9 encontramos que este problema se presenta principalmente en mujeres.

Como dato importante en la aplicación de las encuestas, es que la mayoría de la personas no contestaron cuanto pesaban y la estatura, porque no lo sabían o porque no se acordaban de esto, que se considera para tratar de identificar si se tenía algún problema relacionado con la obesidad (Índice de masa corporal).

Con respecto al tipo de diabetes que presentan los pobladores de Santa Ana Tlacotenco la de tipo 2 tiene un índice del 40%, en 23% la de tipo 1 y en un 37% no lo saben. La grafica indica el tiempo de padecer la enfermedad. El 51% tiene entre 2-5 años y el 33% entre 6-10 años con este mal.



Figura 15

Así mismo el 71% no utilizan insulina para controlarse y el 29% utilizan la insulina como método de control.

Entre los síntomas que presenta una persona con diabetes el 28% presenta un síntoma, que puede ser sed, pérdida de peso, frecuencia urinaria, sequedad en la boca, fatiga y nauseas, el 29% dos síntomas, y el 32% con tres síntomas, el 11% entre 4 y 5 síntomas que pueden ser los que mencionamos anteriormente, esto quiere decir que las personas presentan los síntomas característicos de esta enfermedad. De acuerdo con el punto 2.4. Observamos que los síntomas que puede presentar una persona con

diabetes tipo 1 o tipo 2 son polidipsia (aumento de sed), pérdida de peso, poliuria, (aumento de la micción), Como se observa en la siguiente gráfica.

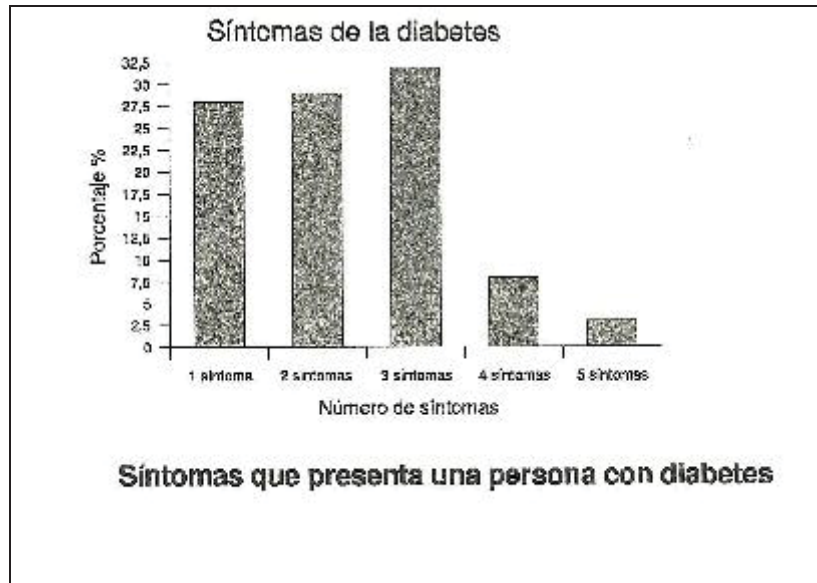


Figura 16

De las personas que tienen este padecimiento el 35% acuden al médico cada seis meses, y el 34% cada mes y el resto cuando se sienten mal.

Las personas encuestadas contestaron que el 61% no presentan problemas visuales, mientras que el 39% presentan este problema, pero se entiende porque esta enfermedad es muy reciente en las personas como se pudo observar en las graficas anteriores. El 58% de la población encuestada no presenta ningún problema de esta índole en sus aparatos o sistemas, el 35% problemas visuales y el 5% presenta problemas del riñón. Según la investigación documental realizada anteriormente observamos que los principales problemas que se presentan son: Nefropatía,

Neuropatía, etc. Sin embargo en estos resultados no se alcanzan a visualizar por que como se menciona antes la enfermedad es muy reciente en las personas.

Entre los problemas encontrados en la aplicación de la encuesta esta la presión arterial con un 47% con este problema y el 48% no la padecen, entre los afectados esta el 77% con presión alta y el 23% con presión baja. Esto la muestran la siguiente gráfica.

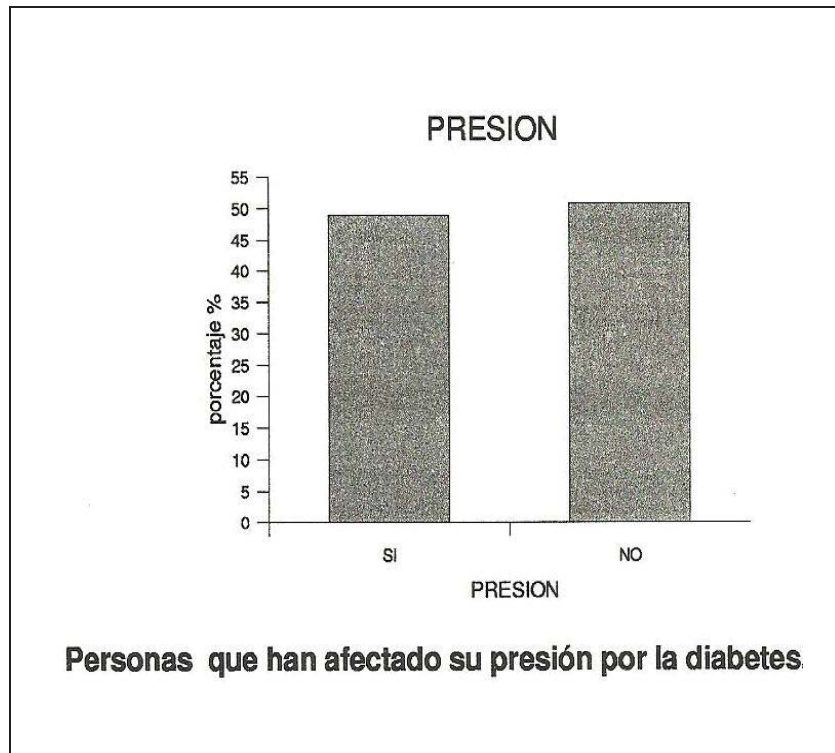


Figura 17



Figura 18

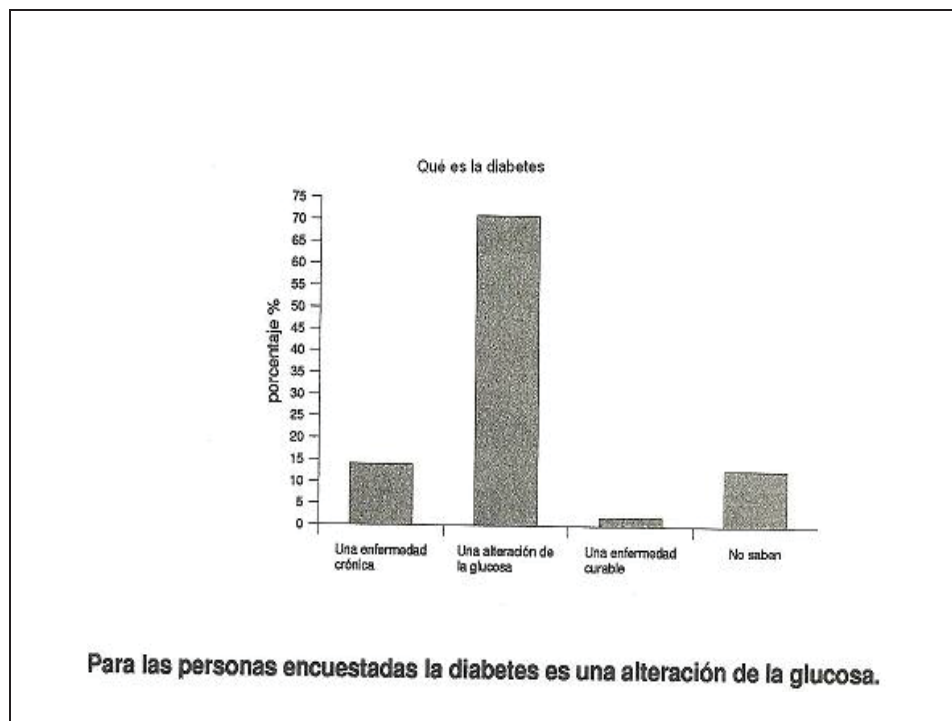


Figura 19

ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES

De las personas encuestadas se obtuvo que el 71% saben que la diabetes es una alteración de la glucosa, el 14% que es una enfermedad crónica, el 13% no saben y el 2% saben que esta enfermedad es curable. Con respecto a la insulina el 66% lo define como una hormona que degrada la glucosa, el 25% no saben y el 7% lo definen como un antibiótico. Con estos datos podemos afirmar que la población encuestada sabe que es la diabetes o que por lo menos tienen conocimientos básicos e información de esta enfermedad. De acuerdo con la información recabada en el punto 2.1 y con los datos que nos arrojan esta graficas podemos decir que la población no sabe que es una enfermedad crónica, sin embargo, la gráfica muestra que sabe que es una alteración de la glucosa.

Sobre los métodos de control se tiene que el 67% afirman que conocen otros métodos de control, dentro de los que se encuentran la insulina, hierbas medicinales y comprimidos (hipoglucemiantes orales) y los podemos observar en la siguiente gráfica. Dentro de los métodos de control que está utilizando la población de Santana Tlacotenco se encuentra la insulina y los comprimidos orales que forman parte del tratamiento farmacológico que se investigo en el punto 2.8.

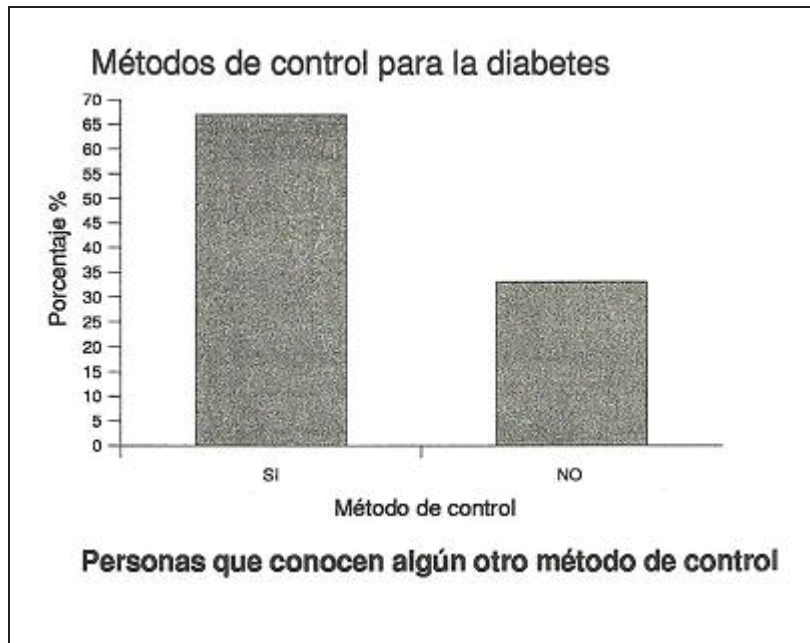


Figura 20

Así mismo el 55% de los encuestados consideran que es un problema mortal, el 30% consideran que no es un problema. Según estos datos y los recabados en el punto 2.9 esta enfermedad efectivamente es un problema de salud y la principal causa de muerte. Se cree que el 86% de la población afectada por la diabetes es adulta, 9% todos, 4% no saben y el 1% niños.

Entre la población mundial afectada por la diabetes, se observó que el 35% son mexicanos, el 30% americanos, el 5% otros y el 32% no saben lo cual indica que México y en Estados Unidos, son los países más afectados por esta enfermedad.

Como podemos observar la grafica muestra que México es un país afectado por esta enfermedad y lo podemos afirmar con los datos estadísticos encontrados en el punto 2.9.

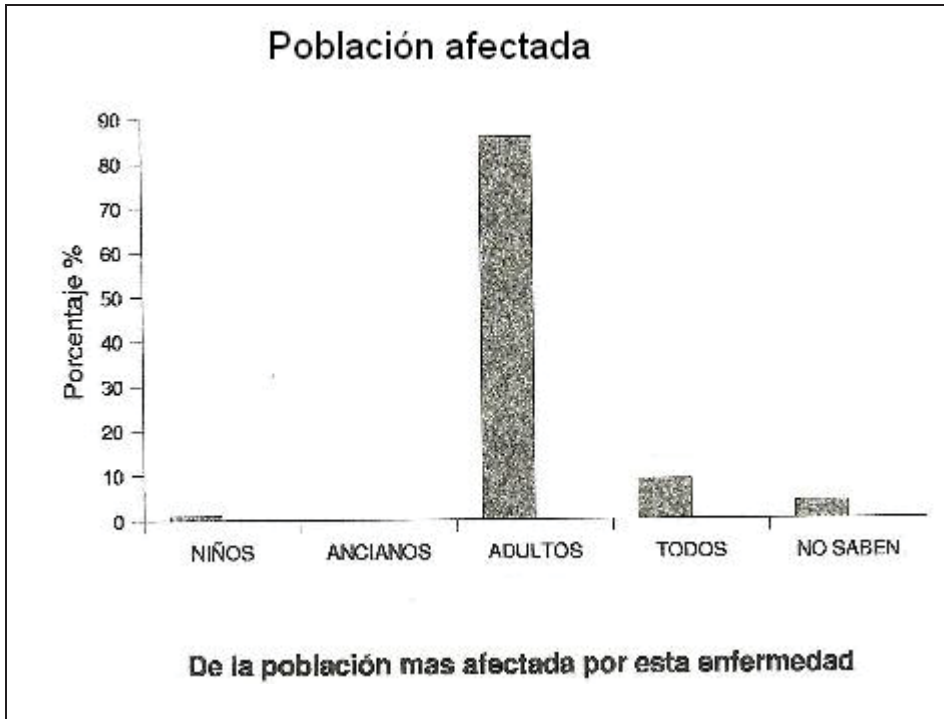


Figura 21

Otro dato importante que ha que señalar de las encuestas aplicadas es que el 97% de la personas consideran que es un problema grave de salud y el 3% comentan que no lo es, en lo personal considero que en Santa Ana Tlacotenco es un problema grave de salud, ya qué esta es solo una pequeña parte de las personas que presentan esta enfermedad. Como se observa en la gráfica.

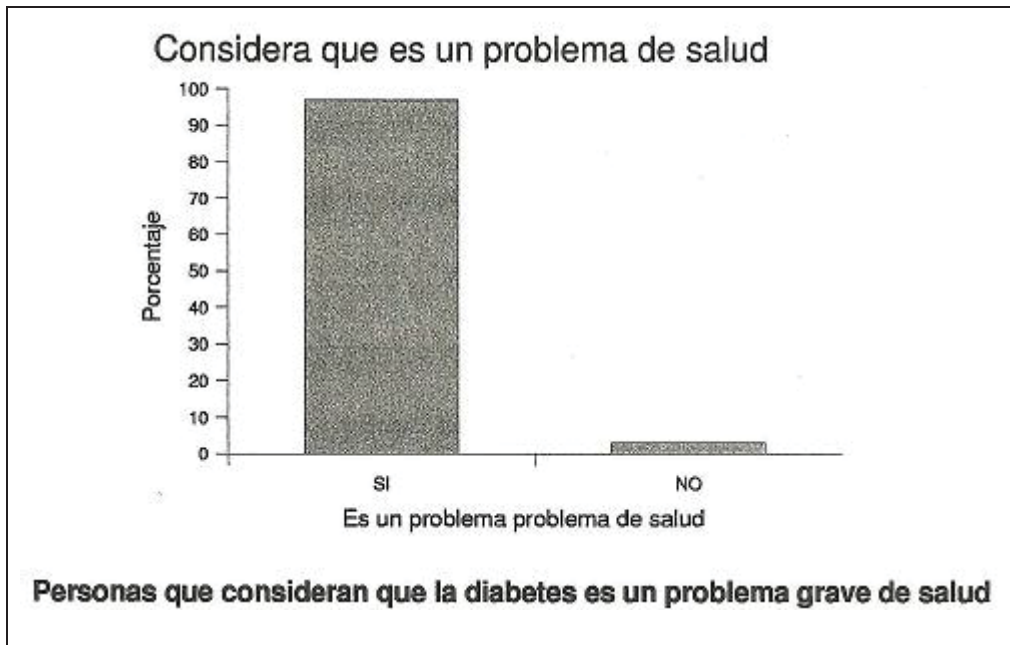


Figura 22

El 84% de la población encuestada no está enterada de que existen programas de prevención y control de la diabetes en su unidad de salud (SSA), el 13% si lo saben porque han asistido, el 3% utilizan otros servicios como ISSSTE, IMSS, Médicos particulares y curanderos. Sin embargo en una entrevista realizada al personal del Centro de salud encontramos que existen dos grupos de ayuda mutua para este tipo de enfermedades y para las personas que así lo requieran.

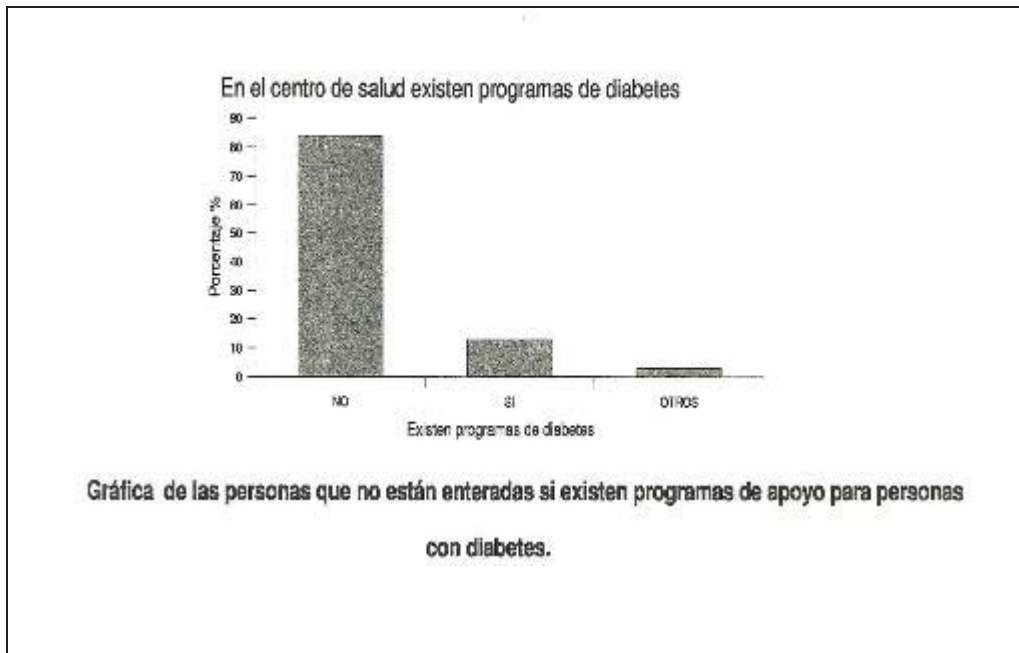


Figura 23

El 89% de la población encuestada no está enterada si en Centro de Salud la insulina tiene algún costo y solo el 11% saben de estos costos porque han asistido al Centro de Salud y además están afiliados a instituciones como IMSS, ISSSTE etc. Un 78% de la población de Santa Ana Tlacotenco no se ha dejado de atender por falta de dinero y como ya se menciono algunas personas cuentan con servicio médico de su unidad de trabajo, el 22% dice que si de ha dejado de atender porque no les alcanza el dinero.

Es de gran importancia señalar que el 96% de las personas encuestadas mostraron interés porque se les brinde información necesaria sobre la diabetes a veces no saben cómo tratarlas y más que nada aceptarla, el 4% no tiene ningún interés porque se le informa sobre esta enfermedad.

FACTORES GENETICOS

De las encuestas que se aplicaron el 58% tiene un familiar con diabetes (abuelos, tíos, padres e hijos, hermanos) y el 40% no tiene ningún familiar. Según datos recabados en el punto 2.6 existe mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad si se tiene algún familiar con este padecimiento.

También se encontró que el 92% de las personas afirman que pueden convertirse en personas con diabetes, aunque no descendan de una familia con antecedentes diabéticos porque consideran que puede desarrollarse por sustos, corajes, alegrías y hábitos de alimentación. El 3% aseguran que no puede desarrollarse por herencia y el 5% no contestaron. Como se muestra en esta grafica la diabetes puede generarse aunque no descendan de familias con este padecimiento como lo muestra el punto 2.6 ya que la edad, peso, el estilo de vida, obesidad, son factores que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad.

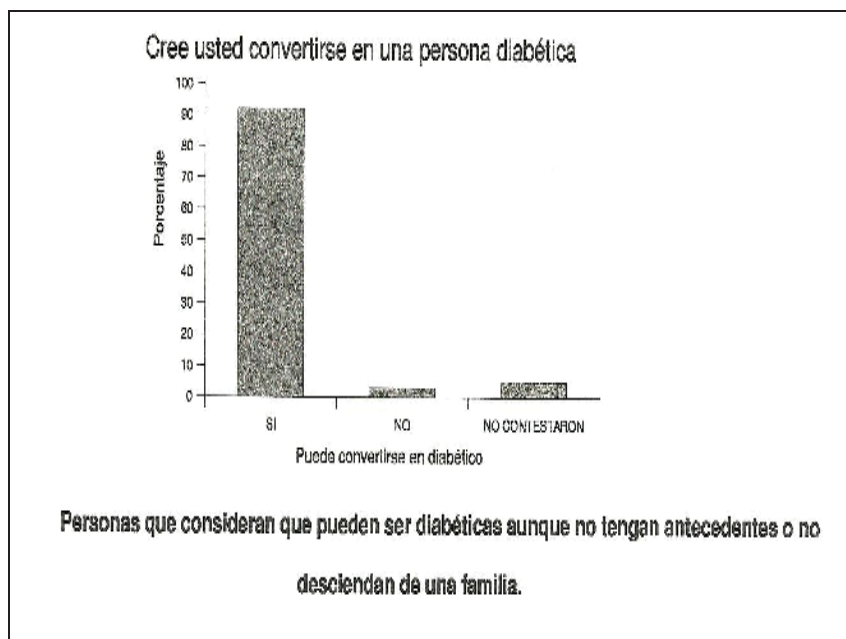


Figura 24

Entre las personas encuestadas se observó que el 79% ha convivido con personas diabéticas porque son sus familiares, amigos u otros y el 21% no han convivido con personas con esta enfermedad.

El 34% de las personas encuestadas comenta que han perdido a un familiar por esta enfermedad, el 62% no han perdido a nadie porque tiene poco con esta enfermedad.

El 85% de las personas comentan que esta enfermedad es hereditaria y el 15% dicen que no porque los factores pueden ser otros y se observa en la siguiente gráfica.

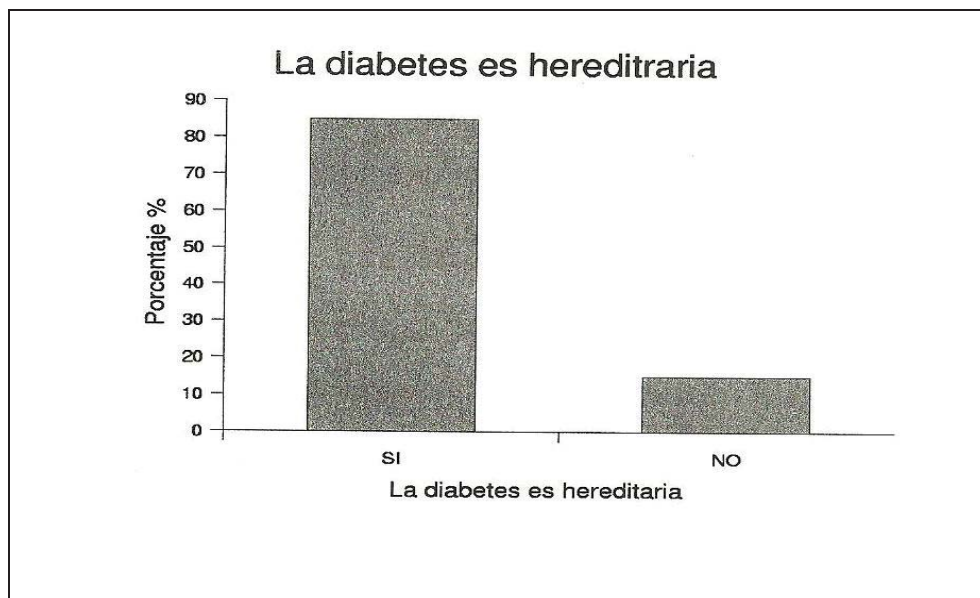


Figura 25

De las personas que se aplicó la encuesta se obtuvo que el 66% no descende de familia con antecedentes diabéticos, y el 31% tienen entre 3 o más familiares con diabetes, el 24% con un familiar y el 41% no contestaron. Según datos arrojados por la encuesta se puede decir que en este poblado la diabetes se ha desarrollado por herencia.

Y como muestra se anexa dos familiogramas de las familias Sánchez Peña y la familia Rodríguez Ramírez, para corroborar que es posible que esta enfermedad se desarrolle por herencia.

El comportamiento de esta enfermedad es impresionante porque el 78% de estas personas se sienten con mal humor cuando el nivel se altera, el 8% se siente con depresión, el 5% estresado y solo el 5% no tienen ningún padecimiento o cambio en cuanto a su comportamiento. Y se puede afirmar con la siguiente gráfica.



Figura 26

FACTORES ALIMENTICIOS

De las encuestas aplicadas se observó que el 96% consumían grasa y el 4% no consumían grasa, el 71% de las grasas que consumían son de origen animal y el 23% de grasa vegetal, lo que indica que en Santa Ana Tlacotenco la alimentación es un factor que origina diabetes. En el punto 2.6 de la presente investigación observamos

que la dieta es un factor de riesgo en la generación de este padecimiento, ya que una alimentación alta en grasas está asociada a la obesidad y la diabetes.

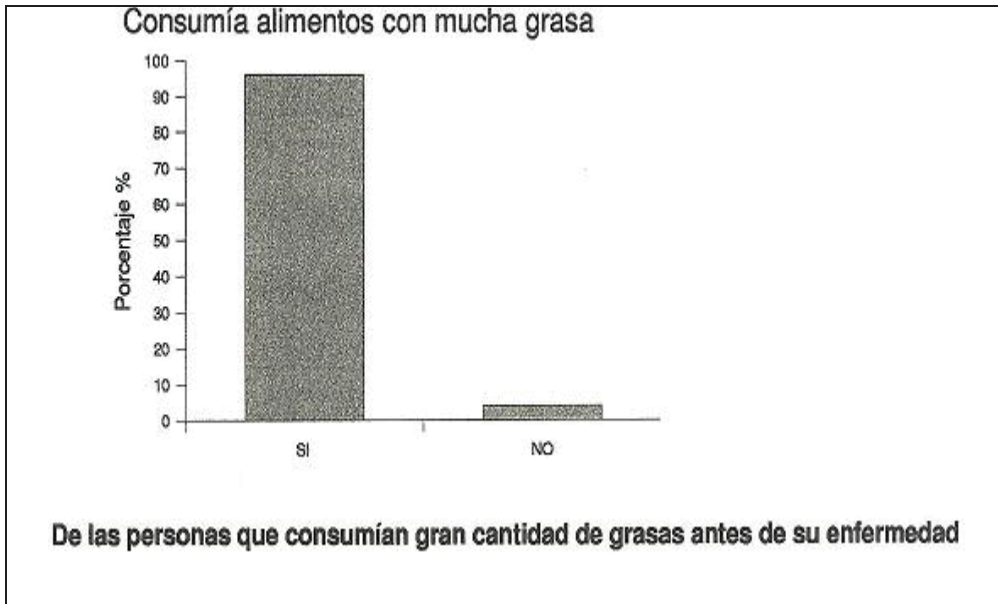


Figura 27

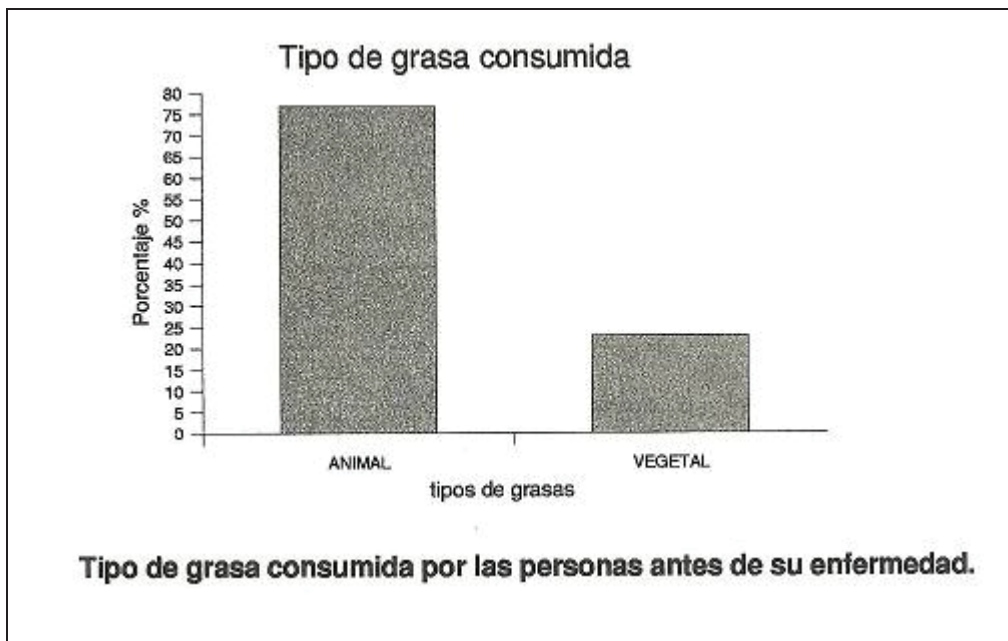


Figura 28

Así mismo el 88% de esta población consumía alimentos altos en azúcar y el 12% no; entre los alimentos que se consumían se encuentran los dulces y refrescos en un 84%,

el 10% galletas y pan dulce, el 3% ninguno de estos productos; la frecuencia con que se consumía va del 72% diariamente, el 21% cada tercer día, el 3% semanalmente y el 4% cada mes. Como observamos en el punto 2.6 de la investigación el estilo de vida es un factor de riesgo para la generación de la diabetes, porque es más fácil comprar galletas dulces refrescos y comida chatarra en vez de preparar los alimentos.

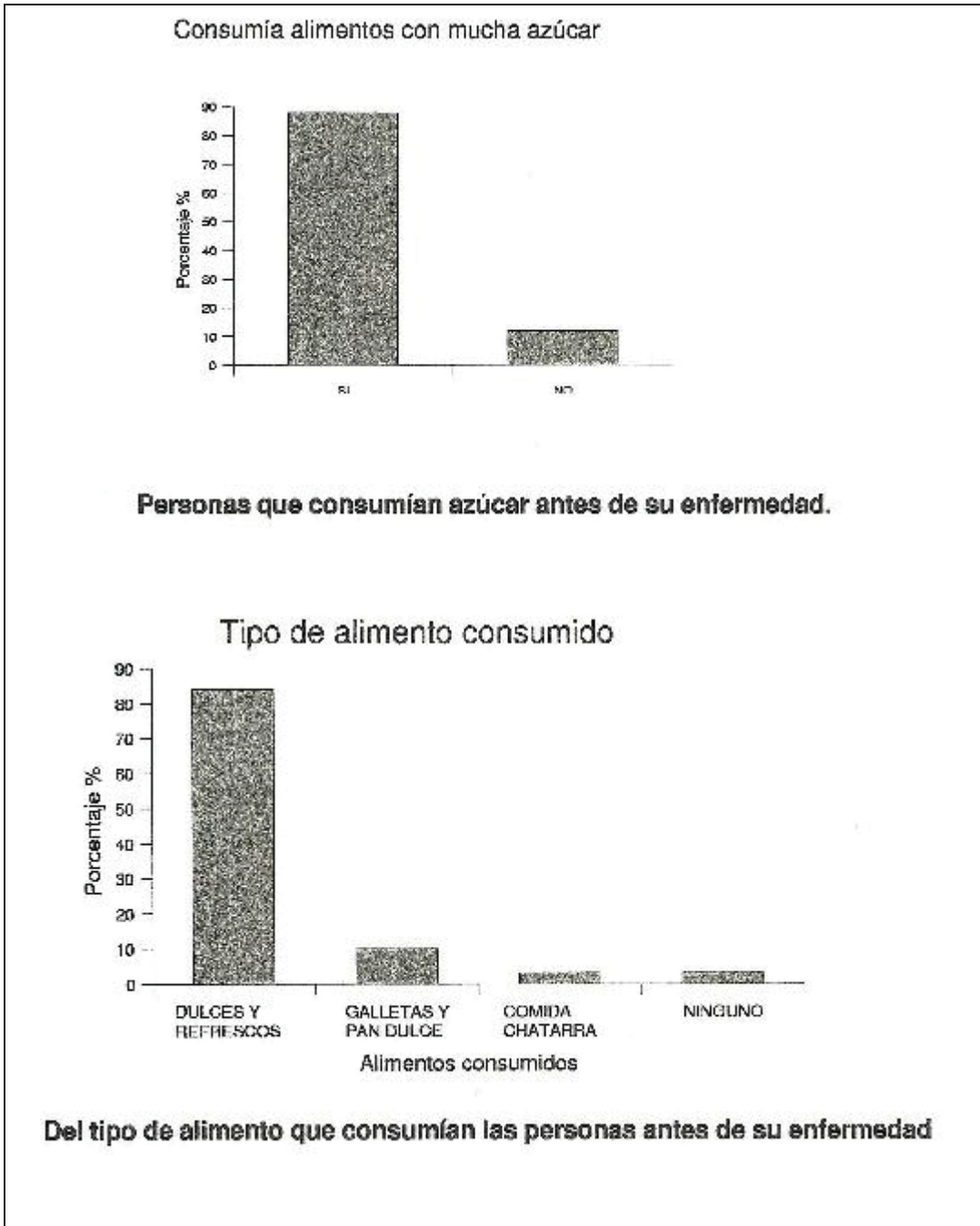


Figura 29

Actualmente el 70% de las personas encuestadas come dos veces por día, el 28% tres veces al día y el 2% solo come una vez.

De la gente observada se observó que el 56% no consume ningún suplemento alimenticio y el 44% se, pero realmente la gente no está enterada de lo que es un suplemento alimenticio ya que la confunden con comida chatarra.

También se observó que de las personas que tienen esta enfermedad el 68% han sufrido cambios en su peso y el 32% no los ha sufrido, el 88% tuvieron una pérdida exagerada y el 12% aumento su peso como lo indican las gráficas.

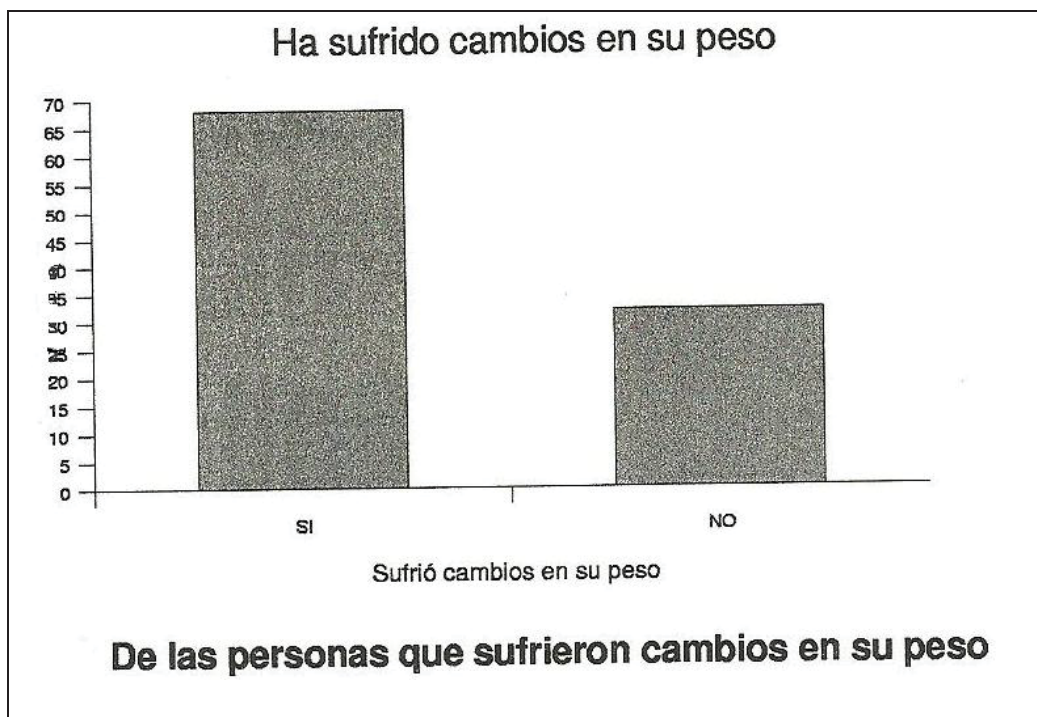


Figura 30

De las personas que se encuestaron el 78% afirmaron que el no hacer ejercicio no influye en esa enfermedad, porque las personas que actualmente la padecen aseguran que el trabajo en el que se desenvolvían realizaban trabajo y el 22% consideran que si influye mucho actualmente de las personas que presentan diabetes el 89% no realiza ningún tipo de ejercicio y solo el 11% realiza ejercicio por indicación de su médico. Otro

dato importante que se conoció de la aplicación de las encuestas es que el 66% no llevan ninguna dieta para controlar su enfermedad y el 34% una dieta baja en azúcar, grasa y pastas. Como observamos en el punto 2.6. Asociado a los factores de riesgo, el consumo de alimento con alto contenido de energía como son las grasas y los carbohidratos simples y no hacer ejercicio constituyen un factor importante en la generación de diabetes y obesidad.

EL 82% de las personas con esta enfermedad consumen bebidas con alto contenido en azúcar, el 18% no consumen azúcar.

De las encuestas que se aplicaron el 83% de las personas consumen bebidas embriagantes en fiestas y de vez en cuando, el 17% no las consume.

Las personas a las que se le aplicó la encuesta el 72% dicen que pueden controlar su enfermedad, mientras que el 28% no son capaces de controlarla el 78% han aprendido a vivir con ella y a no dejarse vencer; el 27 no acepta su enfermedad y es muy difícil que pueda vivir mucho tiempo.

CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

Según los resultados obtenidos por la aplicación de la encuesta hemos llegados a las siguientes conclusiones.

1.- Que en Santa Ana Tlacotenco la población más afectada es la adulta, de ambos sexos entre 30-60 años, el tipo de diabetes que prevalece es la de tipo 2 y el tiempo que tienen de padecerla se encuentra entre 2-10 años, la mayor parte de la población encuestada comenta que no utiliza insulina para controlar el nivel de glucosa, presentan

síntomas de la enfermedad, como la pérdida de peso, frecuencia urinaria y sequedad de la boca, estas personas acuden al médico periódicamente para checar los niveles de glucosa en sangre y en general no presentan ninguna alteración en sus aparatos o sistemas porque es muy reciente la enfermedad en ellos y el problema más frecuente en ellos es la variación de presión arterial (alta).

2.- Que la mayor parte de la población tiene conocimientos básicos sobre los métodos de control. Entre los países más afectados se encuentra E.U. y México, en particular en el poblado de Santa Ana Tlacotenco, esta enfermedad representa un problema grave de salud. La falta de información por parte del centro de salud para dar a conocer los programas de prevención y control de la diabetes, los costos que tienen los medicamentos hacen que la mayor parte de estas personas controlen su enfermedad sin medicamentos.

3.- Que de las personas encuestadas tienen entre uno y tres familiares con esta enfermedad, también piensan que pueden convertirse en personas diabéticas aunque no tengan antecedentes diabetes pues consideran que los sustos, corajes, hábitos de alimentación, son factores que contribuyen al desarrollo de este padecimiento.

4.- Que mayor parte de esta población consumía grasas vegetales de tipo animal y alimento con alto contenido de azúcar, diariamente, actualmente no llevan una dieta, ni alimentación balanceada para el control de esta enfermedad, no realizan ningún ejercicio y toman bebidas con alto contenido de azúcar, es decir que estas personas no se cuidan. Por lo tanto se puede afirmar que en Santa Ana Tlacotenco los factores alimenticios influyen en el desarrollo de este padecimiento. Porque parte de la población encuestada mencionó que toman bebidas con alto contenido de azúcar y

hacen poco ejercicio, es decir que estas personas no se cuidan. Por lo tanto se puede afirmar que en Santa Ana Tlacotenco los Factores alimenticios influyen en el desarrollo de este padecimiento.

En el mes de marzo del 2011 se realizaron 15 visitas a las personas que se entrevistaron hace cinco años para darle seguimiento a la encuesta y observar como ha afectado la diabetes la salud de estas personas físicamente. Cuando llegamos al domicilio de estas personas pudimos observar a simple vista, que las personas se ven más delgados en comparación de hace cinco años. En Santa Ana Tlacotenco las complicaciones que se han presentado son a largo y a corto plazo, ya que en la última visita realizada en el mes de marzo del 2011 se encontró que algunas de las personas que se habían entrevistado hace cinco años presentan complicaciones del riñón, visuales, pérdida considerable de peso aproximadamente podemos decir que esto se presenta en un 16% de la población que se entrevistó y consideró que es a corto plazo. A largo plazo encontramos que aproximadamente el 6% de las personas que se entrevistaron hace cinco años murieron por complicaciones a consecuencia de la diabetes. De ahí la importancia de la Promoción de la Salud, en trabajar, en programas de salud que garanticen el bienestar de la población, no solo en el cambio de estilo de vida, sino en todo lo que rodea al individuo, económico, social, etc.

2.11. RECABACION DE INFORMACION SOBRE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA ANA TLACOTENCO

De acuerdo con la visita realizada el día 9 de Febrero del presente año, se encontró que, el Centro de Salud de Santa Ana Tlacotenco funciona como TII, SSA, actualmente cuenta con 3 médicos por la mañana y en días próximos se dará servicio por la tarde. Según datos proporcionados por el Centro de Salud no cuentan con estadísticas exactas de personas con diabetes, pero argumenta que si se lleva a cabo un control de registro de cada uno de los casos que presentan esta enfermedad.

El control se realiza por medio de tarjetas en la cuales se encuentran datos personales, como: nombre, edad, sexo, y domicilio; a si como también aspectos importante sobre la enfermedad como niveles de azúcar, índice de masa corporal, índices de cintura cadera, talla peso, presión arterial y tipo de tratamiento, que puede ser de dos tipos: farmacológico y no farmacológico, los farmacológicos se refiere a los medicamentos que se administran y los no farmacológicos son el ejercicio físico, dieta y canalizarlos a los grupos de ayuda mutua, también contiene información de fecha de inicio de tratamiento y fecha de la última cita.

De acuerdo con el control de registro que lleva a cabo este Centro de salud se tienen registrados a 78 personas activas que acuden mensualmente a este lugar, para control de su enfermedad, y 35 personas se encuentran dadas de baja temporalmente debido a que en estos últimos tres meses no han asistido a sus citas médicas.

Cabe mencionar que estas personas asisten a este lugar porque no cuentan con otro tipo de servicio médico. Y que no es posible conocer una cifra exacta de personas con

diabetes en el poblado ya que parte de la población cuenta con, ISSSTE, IMSS, y servicios médicos particulares. Motivo por el cual no es posible contabilizar a todas estas personas que presentan esta enfermedad.

Este Centro de Salud cuenta con dos grupos de ayuda mutua, cuyo objetivo es, prevenir y controlar, esta enfermedad y otras complicaciones que se pueden generar a consecuencia de ella. Las actividades que realizan estos grupos, son dar pláticas, sobre nutrición, alimentación, y hacen ejercicios de yoga, caminata, prevenir y llevar un buen control de su enfermedad, estos grupos se reúnen una vez a la semana los días jueves.

El primero se llama Santa Ana grupo II con 18 personas de las cuales 7 de ellas son diabéticos y el resto tiene otros padecimientos como: hipertensión, obesidad, y sanos.

El grupo dos se llama Cande con 20 personas de las cuales 16 son diabéticos y los demás tienen padecimientos como; hipertensión, obesidad y sanos

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que ha generado complicaciones graves en aparatos y sistemas que de no ser tratadas a tiempo pueden ocasionar la muerte de quien la padece.

Con el desarrollo de la presente investigación y con los datos que obtuvo el Instituto de Educación Media Superior sobre Diabetes, señalamos que es importante hacer énfasis en la prevención de la diabetes y control de ella ya que este problema además de afectar a un gran número de personas está afectando la comunidad de Santa Ana Tlacotenco.

Podemos decir que en Santa Ana Tlacotenco existe un número razonable de personas con diabetes aunque estadísticamente no puedan demostrarse. Porque cuando se realizó la visita al Instituto Epidemiológico, para conocer estos datos nos encontramos que la delegación Milpa Alta y Tlahuac están registradas estadísticamente juntos motivo por el cual no hay una evidencia que demuestre datos estadísticos concretos de la delegación Milpa Alta y por lo tanto tampoco de Santa Ana Tlacotenco.

También lo demuestra el Centro de Salud de Santa Ana Tlacotenco ya que en una entrevista que se le realizó al epidemiólogo, comentó que él solo tiene registrado en su control de registro a 78 personas activas con diabetes que acuden mensualmente a consulta y a 35 personas aproximadamente dadas de baja temporalmente por no asistir a consulta.

Después de haber realizado el presente análisis sobre los datos estadísticos a nivel, Mundial, Estatal, Nivel Distrito Federal, Delegacional. Se ha observado que la diabetes es una enfermedad de salud pública que se está generando desmedidamente, en la población adulta de 20-60 años de edad, tanto en hombres como en mujeres. Por tal motivo se pretende que a través de la Promoción de la Salud se generen acciones, como talleres, programas que garanticen a la población de Santa Ana Tlacotenco, prevenir y controlar esta enfermedad, para que puedan llevar una vida social y económica activa. En el siguiente capítulo se abordará a la Promoción de la Salud en la Prevención de la salud.

CAPTITULO III

3. LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCION DE LA DIABETES

En este capítulo se realizara un abordaje sobre aspectos generales sobre la Promoción de la Salud, conceptos y algunas definiciones sobre Promoción de la Salud, así mismo se revisarán algunas cartas, declaraciones y tratados para entender que es la Promoción de la Salud y como ha ido evolucionando a través del tiempo, la revisión de cada una de estas cartas nos servirá para tratar de prevenir y disminuir del problema de la diabetes en Santa Ana Tlacotenco.

Hablar sobre la Promoción de la Salud es algo complejo porque a lo largo de su desarrollo histórico han surgido distintos paradigmas sin embargo la cada uno tiene una manera distinta de entender y mirarla.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, modificarla La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (Organización mundial de la salud, (n.d) promoción de la salud recuperada el 17 de agosto 2011 de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)

Según la Organización Mundial de la Salud, La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción la salud es considerada con un medio para llegar a un fin, que les permita a las personas llevar una vida individual, colectiva, social y económicamente productiva.

A partir de las problemáticas de salud se define como líneas de acción de la promoción de la salud el fomento de la participación de las comunidades, la capacitación, la normalización y la reorganización de los servicios.

En la segunda mitad de la década de los años setenta eventos como la reunión en Alma Ata y diversos documentos como el informe Lalonde (1974) tuvo gran influencia en la teoría y la práctica de la salud pública, por tal motivo es importante hacer mención de las declaratorias de ambas reuniones:

3.1 LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

A lo largo de los años, la sociedad mexicana ha sufrido de diferentes cambios tanto en la demografía como en la epidemiología.

En relación a la demografía, al aumentarse la esperanza de vida al nacer, al disminuir la tasa de fertilidad y disminuir la mortalidad en edades tempranas ha traído como consecuencia que nuestra sociedad, se convierta en una población de muchos viejos; por lo que se dice que hay una transición demográfica y que ha cambiando radicalmente es decir, aumentado el número de personas adultas y adultas mayores y han disminuido los individuos en edad infantil.

En lo que respecta a epidemiología, también se ha sufrido un cambio abrupto con el paso del tiempo ya que las enfermedades que aquejan a los individuos de nuestra población han pasado de enfermedades, infecciosas a crónico-degenerativas. Enfermedades que son causados por un germen o vector, en tanto que las crónico degenerativas son provocados por diferentes factores como genéticos, estilos de vida etcétera, estos factores están presentes en nuestras sociedades actualmente.

La transición epidemiológica ha sido un proceso en el cual la salud se ha visto involucrada al 100%; sin embargo, en los últimos diez años se ha observado una evolución en los patrones de salud y enfermedad. La transición epidemiológica tiene dos etapas; la primera constituye la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición; la segunda se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas.

México se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el estancamiento y la polarización. En primer lugar, no toda la población se beneficia de manera uniforme; en segundo lugar, los avances en la mortalidad y la morbilidad son reversibles y en ocasiones retroceden; en tercer lugar, prevalecen aún patrones de enfermedades y mortalidad pre y pos transicional entre las clases marginadas.

Las principales causas de morbilidad e incapacidad de la vejez son las patologías crónico-degenerativas tales como los padecimientos cardiovasculares, la diabetes mellitus, etc.

Para ello revisaremos el modelo unicasal al tratar de explicar el surgimiento de las enfermedades, que se consolida en la segunda mitad del siglo pasado con los trabajos

de Pasteur y Koch en el campo de la microbiología. Se establece así una relación lineal entre determinado agente patógeno (por ejemplo, el bacilo de Koch) y la presencia de cierta enfermedad (la tuberculosis, en este caso). Este modelo considera un solo tipo de causas de la enfermedad ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración del organismo.

Al iniciarse la segunda mitad del presente siglo, el modelo médico basado en el enfoque unicausal enfrenta una severa crisis al no poder resolver diversos problemas de salud generalizados tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Aunando a esto, los aportes de las ciencias sociales permiten mostrar que el modelo unicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud-enfermedad.

Se busca entonces tomar en cuenta variables del medio físico y social para explicar la presencia de las enfermedades a fin de interrumpir la cadena casual mediante la modificación o supresión de alguna de las variables que intervienen en el surgimiento de los procesos patológicos. Leavell y Clark han desarrollado la Historia Natural de la Enfermedad a fin de ofrecer una explicación multicausal de la enfermedad. Orientado por la ideología propia de la corriente positivista: busca evitar el desequilibrio entre el agente, huésped y el medio ambiente. En caso de que se pierda la interacción “normal” entre estos elementos se ponen en movimiento diversos mecanismos de control para que se vuelva al equilibrio ecológico.

La historia natural de la enfermedad recupera la idea positivista de que todo puede resolverse sin atender contra el sistema social que es el que está principalmente

determinando el surgimiento y prevalencia de las enfermedades y accidentes, así como su distribución, frecuencia y gravedad en los distintos grupos sociales.

Leavell y Clark han desarrollado la historia natural de la enfermedad para dar una explicación de las causas que intervienen en ella.

La historia natural de la enfermedad se basa en la triada ecológica, conformada por tres componentes, el agente, el huésped y el medio ambiente, cuyos factores se encuentran interrelacionados en un constante equilibrio. Es decir que cuando ambos factores se encuentran en equilibrio se dice que hay salud.

En el periodo pre patogénico este equilibrio se rompe dando lugar a la enfermedad, en el se producen cambios en los niveles de organización, a nivel celular, tejido u órgano etc. que pueden manifestarse, fisiológicamente y que el individuo no percibe porque se encuentra por debajo del horizonte clínico.

El horizonte clínico se inicia cuando las interacciones se manifiestan de tal manera que son percibidas por el huésped, es decir cuando aparecen los signos. El periodo llega a la etapa final cuando la enfermedad se vuelve crónica, se recupera el enfermo o se muere.

Dentro de la historia natural de la enfermedad existen tres niveles de prevención:

La prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria, que incluyen medidas generales y medidas específicas que sirven para cualquier enfermedad.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Se lleva a cabo en el periodo prepa patogénico, y son medidas preventivas, con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad.

En esta etapa incluye a la promoción de la salud (educación sanitaria, exámenes periódicos selectivos etc. Y protección específica que se refiere (inmunizaciones, atención a la higiene personal, uso de saneamiento ambiental etc.). Cuya finalidad es disminuir la susceptibilidad del individuo al padecer la enfermedad.

Para prevenir la diabetes en Santa Ana Tlacotenco se deben desarrollar exámenes periódicos de glucosa, realizar campañas de prevención de diabetes en la comunidad, escuelas, centros de salud etc. Y realizar programas encaminadas a la prevención de la diabetes, pláticas, talleres.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Incide en el periodo patogénico de la enfermedad y se realiza a través del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, adecuado, para evitar su difusión, complicaciones y secuelas.

Una vez que ya se encuentre detectada la enfermedad de la diabetes en Santa Ana Tlacotenco se deben de desarrollar cada uno de los exámenes correspondientes, como son realizarse cada mes la toma de glucosa e iniciar el tratamiento para prevenir algunas de las complicaciones que genera esta enfermedad como: Nefropatía, Retinopatía, Neuropatía diabética.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Incide en el periodo patogénico cuando las lesiones son irreversibles y el problema se vuelve crónico. El objetivo de esta es retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales del paciente y atenuar la incapacidad cuando existan.

Con respecto a la diabetes que presenta Santa Ana Tlacotenco podemos decir que esta enfermedad, ha llevado a la muerte a algunas personas, por alguna complicación a causa de la diabetes.

La historia natural de la enfermedad pretende buscar las causas que se relacionan con el proceso de salud enfermedad, pero no toma en cuenta que nosotros como individuos pertenecemos a diferentes clases sociales, económicas culturales etc. Que no pueden explicarse desde este modelo por lo cual debemos de considerar al modelo de la promoción de la salud para tratar de explicar las causas que desarrollan la enfermedad.

El modelo de promoción de la salud fue propuesto en 1973 por el ministro de salud de Canadá.

Colomer, (2001): “conceptúa a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad”.

Para este modelo el agente no es el que causa la enfermedad, es decir que existen otros factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, como los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud, y la biología humana. Dicho modelo plantea que son factores de riesgo, como el estilo de vida, el sedentarismo, factores genéticos, económicos y sociales los que pueden generar este padecimiento. Desde el punto de vista de estilos de vida un factor de riesgo que está presente en el

poblado de santa Ana Tlacotenco es el tipo de alimentación que consumen, el ambiente en el que se desarrollan, la edad, el sexo y la genética. También contribuyen en la generación de estas enfermedades. Por tal motivo la promoción de la salud se ha dado a la tarea de trabajar en la modificación de estilos de vida para prevenir este problema que parece ser algo cotidiano pero que en realidad es un problema de salud publica.

3.2 INFORME LALONDE (1974)

Analiza en 1974 los Determinantes de la Salud, agrupándolos en Medio Ambiente, Estilo de Vida, Biología Humana y Sistema de Asistencia Sanitaria. Destaca la importancia de los tres primeros en detrimento de los aspectos asistenciales como determinantes de la salud de los ciudadanos. Las acciones políticas deben dirigirse hacia los factores que incidan en la aparición de las enfermedades, potenciando la Promoción de la Salud. (Seminario internacional evaluación y políticas públicas. Respondiendo a los determinantes de la salud, 2005 junio 4. Recuperado el 15 de marzo 2011 de:

www.cedetes.org/files/memorias_seminario/CONFERENCIA_HELENA_RESTREPO.pdf)

Considero que el informe la Londe es importante porque estamos tratando de prevenir a la población de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes. Y que se centra en la biología humana, en el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria. Es importante mencionar que actualmente Santa Ana Tlacotenco lleva un estilo de vida, diferenciado de otras comunidades, es decir que se encuentra arraigado a costumbres

y tradiciones, como son las mayordomías, las fiestas patronales, eventos culturales y familiares.

3.3. DECLARACION DE ALMA ATA (1978)

Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente declaración. (Pan American Health Organization, 2008, Declaración de Alma Ata, recuperado el día 15 de marzo 2011 de: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

I. La conferencia reafirma que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo así como entre los diversos países, es inaceptable, política, social y económicamente y por lo tanto implica de manera común a todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa

la salud para todos y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social que contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las

comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continua.

VII. La atención primaria sanitaria:

1. Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.
2. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
3. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.
4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los

esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

5. Requiere y promueve un auto desarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.
6. Debería mantenerse por sistemas de ínter consulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.
7. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/ UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamado urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica conforme al nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial,

mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia antes mencionada, hace un llamado a todos los foros para colaborar, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria.

4. La declaración de Alma Ata hace énfasis en la atención primaria a la salud, asistencia esencial, accesible en donde el país y la misma comunidad pueda pagar, es decir se habla de acceso a los servicios de salud para toda la población, con respecto a el Problema de Salud que existe en Santa Ana Tlacotenco, esta declaración tendría que garantizar a la población la información necesaria para la prevención y educación sanitaria que en ella se incluyen, enseñarle a la población como deben alimentarse para reducir los riesgos de la diabetes, por otro lado el mismo gobierno tendría que garantizar a la población que ya padece esta enfermedad medicamentos accesibles que la comunidad pueda pagar para poder llevar un buen tratamiento de su enfermedad, además de proporcionar el acceso a los servicios de salud para toda la población.

3.4. CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD (1986)

El día 21 de noviembre de 1986 alrededor de 50 países se reunieron en Ottawa, Canadá, para acercar una propuesta que definiera más ajustadamente el término Salud. A partir de entonces tratamos de ver a la salud como un proceso, más que como un estado. (Pan American Health Organization, 2008, Declaración de Alma Ata, recuperado el 20 de marzo 2011 de: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>)

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. La presente carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones.

La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados tras la Conferencia de Alma-Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

En esta carta, se establece "Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico, social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud.

La política de promoción de la salud debe combinar diversos enfoques, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a

practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

En lo que respecta en el sector sanitario es importante que este intervenga cada vez más en la promoción de la salud de tal forma que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y medios y que al mismo tiempo se construyan vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

3.5. DECLARACION DE SANTA FE DE BOGOTA (1992), COLOMBIA

En la Declaración de Bogotá, se menciona que:

"La promoción de la salud de América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo." (Declaración de Bogotá, Conferencia internacional de promoción de la salud, América Latina, 1992 recuperado, 20 de marzo del 2011 de: www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992-Declaracion)

En ese documento se destaca la necesidad de impulsar políticas sociales, dentro de la estrategia de promoción de salud, que reduzcan las inequidades en esta región.

Con la participación de todos los países de América Latina Reafirmaron la promoción de la salud de la Carta de Ottawa y enfatizaron sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.

La presente carta hace mención a la creación de políticas sociales y estrategias en salud que garanticen el bienestar de toda la población,

3.6 CARTA DEL CARIBE PARA LA PROMOCION DE LA SALUD (1993)

Durante la 13a. Reunión de los Ministros responsables de la Salud del Caribe, y después de haber tomado conciencia de la pertinencia de la promoción de la salud como proceso importante y significativo a través del cual los pueblos del Caribe podrían asumir un control mayor sobre su salud y mejorarla, se pidió la elaboración de una Carta del Caribe para la Promoción de la Salud.

La ejecución de las estrategias de promoción de la salud exige nada menos que la orientación del sistema de salud para que responda mejor a las necesidades sanitarias de comunidad en su desarrollo y garantizar que las decisiones sobre prestaciones de servicios y que tengan su base en verdaderos procesos de participación y consulta nacionales y locales.

La equidad será el cimiento de estos sistemas. La asignación de recursos y el establecimiento de programas son fundamentales para garantizar que la promoción de la salud asuma la posición prioritaria que le corresponde.

A través de esta carta los promotores de salud pueden comenzar a gestionar acciones sobre la prevención de la diabetes para erradicar el problema en Santa Ana Tlacotenco, ya que esta carta hace mención sobre la asignación de recursos destinados a la salud, que deben ser utilizados para este y otros tipos de enfermedades crónicas.

3.7 DECLARACIÓN DE YAKARTA (1997)

Sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, realizada en 1997, identifica cinco prioridades de actuación para el próximo siglo:

1. Promover la responsabilidad social para la salud. Los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social.
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud. Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos como las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los pobres y los marginados.
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud. La promoción de la salud requiere colaboración para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos y la sociedad. La colaboración existente necesita fortalecimiento y debe ser explorado el potencial para crear nuevas colaboraciones. La colaboración ofrece mutuos beneficios para la salud por el hecho de compartir experiencias, herramientas y recursos.
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos. Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al

proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio. La comunicación tradicional y las nuevas tecnologías apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora en favor de la salud.

5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Para asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, nuevos mecanismos de financiación deben ser encontrados, local, nacional y globalmente.

Esta carta me parece importante con respecto a la comunidad de Santa Ana Tlacotenco y el problema de diabetes ya que la participación de la comunidad, y el empoderamiento de los individuos son un factor primordial para llevar a cabo medidas de prevención de esta enfermedad. A través del ejercicio de las capacidades del individuo para el logro de sus aspiraciones.

3.8. PROMOCION DE LA SALUD: HACIA UNA MAYOR EQUIDAD CIUDAD DE MEXICO (2000)

Se realizó una quinta conferencia mundial para la promoción de la salud la cual se reunieron los ministros de salud y se dio lugar en la Ciudad de México a presente Declaración contenía los siguientes puntos:

1. Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
2. Consideramos que la promoción del desarrollo sanitario y social es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos; que comparten todos los demás sectores de la sociedad.
3. Somos conscientes de que, en los últimos años, gracias a los esfuerzos persistentes y conjuntos de los gobiernos y las sociedades, se han registrado importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo.
4. Observamos que, a pesar de esos progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar.
5. Somos conscientes de que, al propio tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud.
6. Reconocemos que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y que esto requiere mecanismos reforzados de

colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.

7. Concluimos que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.
8. Comprobamos que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces. Habida cuenta de lo que antecede, suscribimos lo siguiente:

ACCIONES

- A. Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de saludes locales, regionales, nacionales e internacionales.
- B. Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.
- C. Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera. Esos planes variarán en función del contexto nacional, pero se ajustarán a un marco básico que se acuerde en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y que podrá incluir, entre otros aspectos, lo siguiente:

- La identificación de las prioridades de salud y el establecimiento de programas y políticas públicas sanos para atender dichas prioridades.
- El apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas.
- La movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.

D. Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

E. Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

F. Informar a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, para los fines del informe que ésta presentará al Consejo Ejecutivo en su 107^a reunión, de los progresos realizados en la ejecución de las acciones arriba mencionadas.

Este documento fu firmado en la Ciudad de México, el 5 de junio de 2000, en árabe, chino, español, francés, inglés, ruso y portugués, versiones todas ellas igualmente auténticas.

Considerando que el gobierno tiene la responsabilidad de generar medidas, necesaria para garantizar a la población, una buena calidad en los servicios de salud, entonces

deberían existir por lo menos una clínica o otros servicios de salud en donde se de atención a las personas que padecen diabetes en Santa Ana Tlacotenco, además de crear programas o actividades que ayuden a prevenir esta enfermedad. Es posible que a través de las practicas de promoción se enseñe a la comunidad a gestionar acciones para que se logren la creación de programas o bien la modificación de los que ya existen de acuerdo a las necesidades de la población.

3.9. CARTA DE BANGKOK PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

La Carta de Bangkok afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Esta Carta recoge las opiniones de un grupo internacional de expertos, participantes en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia, y no representa necesariamente las decisiones o la política de la Organización Mundial de la Salud.

La Carta de Bangkok complementa, basándose en ellos, los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud establecidos en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Carta de Bangkok se dirige a las personas, los grupos y las organizaciones

cuya intervención es crucial para el logro de la salud, en particular:

- Gobiernos y políticos a todos los niveles,
- La sociedad civil,
- El sector privado,
- Las organizaciones internacionales, y
- La comunidad de salud pública.

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.

Los gobiernos a todos los niveles, deben afrontar de forma apremiante los problemas de salud y las desigualdades, pues la salud determina en buena medida el desarrollo social, económico y político. Los gobiernos locales, regionales y nacionales deben: conceder prioridad a las inversiones en salud, dentro y fuera del sector sanitario y ofrecer financiación sostenible para la promoción de la salud.

Tomando en cuenta algunos aspectos sobre esta carta podemos decir que el problema de Diabetes existente en la comunidad de Santa Ana Tlacotenco puede ser prevenida a través de la participación activa del gobierno, local, regional y estatal e involucrar a los demás sectores, económico, políticos, social.

3.10 CONFERENCIA VANCOUVER CANADA (2007)

Del 10 a 15 de junio de 2007, expertos de todo el mundo se reunieron en Vancouver, Canadá, para la 19ª. Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. El tema principal fue "Promoción de la Salud madura: ciencia, política y práctica para el siglo XXI". Uno de los focos de interés principales de la reunión fue abordar los temas de salud que afectan desproporcionadamente a las poblaciones indígenas. La conferencia fue organizada por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUPE), que es la única organización mundial totalmente dedicada a impulsar la salud pública mediante la promoción de la salud y la educación para la salud. Su misión es promover la salud y el bienestar mundial y contribuir al logro de la equidad en la salud entre los países del mundo. El programa de la conferencia se estructuró alrededor de las estrategias de acción de la Carta de Ottawa que incluyen el establecimiento de entornos saludables, el desarrollo de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales, y la reorientación de los sistemas de salud. Con el objetivo de vincular a práctica, la política y la investigación para mejorar las asociaciones y la colaboración intersectorial para la promoción de la salud, los temas principales del evento se definieron como: la reducción de las inequidades de salud, los

recursos para la salud y el desarrollo, la evaluación de la eficacia de la promoción de la salud, y la promoción de cambios en los sistemas.

En este capítulo se abordaron y se analizaron algunas de las reuniones y declaraciones que se realizaron sobre Promoción de la Salud, porque contienen elementos importantes que deben considerarse para tratar de prevenir a la población de enfermedades que se han venido desarrollando a través del tiempo. Con estas declaraciones se busca la creación de condiciones favorables que garanticen el bienestar de la población, a través de la participación de los gobiernos involucrados en materia de salud, además de lograr la participación de otras autoridades que puedan ayudar al mejoramiento de la población.

Al realizar el análisis de cada una de las declaraciones sobre promoción de salud, hemos observado que la promoción de la salud busca el mejoramiento de la población.

La declaración de Alma Ata, propone como parte fundamental y obligatoria de los gobiernos en general, brindar salud a todos los pueblos. Su objetivo primordial a nivel mundial es lograr que todos los pueblos alcancen un nivel de salud satisfactoria que garanticen las condiciones necesarias para vivir como: alimentación, vivienda, vestido, educación entre otras. Para que puedan desarrollar una vida productiva que les permita desenvolverse en determinada sociedad.

Otro punto importante que propone esta declaración es la propuesta de Atención Primaria a la Salud. Debe ser esencial porque forma parte del sistema nacional de salud en un plano de igualdad que el gobierno debe sustentar económicamente donde los países y comunidades pueden tener acceso. Así mismo el gobierno debe ser parte

fundamental de la aportación de recursos que sean destinados para la salud y establecer, crear reglas que involucren a los sectores gubernamentales en la participación de planes y proyectos encaminados a la salud. A nivel político es la igualdad entre países; a nivel económico es la mejor utilización de los recursos de los países para invertirlos en salud.

La carta de Ottawa pretende que a través de la promoción se logren generar políticas públicas y programas que ayuden a prevenir y mejorar las condiciones de

A través de la promoción de la salud, se pretende tomar medidas de prevención, dirigidas a combatir los factores de riesgo modificables en la comunidad de Santa Ana Tlacotenco para tratar de disminuir este padecimiento.

Se considera que la Promoción de la Salud es una herramienta importante para llevar a cabo estrategias encaminadas a, gestionar, emancipar, a la población para tratar de prevenir este padecimiento.

El trabajo de promoción de la salud requiere de aprender, identificar, buscar, seleccionar y decidir, las necesidades educativas de la promoción de la salud planificada, contar con los instrumentos y técnicas adecuados a la de los sujetos, al desarrollo de la reflexión, el diálogo y la accesibilidad para el entendimiento del problema que se está generando en Santa Ana Tlacotenco. A través del trabajo constante en la comunidad y practica ya que es un proceso dialectico por medio del cual tantos los promotores como la comunidad podemos aprender.

De ahí la importancia de considerar y analizar cada una de las declaraciones de Promoción de la Salud, ya que se invierte menos dinero en prevenir una enfermedad que en curarla.

Así mismo se revisara la historia natural de la enfermedad para tratar de entender como se va generando este proceso.

3.11. CONFERENCIA DE KENYA (2009)

La 7ª Conferencia global en Promoción de Salud de la OMS llevada a cabo en Nairobi, Kenya en el 2009 realiza un “Llamado a la Acción” que identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en Salud y desarrollo a través de la promoción de la salud.

Los 5 mensajes claves que entrega esta conferencia son:

1. Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo
2. Situar la promoción de la salud como línea central
3. Empoderar comunidades e individuos
4. Ampliar/Realzar los procesos participativos
5. Construir y aplicar el conocimiento

Por todo lo anterior, acercando salud establece como misión contribuir a la equidad en nuestra sociedad a través de estas estrategias, soñando con ser una organización de

voluntariado autosustentable, líder en la innovación y el desarrollo de estrategias en promoción de salud.

La diabetes vista desde la Promoción de la Salud

Para tratar de explicar la complejidad de este tipo de padecimiento debemos considerar, los niveles y competencias de responsabilidad, gobernabilidad, peligrosidad son distintos en cada periodo histórico y en el campo de la salud. Es necesario hacer evidentes los procesos ocultos en el ámbito mental, (creencias) y de acción (prácticas, costumbres). Para los profesionales de la salud, los aspectos culturales hacen parte de estos procesos ocultos, que deben ser necesariamente reconocidos ya que cumplen un importante papel en la reproducción del mundo de la vida. Todo el campo de la salud como espacio simbólico debe ser entendido a partir de la complejidad de sus múltiples relaciones internas y externas. El primero tiene como referente empírico los signos expresados partir del lenguaje y su significado en el espacio interior de cada persona, las relaciones externas se refieren a la manera como se da la construcción colectiva de los imaginarios en salud.

El campo simbólico de la salud implica el uso colaborativo de mediación para crear, obtener y comunicar, la visión cultural ofrece al medico las categorías que en la práctica le permiten construir metas saludables e instrumentos estructurados para alcanzarlos, se dice que los seres humanos viven un mundo doble a la vez natural y artificial en donde la cultura debe ser el único medio de existencia humana.

La modernidad en salud constituye cuatro movimientos: Un proyecto emancipador, expansivo, renovador y democratizador. El proyecto emancipador en salud requiere la comprensión de los campos culturales que siguen siendo terrenos incomprendidos por los profesionales médicos, y aunque se reconoce la importancia no se ha desarrollado un cuerpo teórico, ni metodológico que integre al perfil del profesional, El proyecto expansión se refiere al conocimiento en donde los medios e comunicación juegan un papel importante en la socialización y traducción de conocimientos medico generando cambios en las demandas de salud.

El proyecto expansivo económico hace referencia al paciente cliente como consumidor de la salud.

El proyecto renovador busca a través de los procesos de modernidad la calidad de los servicios a través de la libertad y la libre elección a partir de lo económico.

Tratando de explicar un poco la complejidad de la diabetes y la intervención del Promotor de la salud en la prevención de la salud debemos partir de la concepción del otro es decir el agente que lo concibe se esta mirando así mismo y su manera de existir en el mundo. La concepción del otro sitúa a quien lo concibe en un lugar dentro de la estructura social, le da una identidad, le otorga una autoridad determinada, revela su participación en la construcción de la frontera yo el otro, el eje de clasificación permite identificar la manera de conocer el mundo y los recursos para conocer el mundo. El ejercicio del poder lo podemos ubicar en las practicas mas o menos cercanas en relación con el poder. El eje de paradigma se refiere al modelo de conocimiento, de definir lo que se puede conocer y la manera de conocer el mundo

Desde este punto se puede utilizar este tipo de instrumentos para que a través de la promoción de la salud se generen cambios en la estructura de la conformación social en el poblado de Santa Ana Tlacotenco para sus propias vidas. Se trabajaría transdisciplinariamente en la generación de procesos reflexivos con grupos particulares de la población en la prevención y tratamiento de la diabetes y la generación de otras enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

El estilo de vida es la manera en que vive una persona, basado en comportamientos identificables, individuales, colectivos y sociales. Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Con respecto al estilo de vida en Santa Ana Tlacotenco podemos decir que estos comportamientos han ido cambiando no solo en lo que respecta a la enfermedad sino que también ha cambiado la alimentación, hasta antes de los noventas la gente consumía alimentos nutritivos, que con la actividades que se realizaban se consumía un numero considerable de calorías y que no ocasionaba el acumulamiento de grasas en el tejido, dentro de esto alimentos se incluían frutas, verduras y legumbres, con el paso del tiempo y la tecnología estos hábitos alimenticios cambiaron drásticamente por el sedentarismo la falta de tiempo, el trasladarse a los centros de trabajo y por la falta de dinero, ya que es más barato consumir, comida chatarra, dulces, refrescos, fritura etc.

Aunado a ello se ha generado un problema de salud pública en todo el mundo y en especial en Santa Ana Tlacotenco.

Por ello se realizó esta investigación y se llegó a las siguientes conclusiones.

Según datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud la diabetes es un problema que va aumentando considerablemente, de tal manera que es visto como un problema de salud a nivel mundial.

En Santa Ana Tlacotenco es un problema que actualmente vive la población, y que sin duda también constituye un problema de salud. De acuerdo con la presente investigación y con los datos que arrojó el instrumento aplicado por el Instituto de Educación Media superior, en Santa Ana Tlacotenco esta enfermedad está afectando a la población adulta, de 30-60 años de edad en hombres y mujeres.

Como se mencionó anteriormente en Santa Ana Tlacotenco los síntomas que presenta la población son: polidipsia (aumento de sed), pérdida de peso y poliuria, (aumento de la micción), esto es con respecto a la encuesta que se realizó hace cinco años y a las visitas que se realizaron para darle seguimiento a esta investigación.

Una segunda conclusión a la que se llegó con el desarrollo de esta investigación, es que la genética juega un factor importante que predispone esta enfermedad, ya que en las entrevistas que se realizaron hace cinco años se encontraron familias en donde los abuelos, hijos y nietos presentaban esta enfermedad. Sin embargo, existen otros factores que intervienen en esta enfermedad que han quedado fuera como el estilo de vida, la economía, la pobreza, el medio ambiente etc. **(Ver anexos)**

Una tercera conclusión a la que se llegó es que este trabajo de investigación es un abordaje socio antropológico que toma en cuenta determinantes sociales y culturales como el rescate de usos y costumbres que se han dejado fuera del proceso salud enfermedad y que son de suma importancia en este proceso.

Por último, a través de la Promoción de la Salud se deben generar acciones que garanticen el bienestar de la población a través de la creación de programas que apunten a la prevención de diabetes totalmente diferente a los que actualmente está

proponiendo la Secretaría de Salud, (El Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus 2007-2012, El Programa IMSS-OPOPORTUNIDADES) ya que solo se basan en la modificación de estilos de vida, a través de medios informativos y campañas para difundir información de esta enfermedad.

El Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus 2007-2012, propuesto por la Secretaría de Salud, pretende prevenir, detectar, controlar, tratar y reducir la aparición de la enfermedad y de sus complicaciones a través de estrategias, como:

- Capacitar al personal para que puedan orientar a la población,
- Formar equipos de trabajo multidisciplinario,
- Crear redes nacionales de ayuda mutua,
- Brindar cobertura, atención, acceso y calidad en los servicios de salud.

Otro programa que se está promoviendo a nivel mundial, a través de la Organización Mundial de Salud y la Federación Internacional de Diabetes es “Actuemos Ya” contra la diabetes, cuyo objetivo pretende reducir el impacto que tiene la diabetes y sus complicaciones en la salud de niños y adultos de todo el mundo.

El Programa IMSS-OPOPORTUNIDADES, contribuye en la prevención y control de la diabetes y la hipertensión arterial mediante:

- La promoción, detección, diagnóstico y tratamiento integral,
- Realizando acciones de promoción de hábitos favorables para la salud

- Y la prevención de estos padecimientos, entre los que destacan la higiene, la alimentación y la actividad física.

Considero que una labor fundamental del promotor de salud es gestionar acciones que ayuden a conocer los datos actuales de morbilidad de estas enfermedades. (Indicadores en morbilidad), para generar acciones que ayuden a combatir esta enfermedad. Porque cuando se realizó la visita al Instituto Nacional de Epidemiología se encontró que los datos estadísticos sobre Milpa Alta y Tlahuac se encuentran registrados juntos, es decir no se puede realizar un análisis de casos más concretos por cada delegación.

Por otro lado en el Centro de Salud de Santa Ana Tlacotenco tampoco se encontraron cifras exactas de las personas que padecen esta enfermedad, de acuerdo con datos proporcionados por el personal de esta institución, motivo por el cual no se conocen con exactitud las cifras sobre diabetes en Milpa Alta y en Santa Ana Tlacotenco, y para conocer datos concretos tendríamos que acudir a los diferentes sectores de la salud en esta delegación (IMSS,ISSSTE,SSA,C.S.) y extraer estos datos por separado. Para obtención de dichos datos los Promotores de la Salud podríamos formar equipos de trabajo vinculados con el sector salud para obtener estos datos.

Considero que se debe empezar a replantear el proceso de salud donde el peso de los servicios sean los beneficios al bienestar humano para mejorar las condiciones de salud.

Estrategias para la prevención de la diabetes pueden generarse a partir de la formulación de políticas públicas en salud planteadas a partir de las necesidades de la

población a través de la colaboración de personas no sólo de sector salud, sino del sector económico, político y social, promotores de la salud, trabajadores sociales, sociólogos y demás personal interesado en este tipo de investigaciones, además de considerar a la población de Santa Ana Tlacotenco De tal manera que la población participe directamente en la solución de sus problemas, haciendo más productiva y eficiente la implementación de la solución al problema de la diabetes.

Se dice que la integración y conformación de la comunidad tienen un papel significativo para que se puedan generar procesos de solución, se debe de considerar un sentido de pertenencia, depende de factores sociales, culturales, y económicos que se promueven desde diversas instancias. El fortalecimiento de lo común puede concretarse en el uso y cuidado de espacios comunes. En el caso de Santa Ana Tlacotenco podemos apoyarnos a través de su cultura y tradición para dar solución al problema de la diabetes, para que se puedan generar acciones preventivas que ayuden a reducir los altos índices de diabetes en Santa Ana y lograr una mejor calidad de vida.

En Santa Ana Tlacotenco existen diferentes grupos y organizaciones que ya se encuentran establecidos y que por medio de estos grupos podemos comenzar a trabajar sobre el problema de la diabetes. Además de considerar que la instancias educativas también son un influencia importante en la que se puede trabajar sobre el tema de la diabetes en la prevención y tratamiento.

PROPUESTAS DE PROMOCION DE LA SALUD

- Liderar procesos de cambio, estrategias de desarrollo y de apoderamiento por parte de los individuos y las comunidades, con el fin de lograr autonomía en el cuidado de la salud.
- Asesorar a las instituciones de salud en sus programas, para que adopten el enfoque de promoción de la salud.
- Abogar intersectorialmente para incidir sobre los determinantes que afectan la salud.
- Crear vínculos afectivos y alianzas, con la comunidad, con las instituciones del sector salud y de actores sociales con la finalidad de prevenir a la población de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes.
- A través de la tecnología podemos difundir y comunicar a la población sobre medidas preventivas y tratamiento para disminuirla.
- A través de la promoción de la salud y con la participación de la comunidad podemos diseñar, gestionar y evaluar iniciativas encaminadas a la prevención, tratamiento y cuidado de este problema adecuándolas a sus características culturales.

ANEXOS

NOMBRE COMUN: Estáfate o ajenjo del país

NOMBRE CIENTIFICO: Artemisa ludoviciana Nutt.

FAMILIA: compositae

DESCRIPCION BOTANICA: Hierba muy aromática de hasta 1 metro de altura, con ramas blanquecinas y hojas divididas en tres. Las flores son amarillentas y como cabezuelas abundantes.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Habita en climas cálido, semicalido, simiesco templado. Se da de forma silvestre y esta asociada a la selva caducifolia. Esta planta se encuentra en todo el territorio mexicano.

USOS MEDICINALES: Su principal empleo es contra padecimientos digestivos como parásitos e infecciones intestinales y cólicos. El tratamiento consiste en utilizar las ramas y otras plantas como ruda, manzanilla, epazote zorrillo y hierba buena en conocimiento y tomarse como agua de uso. Se recomienda contra la bilis, afecciones hepáticas, dolor de cuerpo, inapetencia, reumatismo, mala digestión, gastritis, anginas, bronquitis, y malestares de riñón, diabetes, irritación de los ojos, dolor de oído, nervios, mareos, y dolor de cabeza, esterilidad y problemas menstruales. En algunas regiones del país se usan para limpias, y mal de ojo.



Figura 31

NOMBRE COMUN: Toronjil de monte o toronjil de casa

NOMBRE CIENTIFICO: Agastache mexicana (kunth) lint y epling.

FAMILIA: Labiatac

DESCRIPCION BOTANICA: Herbácea que mide de 40 a 150 cm de altura, presenta tallo cuadrado del que nacen sus hojas alargadas. Sus flores tienen forma de tubo y los frutos son pequeños de color café. Todas las partes de la planta pero en especial sus hojas, cuando se les frota entre los dedos exhalan olor agradable y penetrante.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Es originaria de México, se encuentra en Chalco, Xochimilco, Iztapalapa, en el valle de México y en otros lugares de clima templado y frio de la república, pero siempre de preferencia en terrenos húmedos.

USOS MEDICINALES: Se emplea básicamente en problemas del sistema nervioso; el tratamiento consiste en el conocimiento de las ramas ingeridas como te; también sirve para malestares del aparato digestivo, como dolor de estomago y mala digestión. Además aumenta ligeramente la energía cardiaca, para ello se come el conocimiento de la planta .Esta recibe su empleo frecuente en algunos estados del centro del país como Puebla, Morelos, Michoacán, Estado de México e Hidalgo.



Figura 32

NOMBRE COMUN: Tepozán

NOMBRE CIENTIFICO: Bubleia Americana

DESCRIPCION BOTANICA: Árbol que llega a medir de 3 a 4 metros de altura, sus primeras hojas son casi de forma cilíndrica de color oscuro y las segundas de forma elíptica y son de 10 a 16 cm de largo, vellosas por su cara superior y blanco plateadas por el revés. Tienen un olor especial alcanforado cuando se frota entre los dedos y un sabor desagradable

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Es común en el valle de México y lugares semejantes por su clima. Es común encontrarlo en orillas de carreteras y en terrenos baldíos.

USOS MEDICINALES: Eficaz contra el reumatismo, res utilizado para sanar heridas utilizando directamente las hojas sobre la parte afectada; también se utiliza la raíz en forma de te, actuando como sedante sobre los centros nerviosos superiores, especialmente cuando hay insomnio provocado por la fatiga cerebral o cansancio mental.



Figura 33

NOMBRE COMUN: Gordolobo.

NOMBRE CIENTIFICO: Gnaphalium oxyphyllum DC

FAMILIA: Compositae **DESCRIPCION BOTANICA:** Herbácea que mide entre 30 y 40 cm de altura, con tallo cubierto de vellitos. Las hojas son angostas y de aspecto sedoso. Sus frutos son pequeños y las semillas son abundantes.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Se desconoce su origen, pero en México habita en climas cálido, semicalido y templado. Crece en terrenos abandonados y esta asociada a la selva tropical caducifolia Esta especie es utilizada en varias regiones del centro y norte del país como el Distrito Federal, Morelos, Tlaxcala, Sonora, y el Estado de México por ser de mucha utilidad en la medicina tradicional.

USOS MEDICINALES: Su empleo para tratar enfermedades respiratorias como tos, gripa, asma, bronquitis, infecciones en la garganta y problemas pectorales es muy recomendado. El tratamiento consiste en el conocimiento de las ramas con flores, endulzado con miel de abeja, para tomarse caliente antes de dormir. En caso de tos crónica y gripa, se ingiere tres veces al día, o bien, en ayunas durante una semana. Además el cocimiento con leche junto con otras plantas sirve mucho para estos padecimientos. También es de amplio uso en trastornos gástricos, úlceras y paracitos intestinales, donde el tratamiento consiste en el conocimiento de la planta.



Figura 34

NOMBRE COMUN: Ruda

NOMBRE CIENTIFICO: Ruta Chalapensis L

FAMILIA: Rutaceae

DESCRIPCION BOTANICA: Hierba o arbusto de color verde azulado esta hierba tiene en olor característico, llega a medir de 1 a 1.5 m de altura.

DESCRIPCION ECOLOGICA: Planta nativa de la región del mediterráneo, ampliamente cultivada en todo México.

USOS MEDICINALES: Sirve para aliviar la presión alta, dolores de cabeza, para los nervios, para calmar y regularizar la menstruación (cuando hay embarazo jamás debe tomarse pues provoca aborto). Para heridas y mordeduras de animales ponzoñosos se utiliza en forma de tizana "maceración". También se utiliza en baños, para bajar la calentura y en forma de tintura para curar reumas.



Figura 35

NOMBRE COMUN: Valeriana

NOMBRE CIENTIFICO: Valeriana Officinali

DESCRIPCION BOTANICA: La valeriana es una planta Herbácea, vivas, que muere en otoño y aparece en primavera. Tiene un tallo largo, gordo y completamente hueco del cual salen unas hojas enfrentadas entre si, con los rabillos soldados a la base. Las flores son numerosas, en forma de ramilletes, y su fruto es seco. La raíz es muy grande y cuando y cuando se seca desprende un olor característico muy desagradable, que más bien recuerda el sudor de pies. Florece aproximadamente en junio y julio, según la zona geográfica.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Es originaria de México, se encuentra en Chalco, Xochimilco, Iztapalapa, en el valle de México y en otros lugares de clima templado y frio de la república, pero siempre de preferencia en los terrenos húmedos.

USOS MEDICINALES: Tradicionalmente la valeriana se administra en forma de tinturas de la planta fresca o seca, en infusión o directamente en polvo. De la valeriana se utiliza en medicina en una pequeña cepa que se forma en la base de la planta, junto con las raíces. Se toma como te, tres veces al día antes de los alimentos. Es muy eficaz contra la jaqueca, el insomnio, la epilepsia, agotamiento y en la diabetes nerviosa, se refiere a una lesión de los centros nerviosos, del bulbo en particular.



Figura 36

NOMBRE COMUN: Manrubio o mata ceniza

NOMBRE CIENTIFICO: Manrubium vulgare Linnaeus

FAMILIA: Labitae

DESCRIPCION BOTANICA: Herbácea de 30 a 80 cm, deshojas con sabor amargo, con el tallo cubierto de pelillos, con hojas opuestas de apariencia blanquecina y forma redondeadas. Sus flores con forma de tubo, originan pequeños frutos como nueces.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Es originaria de Europa y habita en climas cálido, semiseco y templado, crece de manera silvestre y esta asociada con la selva tropical caducifolia.

USOS MEDICINALES: En casi todo el país, esta planta tiene aplicaciones medicinales. se emplea principalmente contra la bilis ,disintiera y el dolor de estómago, además para expulsar parásitos intestinales se recomienda la infusión de sus ramas como agua de uso en ayunas ; para ulcers y llagas se hierven algunas ramitas en un litro de agua y se aplica como cataplasma ; para evitar la caída de cabello o conservarlo sano se sugiere utilizar las hojas hervidas También el marrubio es empleado para la fiebre , infecciones intestinales , diarrea o como antiséptico. En algunas otras regiones es considerado un buen tónico estomacal, ayuda a la digestión y es útil para la gripa, bronquitis, reumatismo, hemorroides, o para regular la menstruación. Por otra parte es muy conocida la virtud que tiene de curar la tos, el asma, la inflamación en la garganta y en manchas en la piel.



Figura 37

NOMBRE COMUN: Epazote de zorrillo

NOMBRE CIENTIFICO: Chenopodiun Foetidum

FAMILIA: Chenopodiaceae

DESCRIPCION BOTANICA: Herbácea que mide hasta 1 m de altura .Posee tallos ramificados y hojas alargadas con bordes curvados e irregulares .Sus flores nacen en racimos y originan semillas amarillas .A diferencia del epazote común este tiene un sabor muy amargo.

DISTRIBUCION ECOLOGICA: Crece espontáneamente en lugares húmedos del valle de México, Iztapalapa, Xochimilco etc. y lugares semejantes por su clima.

USOS MEDICINALES: Favorece la expulsión de las lombrices intestinales (nunca debe de administrarse durante el embarazo, pues puede provocar el aborto). Como mencione al principio solo son algunas de las plantas que se producen en este lugar ya que existen muchas otras. También algunas de estas plantas son utilizadas por la misma población para curar y tratar enfermedades. Por otro lado me parece importante mencionar que parte de estas plantas son utilizadas por personas, llamadas curanderas, chamanes, hueseros etc. que se dedica a curar a la gente que trabaja en el mercado de sonora y en domicilios particulares. En Santa Ana Tlacotenco solo existen algunos curanderos y hueseros.



Figura 38

INSTITUTO DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR
PREPARATORIA EMILIANO ZAPATA
MILPA ALTA

¡HOLA! Quiero aprovechar este tiempo para hacerle unas preguntas sobre el tema de la diabetes. La información que nos proporcione será utilizada de forma confidencial.

I.DATOS PERSONALES

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____
PESO _____ ESTATURA _____

1.- ¿Desde cuando padece esta enfermedad?

2.- ¿Sabe que tipo de Diabetes padece?

- a) Tipo I (Insulinodependiente)
- b) Tipo II (No Insulinodependiente)
- c) No sabe
- d) Otro

3.- ¿Su Diabetes es controlada por insulina?

- a) SI
- b) NO

Especifique _____

4.- ¿Qué síntomas presenta una persona con Diabetes? (Puede marcar mas de una opción)

- a) Pérdida de peso
- b) Sed exagerada
- c) Frecuencia urinaria
- d) Sequedad de la boca
- e) Fatiga y nauseas

5.- ¿Usted cada cuanto se mide el nivel de azúcar en la sangre?

- a) 15 días
- b) 1 mes
- c) 4 meses
- d) 6 meses

6.- Cada cuando acude con su médico a revisión.

- a) 1 mes
- b) 2 meses
- c) 6 meses
- d) 1 año
- e) Nunca

7.- La Diabetes le ha provocado problemas visuales.

- a) SI
- Cual _____

8.-Que otro sistema u aparato de su cuerpo han sido afectados por la Diabetes.

- a) Riñón y vejiga
- b) Hígado
- c) Intestino
- d) Vista
- e) Otros

Cual _____

9.- La Diabetes ha afectado su presión sanguínea

- a) SI
- Alta _____
- Baja _____

II. ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES

10. Para usted que es la Diabetes

- a) Una enfermedad crónica
- b) Una alteración de la glucosa (azúcar) en la sangre
- c) Una enfermedad curable

11. Usted como define a la diabetes

- a) Como una hormona degradadora de azúcar
- b) Como un antibiótico
- c) No sabe

12. Conocen algún método para controlar esta enfermedad.

- a) SI
- b) NO
- c) Otros
- Cual _____

13. Cree que esta enfermedad sea mortal

- a) SI
- b) NO

Porque _____

14. Sabe que proporción de la población es la más afectada

- a) Niños
- b) Ancianos
- c) Adultos

15. Sabe que población de la población a nivel mundial es la más afectada y que va en aumento

- a) europeos
- b) Asiáticos
- c) Americanos
- d) Mexicanos
- e) otros

16. Considera que es un problema grave de salud.

- a) SI
- b) NO

17. Sabe si en el Centro de Salud existe un programa de apoyo para este tipo de personas

- a) SI
- B) NO

18. En su unidad de salud la insulina tiene algún costo

- a) SI
- Especifique:
Consulta \$ _____
Insulina \$ _____
Medicamentos\$ _____
Otros insumos\$ _____
Total \$ _____

19. Ha dejado de atenderse por falta de dinero
a) SI
b) NO
c) Desde cuando _____

20. Desea que se le brinde más información sobre la Diabetes
a) SI
b) NO

21. Se siente capaz de controlar la Diabetes sin medicamentos.
a) SI
b) NO
Porque _____

III. FACTORES GENETICOS

22. Algun Familiar de usted padece esta enfermedad
a) SI
b) NO
Quien:
Papa
Mamá
Abuelos Paternos
Abuelos Maternos
Tíos Paternos
Tíos Maternos
Hermanos
Hijos

23. Cree usted poder convertirse en una persona diabético, aunque no tenga ningún familiar con diabetes
a) SI
b) NO
Porque _____

24. Ha convivido con alguna persona diabética
a) SI
b) NO

25. Algún familiar ha fallecido por causa de la Diabetes u otra enfermedad derivada de esta.
a) SI
b) NO
Quien _____
A los cuantos _____ años _____
Que otra enfermedad _____

26. La diabetes puede ser una enfermedad hereditaria
a) SI
b) NO

27. Desciende de un persona familia diabética
a) SI
b) NO

28. Cuántas personas de su familia sufren esta enfermedad
a) 1
b) 2 o más
Quien _____

29. Que comportamiento tiene una persona con diabetes
a) Stress
b) Mal humor
c) Depresión

IV. FACTORES ALIMENTICIOS

30. Antes de su enfermedad consumía alimentos con alto contenido de grasa
a) SI
b) NO

31. Que tipo de grasa consumía con mayor frecuencia
a) Grasa animal (manteca, mantequilla)
b) Grasa vegetal (aceites)

32. Antes de su enfermedad consumía alimentos con alto contenido de azúcar
a) SI
b) NO

33. Que tipo de alimento consumía con mayor frecuencia
a) Dulces y refrescos
b) Galletas y pan dulce
c) Comida chatarra

34. Con que frecuencia consumía este tipo de productos
a) Diario
b) Cada tercer día
c) Cada Semana
d) Una vez por mes

35. Cuanas veces come al día
a) 1
b) 2
c) 3

36. Tiene suplementos alimenticios entre comida y comida
a) SI
b) NO
Cuales _____

37. Ha sufrido cambios en su peso
a) SI
b) NO
Cual _____

38. Cree usted que al no hacer ejercicio genera problemas de diabetes
a) SI
b) NO

39. Usted realiza algún tipo de ejercicio como parte de su control de la diabetes
a) SI
b) NO
Cual _____

40. Actualmente tiene una dieta para el control de la diabetes
a) SI
b) NO
Cual _____

41. Consume bebidas con alto contenido de azúcar
a) SI
b) NO
Cual _____

42. Consume alcohol (bebidas embriagantes)
a) SI
b) NO
Frecuencia _____

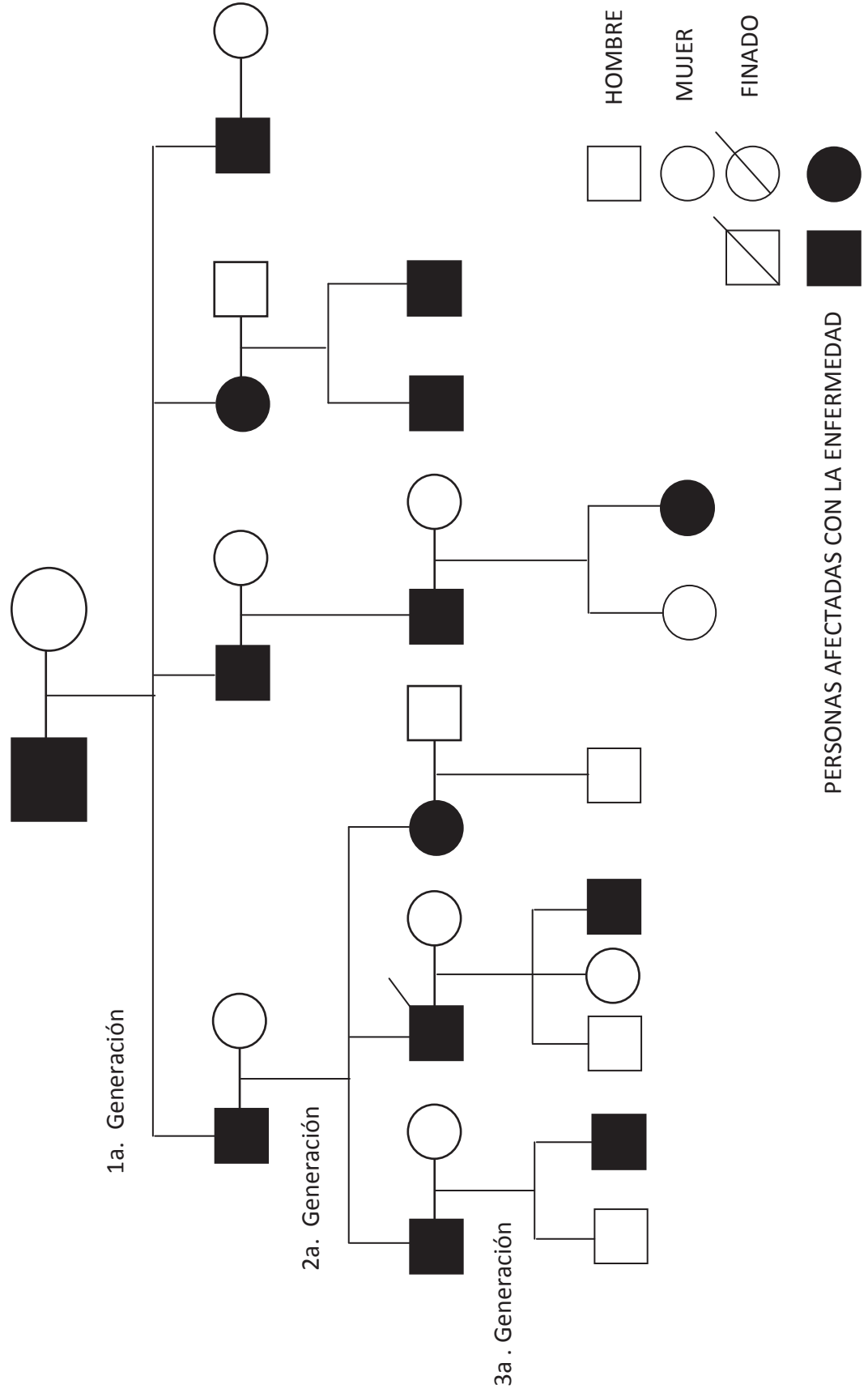
43. Consume tabaco (fuman)
a) SI
b) NO
Frecuencia _____

44. Cree usted que controla la diabetes o que la diabetes los controla a usted
a) SI
b) NO

45. Ha aprendido a vivir con la enfermedad
a) SI
b) NO

46. Cuanos años sabe usted que puede vivir con la diabetes _____

FAMILIA RAMIREZ RORIGUEZ



BIBLIOGRAFIA

- ❖ Colomer R. C. & Alvarez, D.C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson
- ❖ Costa, M. & López, E. (2000). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez roca
- ❖ Cabrera G.L, (1998). *Plantas curativas de México*. México: Gómez México
- ❖ Chavira, O.F, (1992), *Historia de mi pueblo, Tomo I: Historia Agraria*. México: CEHAM
- ❖ Chavira, O.F, (1992), *Historia de mi pueblo, Tomo II: Memoria histórica*. México: CEHAM
- ❖ Chavira, O.F, (1992), *Historia de mi pueblo, Tomo IV: Tradiciones*. México: CEHAM
- ❖ Chavira, O.F, (1992), *Historia de mi pueblo, Tomo V: Testimonios*. México: CEHAM
- ❖ Chapela, M. (2010), *En el debate: Diabetes en México*, México: UAM
- ❖ Diccionario médico segatore kef. (1980). Teido Barcelona
- ❖ Figuerola, D & Reynals,E. (1995) *Medicina Interna*.13ª ed. Madrid: Mosby-doyma
- ❖ Granada, E.P. (2005) *El campo de la salud como espacio de construcción simbólica*. En: revista de ciencias humanas. V.20
- ❖ Guyton, C.A. & Hall, E.J. (2001). *Tratado de fisiología médica (Decima ed.)*. México: Mac Graw Hill
- ❖ Harrison, Lazcano, Kaspe, y Jam. (2009). *Principios de medicina interna (17ª ed)*. México: Mc Graw Hill
- ❖ Hernández, T. (1997). *Hierbas mexicanas de México*. Ed. Mexicanos
- ❖ Hernández, S.& Fernández.(.). *Metodología de la investigación (3ª .ed)*. México: Mc Graw Hill

- ❖ Higashida, B. (2001). *Ciencias de la salud (4ta ed)*. México: Mac Graw Hill
- ❖ Instituto Nacional de Epidemiología, (2006), *Boletín de información estadística No. 26, Vol.II Daños a la salud*
- ❖ Ramis, A.R. (2007). *Complejidad y salud en el siglo XXI*. En. Revista cubana de salud pública. V.33. n.4
- ❖ Tortora G.J. (1989). *Principios de anatomía y fisiología*.(5ª.ed).México: Harla
- ❖ Medina, H.A. (2007). *La memoria negada de la ciudad de México: Sus pueblos originarios*. México: Instituto de investigación antropológica
- ❖ Mortalidad en México. (2006). *Muertes evitables: Magnitud distribución y tendencia*
- ❖ Murtagh, J. (2007). *Práctica general de medicina (3ª ed.)*. México: Mc Graw Hill

Referencias electrónicas

- ❖ *Historia de la diabetes*, (2008 octubre 10). Recuperado el 17 de agosto de 2011 de:
<http://saludyvigor.com/bestcollips/historia.htm>
- ❖ *Historia de la diabetes*. (2001). Recuperado el 15 de agosto del 2001 de:
http://www.iqb.es/d_mellitus/historiaho01.htm
- ❖ Eli Lilly and Company. (2009) *Complicaciones de la diabetes*, recuperado el 14 de enero 2011 de: www.lilly.es/prensa/medica/diabetes/archivo/04.complicaciones.d.pdf
- ❖ Merk, Sharp y Dohme. (2010). *Factores de riesgo*, recuperado el 16 de enero del 2011 de: <http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/diabetes/factores.html>
- ❖ Wikipedia enciclopedia libre (2002). *Tratamiento farmacológico de diabetes*. Recuperado el 18 de febrero del 2011 de: <http://es.wikipedia.org/wiki/sulfonilurea>
- ❖ Organización mundial de la salud. (n.d). Promoción de la salud recuperado el día 17 de agosto 2011 de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- ❖ *Seminario internacional evaluación y políticas públicas. Respondiendo a los determinantes de la salud*. (2005 junio 4). Recuperado el 15 de marzo 2011 de: www.cedetes.org/files/memorias_seminario/CONFERENCIA_HELENA_RESTREPO.pdf
- ❖ Pan American Health Organization (2008). *Declaración de Alma Ata* Recuperado el 15 de marzo 2011 de: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- ❖ Pan American Health Organization. (n.d). *Declaración de Alma Ata*, recuperado el 20 de marzo 2011 de: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- ❖ *Declaración de Bogotá, Conferencia internacional de promoción de la salud, América Latina*. (1992). Recuperado, 20 de marzo del 2011 de: www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992-Declaracion

- ❖ Ramírez. V.D. (2007). Principales causas de mortalidad en México. Recuperado el 16 de agosto 2011 de:<http://www.afomsalud/index.php./2007/03/17primera-causas-de-mortalida-en-mexico>)
- ❖ *Estilo de vida.* (2009.) Recuperado el 18 de agosto 2011 de:<http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>
- ❖ Consejo nacional de población. (2000). Mortalidad del distrito federal 1990-2007. Recuperado 18 de agosto 2011 de: www.copo.df.gob.mx/publicaciones/milpaalta.pdf)