

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS
“JOSÉ DE LA LUZ Y CABALLERO”**

CENTRO DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

**MODELO PEDAGÓGICO PARA FAVORECER CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
DEL ADULTO DE LA TERCERA EDAD DIRIGIDOS A PREVENIR LA DIABETES
MELLITUS**

Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias Pedagógicas

Pedro Luis Aguilera Fuentes

**HOLGUÍN
2011**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS
“JOSÉ DE LA LUZ Y CABALLERO”**

CENTRO DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

**MODELO PEDAGÓGICO PARA FAVORECER CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
DEL ADULTO DE LA TERCERA EDAD DIRIGIDOS A PREVENIR LA DIABETES
MELLITUS**

Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias Pedagógicas

Autor: Prof. Aux., Dr. Pedro Luis Aguilera Fuentes. M.Sc

Tutor: Prof. Tit., Lic. Carlos Córdova Martínez. Dr. C

**Holguín
2011**

Dedicatoria:

A mi hija, lo que más quiero en mi vida y a su esposo por su ayuda incondicional

A mi esposa, por su amor y dedicación

A mis padres por ser mis guías y por el apoyo que siempre me brindan

Agradecimientos:

A mi tutor Dr.C. Carlos Córdova Martínez

A la Dra.C. Carolina Gutiérrez Marroquí

A la Dra.C. Maricela Messeguer Mercader

A Ana María Pérez Sarmiento

A la familia Zaldívar

A todos los trabajadores ISPH “José de la Luz y Caballero”, en especial a la Dra.C.

Laura Leticia Mendoza Tauler

A mis compañeros de trabajo

A todos los docentes que tuvieron que ver con mi formación

A los que de una forma u otra están presentes en esta Tesis

Muchas Gracias

SÍNTESIS

La investigación es de gran actualidad y significado científico al abordar la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial la diabetes mellitus en el adulto de la tercera edad a partir de la educación popular comunitaria.

El objetivo de la investigación es la presentación de una estrategia pedagógica, sustentada en un modelo, dirigida a favorecer un estilo de vida sano en el adulto de la tercera edad, como vía de prevención de la diabetes mellitus.

La novedad de la tesis reside en el enfrentamiento integral a la diabetes mellitus, enfatizando lo preventivo, sobre la base de la educación popular comunitaria, dirigida a desarrollar un estilo de vida sano en el adulto de la tercera edad.

El aporte teórico está presente desde el primer capítulo en la sistematización de las principales categorías que sustentan la investigación y principalmente en el Modelo Pedagógico, que representa teóricamente el tratamiento integral a la diabetes mellitus, priorizando lo preventivo sobre lo sintomático, fundamentado en la educación popular comunitaria no institucionalizada, dirigida al logro de un estilo de vida sano.

El aporte práctico se concreta en la estrategia que permite la salida a la práctica del Modelo Pedagógico.

ÍNDICE

	“Pág.”
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ENFRENTAMIENTO INTEGRAL A LA DIABETES MELLITUS DESDE UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA	11
1.1. Condicionantes sociales de la diabetes mellitus y sus implicaciones en el adulto de la tercera edad.	11
1.2. Sustento socio-pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus.	21
1.3. Potencialidades que ofrece la educación popular comunitaria para el trabajo con los adultos de la tercera edad.	40
CAPÍTULO 2. MODELO PEDAGÓGICO CON SALIDA A LA PRÁCTICA A TRAVÉS DE UNA ESTRATEGIA, DIRIGIDO A PERFECCIONAR EL ESTILO DE VIDA DEL ADULTO DE LA TERCERA EDAD, COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	62

2.1. Caracterización de la situación existente en el municipio Holguín respecto a la diabetes mellitus y su prevención.	62
2.2. Descripción estructural y funcional del Modelo Pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de la tercera edad dirigidos a prevenir la diabetes mellitus.	67
2.3. Estrategia para la instrumentación en la práctica del Modelo Pedagógico.	84
CAPÍTULO 3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA EN LA PRÁCTICA	98
3.1. Análisis de la aplicación de la técnica de Criterio de Expertos con el método Delphi asociado para determinar la pertinencia del Modelo Pedagógico y su relación con la estrategia.	98
3.2. Resultados de la aplicación parcial en la práctica de la propuesta.	106
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES	120
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	145

INTRODUCCIÓN

La población cubana está envejeciendo. Esto es un hecho real, en cuya base se encuentran dos componentes: la baja natalidad y el aumento constante de la esperanza de vida de la población, lo que origina una pirámide de edades similar a los países más desarrollados. Selman-Housein (2008).

El conocimiento de las Ciencias Médicas, relacionado con el envejecimiento, niega la creencia tradicional de que este es sinónimo de enfermedad; aunque dicha creencia pudiera parecer justificada porque los adultos mayores tienden a ingerir muchos fármacos para sus múltiples dolencias.

En los adultos de la tercera edad son muy comunes las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, hiperlipoproteinemia y obesidad; las cuales, con mucha frecuencia, aparecen combinadas en un mismo individuo, disminuyendo la calidad de vida.

El análisis de las estadísticas, tanto nacionales como internacionales, permite constatar el aumento acelerado de las ECNT, en especial en este grupo etario. Este hecho socialmente se traduce en invalidez, sufrimientos, costo económico en servicios médicos y la ausencia del aporte de estas personas a la sociedad, con lo que se pierden su experiencia y sabiduría, y lo que es peor, al propio individuo con una muerte prematura.

La ciencia ha demostrado que la génesis de estas enfermedades radica, principalmente, en un inadecuado estilo de vida que al mantenerse por largo tiempo, incrementa las posibilidades de padecerlas según avanza la edad.

El mundo actual está dominado por la tecnología, y las grandes transnacionales difunden una cultura de consumo e inacción, que origina un estilo de vida que favorece la aparición de las ECNT. Esta realidad se explica por la contradicción entre la ingestión de alimentos con alto contenido calórico y una disminución de los gastos energéticos, como consecuencia de menores esfuerzos físicos; situación que se complica porque la evolución humana ha favorecido los organismos ahorradores de energía.

La tercera edad y las enfermedades crónicas no transmisibles, las infecciosas y la mortalidad infantil, son líneas de acción priorizadas por el Ministerio de Salud. Lo anterior, junto con actividades bien orientadas, ha logrado que Cuba sea comparada, en materia de salud, con países de alto grado de desarrollo económico del llamado Primer Mundo.

Se han obtenido logros significativos en los programas del control de las enfermedades infecciosas y en la disminución de la mortalidad infantil. Al compararse estos resultados, altamente satisfactorios, con los avances obtenidos en los programas del adulto mayor y las enfermedades crónicas no transmisibles, se puede determinar que, en estos últimos, los progresos son menos relevantes.

La situación ha conducido a que se recoja como prioritario en el Proyecto de Lineamientos de la Política Económica y Social del VI Congreso del PCC (2011:20): *“Fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas.”*

La situación presenta diversas causas:

- A pesar del componente social de las ECNT, las investigaciones tradicionales, en el campo de la medicina, dada su orientación positivista, son de naturaleza

fundamentalmente cuantitativa y cuando las enfermedades tienen una causa sociocultural, como es el caso de las ECNT, las valoraciones realizadas a partir de los datos estadísticos, no muestran con claridad argumentos que favorezcan una intervención integral, con carácter preventivo.

- El funcionamiento reciente, aunque aún insuficiente, de servicios de Geriátrica y especialistas, tanto en Geriátrica como en Gerontología, han tenido un impacto positivo en la atención a estas enfermedades, aunque sin proyectarse hacia una prevención efectiva.
- Las actividades de los profesionales de cultura física, que se han incorporado a desarrollar a nivel comunitario una cultura del ejercicio, solo logran un efecto limitado y parcial relacionado con la conformación de un estilo de vida sano.
- La educación para la salud, que se realiza a través de los consultorios del médico de la familia y los medios de comunicación masiva, alertan constantemente sobre la necesidad de un estilo de vida sano. No obstante, la mayoría de las personas no aprecian los beneficios que tiene para la salud un cambio en el estilo de vida. Los individuos, no solo en la tercera edad, carecen de voluntad para realizar tan beneficioso cambio.

A pesar de todos los esfuerzos las ECNT siguen aumentando progresivamente, producto de que no se realizan cambios en el estilo de vida, lo que favorece la aparición de estas enfermedades. Las causas del fenómeno, como se ha planteado, se encuentran en el sedentarismo, las dietas hipercalóricas y los hábitos tóxicos, entre otras.

No solo es imprescindible el conocimiento de cómo lograr una longevidad satisfactoria, esto no basta en sí mismo. Es necesario encontrar una metodología que permita empoderar a las personas para que alcancen un envejecimiento sano.

Las ECNT, como se ha reiterado, además de disminuir la calidad de vida se sitúan entre las principales causas de muerte en el adulto mayor. Dentro de estas enfermedades tienen una mayor morbilidad la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, y las hiperlipoproteinemias. Contrario a las creencias tradicionales, la solución al problema no se encuentra en la farmacoterapia; sino en un tratamiento integral, donde el cambio en el estilo de vida juegue un papel fundamental.

El autor de esta investigación es especialista en Endocrinología y durante más de quince años se ha dedicado a investigar la diabetes mellitus y atender a pacientes aquejados de esta enfermedad. Su experiencia y el impacto creciente en la población de dicha enfermedad, junto a las complicaciones que genera, lo han conducido a dedicar esta investigación a la prevención de esta pandemia.

Diabetes mellitus has become one of the great epidemics of our time, affecting nearly 150 million adults worldwide and nearly 11 million adults in the United States in 2000. In 2002, diabetes cost approximately 132 billion dollars in direct medical costs and lost productivity. Bazzano, L. A. Serdula, M. and Liu, S. (2005: 310).¹

A partir de la situación problemática presentada se realizó un análisis epistemológico inicial. Entre los autores consultados que centran su estudio en el estilo de vida se destacan: González Barreiro y otros (2001), Israel Mayo (1999), H. Cárdenas y G.

¹ “La diabetes mellitus se ha convertido en una de las más grandes epidemias de nuestros tiempos, afectando a casi 150 millones de adultos en todo el mundo y cerca de 11 millones de adultos en los Estados Unidos en el 2000, en el 2002, la diabetes costó aproximadamente 132 billones de dólares en costos médicos directos y por la pérdida de la productividad.” Bazzano, L. A. Serdula, M. an Lui, S. (2005:310)

Potrony (1990). Respecto al estilo de vida y diabetes resaltan: L. Clare y colaboradores (2007), L. *Bazzano*, M. *Serdula* y S. *Liu*. (2005), R. Wing (2001), K. Bate (2003) y S. Klein (2004).

Con estos conocimientos, relacionados con la Sociología de la Educación, se transitó hacia fuentes pedagógicas que podían ofrecer posibles vías para prevenir esta situación. Se consultaron importantes especialistas cubanos como Carlos Álvarez, Fátima Addine y Homero Fuentes, los cuales aportaron importantes fundamentos teóricos que permitieron la valoración de fuentes más específicas, como Elizabeth Aguilera (2008), que aborda la educación para la salud y Dagogo (2003), que trata la prevención en el nivel primario de salud, ambas de interés, pero que no penetran en la esencia de la situación estudiada.

Respecto a las posibles concepciones adaptables a la educación del adulto de la tercera edad se descartó la relacionada con la alfabetización de adultos, ya que no se busca impartir un programa con un número determinado de asignaturas dirigidas a un nivel de enseñanza específico, es necesario un sistema que incluya al grupo etario con niveles de educación que se extienden del primario al universitario, con la mayoría de sus integrantes concentrados en el nivel medio.

Con este objetivo se analizaron los trabajos realizados con adultos de la tercera edad, en particular es de interés la tesis doctoral de M. Verdecia (2010), que aborda el desarrollo de proyectos de vida en el anciano, aunque limitados a la Universidad del Adulto Mayor.

Se presenta la necesidad de un tipo de educación no institucionalizada con características especiales, por estar dirigida a los adultos de la tercera edad. No se pretende transmitir profundos conocimientos sobre la diabetes mellitus a dicho grupo

social, sino empoderar a estas personas, con los conocimientos que les permitan desarrollar una vida sana, eliminando hábitos, tradiciones y creencias que les impiden elevar su calidad de vida. La búsqueda condujo a la educación popular.

La bibliografía sobre educación popular consultada fue desde el inicio extensa, y resalta la obra de Paulo Freire; pero además, se analizaron autores como Rolando Bellido (2007), Carlos Núñez (2005), Esther Pérez (2004) y Viegas Fernández (2000), entre otros. El análisis epistemológico realizado permitió determinar como brecha epistémica la prevención pedagógica de la diabetes mellitus en el adulto de la tercera edad.

Un diagnóstico preliminar desarrollado en la provincia de Holguín, que contempló datos estadísticos y talleres realizados con especialistas en medicina interna y médicos generales integrales, arrojó las siguientes tendencias relacionadas con la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad:

- Propensión mantenida al aumento, durante los últimos años, de adultos de la tercera edad que debutan con esta patología.
- A pesar de que las ECNT son producto, fundamentalmente de un comportamiento social, sigue prevaleciendo un enfoque biologicista, que se concreta a través de un tratamiento predominantemente farmacológico, con escasa presencia de un enfoque integral que priorice lo preventivo.
- Desconocimiento y/o falta de voluntad por parte del adulto de la tercera edad para cambiar su estilo de vida por uno más sano, situación que se agrava en los pacientes al carecer de una suficiente educación diabetológica.
- Insuficiente preparación del profesional de la salud para trabajar desde el componente educativo.

- Ausencia de una prevención de carácter pedagógico, capaz de desarrollar un pensamiento crítico, dirigida a favorecer un estilo de vida sano como principal vía para prevenir las ECNT, en especial la diabetes mellitus.

Las valoraciones epistemológicas y el diagnóstico inicial permiten definir **la contradicción en su manifestación externa** que genera esta investigación, la cual se manifiesta entre la prevención tradicional, incapaz de detener el aumento de la enfermedad, orientada fundamentalmente al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus y la necesidad de una prevención integral, que priorice lo educativo sobre la base de procedimientos pedagógicos, conducente a lograr cambios en el inadecuado estilo de vida del adulto de la tercera edad, por ser ello la causa fundamental de la propagación de la enfermedad.

A partir de la contradicción anterior se ha definido el siguiente **problema científico**:

¿Cómo alcanzar una prevención integral de la diabetes mellitus, que priorice lo educativo sobre la base de procedimientos pedagógicos, conducente a lograr cambios en el inadecuado estilo de vida del adulto de la tercera edad?

El problema conduce a determinar **el objeto de estudio** en la prevención pedagógica de la diabetes mellitus.

El **objetivo** que guía esta investigación se define como: presentación de una estrategia pedagógica, sustentada en un modelo, que presenta la prevención integral de la diabetes mellitus, sobre la base de procedimientos educativos, conducentes a lograr cambios en el inadecuado estilo de vida del adulto de la tercera edad

Acorde con el objetivo, el **campo de acción** se concreta en la prevención pedagógica de la diabetes mellitus, sustentada en los principios de la educación popular, dirigida a producir cambios en el inadecuado estilo de vida del adulto de la tercera edad.

Para resolver el problema y dar cumplimiento al objetivo se plantea la siguiente

Hipótesis: una estrategia, fundamentada en un modelo pedagógico, que contemple la prevención integral de la diabetes mellitus, que priorice lo educativo y se fundamente en los principios de la educación popular comunitaria, dirigida al logro de un estilo de vida sano en el adulto de la tercera edad, resolvería la contradicción, en su manifestación interna, que se sitúa dentro del sistema de educación popular comunitaria, conducente a la prevención de las ECNT, en particular, la diabetes mellitus, entre los componentes socioculturales y pedagógicos.

Para enfrentar el problema, demostrar la hipótesis y cumplir el objetivo se plantean las siguientes **tareas científicas**.

1. Determinar los condicionantes sociales de la diabetes mellitus y sus implicaciones en el adulto de la tercera edad.
2. Fundamentar el sustento socio-pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus
3. Valorar la educación popular como sustento pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad.
4. Caracterizar la situación existente en el municipio Holguín respecto a la prevención de la diabetes mellitus en el adulto de la tercera edad.
5. Diseñar un modelo pedagógico dirigido a prevenir la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad a partir de cambios en el estilo de vida.

6. Elaborar la estrategia que permita la salida a la práctica del modelo.

7. Socializar la propuesta.

Metodología investigativa: La investigación se sustenta en la Dialéctica Materialista, a partir de la cual se triangulan las distintas fuentes consultadas. En la investigación se utilizan los paradigmas cuantitativo y cualitativo, pero se privilegia el segundo.

Los **métodos teóricos** empleados han sido los siguientes:

Análisis y crítica de fuentes para valorar todas las fuentes escritas y orales sobre el tema, a partir de la utilización de los métodos del pensamiento lógico, análisis-síntesis, inducción- deducción, histórico-lógico e hipotético- deductivo como procedimientos.

Método hermenéutico, en el estudio interpretativo de la pluralidad de conceptos, categorías, proyecciones textuales y parlamentos esgrimidos en torno al tema de investigación y en la reconstrucción y crítica de fuentes.

Sistémico estructural: fundamentalmente en la elaboración del Modelo y la estrategia.

Métodos empíricos:

Enfoque de observación participante: contiene la experiencia y la actividad médico-educativa del autor.

Enfoque de investigación acción: contempla la participación activa de los adultos de la tercera edad en la instrumentación de la propuesta.

Introducción parcial de los resultados con validación, fundamentalmente, cualitativa:

Estudios de casos en algunos pacientes, que contempla historia de vida.

Criterio de expertos: para determinar la factibilidad del Modelo y la estrategia.

Forum comunitario: para valorar los resultados de la instrumentación parcial en la práctica.

Criterio de la comunidad: como auxiliar del anterior.

Novedad científica: La novedad de la tesis reside en el tratamiento integral a la diabetes mellitus, enfatizando lo preventivo, sobre la base de la educación popular comunitaria, instrumentada por los profesionales de la salud y dirigida a desarrollar un estilo de vida sano en los adultos de la tercera edad.

Aporte teórico: presente desde el primer capítulo en la sistematización de las principales categorías que fundamentan la investigación, algunas de las cuales son redefiniciones del autor y principalmente en el Modelo Pedagógico, que representa teóricamente el proceso de prevención integral a la diabetes mellitus, sustentado en la educación popular comunitaria, dirigido al logro de un estilo de vida sano en el adulto de la tercera edad.

Aporte práctico: La estrategia, que a partir de sus direcciones, actividades y acciones, permite la salida a la práctica del Modelo Pedagógico.

La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

El primer capítulo está dirigido a los fundamentos epistemológicos que sustentan la propuesta. El segundo presenta los aportes esenciales de la investigación contenidos en el Modelo Pedagógico y la estrategia. El tercer capítulo es portador de la socialización y valoración del Modelo y su estrategia en la práctica.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ENFRENTAMIENTO INTEGRAL A LA DIABETES MELLITUS DESDE UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA

El capítulo se inicia con el análisis de la incidencia de las ECNT, en particular de la diabetes mellitus y su relación con los estilos de vida. En el segundo epígrafe se fundamenta el sustento socio-pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad y se valoran categorías como prevención, modo de vida, estilo de vida y calidad de vida. En el tercer epígrafe se valora la educación popular en el contexto comunitario, como sustento pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad.

1.1. Condicionantes sociales de la diabetes mellitus y sus implicaciones en el adulto de la tercera edad

En los últimos años, la rápida expansión de diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud humana y los estudios epidemiológicos realizados, han contribuido a aclarar el papel del estilo de vida en la prevención y control de las ECNT, principal causa de la morbilidad y la mortalidad prematura. Al respecto D. Burnet (2006:84), refiriéndose a una de las ECNT más generalizada, señala: *“Strong evidence exists for the prevention or delay of type 2 diabetes through lifestyle changes”*.²

² “Existe evidencia contundente para la prevención o demora de la diabetes tipo 2 por medio de los cambios de estilo de vida.” Burnet, DL. Elliot, LD. Quinn, MT. Plaut, AJ. Schwartz, MA. Chin, MH. (2006:84)

La industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización en general, han acelerado los cambios experimentados en el modo de vida de la población. Esta situación ha incidido de forma negativa en la salud producto de cambios inapropiados en los hábitos alimentarios, disminución de la actividad física y mayor consumo de sustancias tóxicas. Todo lo anterior se relaciona con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Debido a estos cambios y su reflejo en el modo de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebro-vasculares y algunos tipos de cáncer, son causas cada vez más frecuentes de discapacidad y muerte prematura, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados.

Esta situación supone una carga adicional para los presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados. La diabetes mellitus, que se ha convertido en una pandemia, es un ejemplo de la situación descrita. Al respecto J. Dagogo (2002: 549) expone: *“Diabetes is the leading cause of blindness, end-stage renal failure, non-traumatic limb amputations, and cardiovascular morbidity and mortality”*.³

Los alimentos se han convertido en productos fabricados y comercializados en un mercado que se ha ampliado desde una base esencialmente local a otra cada vez más internacional. De esta forma, los cambios de la economía alimentaria mundial se han reflejado en los hábitos alimentarios. Por ejemplo, hay mayor consumo de alimentos altamente energéticos, con alto contenido de grasa, en particular, grasa saturada y

³ “La diabetes es la causa principal de la pérdida de la visión, del estadio final de la falla renal, amputaciones de miembros no traumáticas, y la morbilidad y mortalidad cardiovascular.” Dagogo Jack, S. (2002:549)

alimentos bajos en fibras dietéticas.

Estas características alimenticias se combinan, en algunos sectores de la población, con la disminución del gasto energético que conlleva un modo de vida sedentario, como transporte motorizado, aparatos que ahorran trabajo en el hogar, disminución de las tareas manuales físicamente exigentes en el trabajo, y dedicación preferente del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico. Al referirse al tema M.Chakravarthy, M. Joyner y F. Booth (2002: 109) destacan: “Physical inactivity increases the risk of many chronic disorders”.⁴

Se puede afirmar que la falta de actividad física y el exceso de nutrientes influyen en el riesgo y la patogénesis de las ECNT; por el contrario, se ha comprobado que la actividad física reduce significativamente los efectos del sobrepeso y la obesidad, por lo que constituye uno de los pilares en el tratamiento y prevención de las ECNT.

En estas condiciones, las estrategias dirigidas a la prevención de las ECNT deben reconocer plenamente la importancia de la educación como medio fundamental para mejorar la nutrición e incrementar la actividad física.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son, en gran medida, enfermedades prevenibles. Si bien pueden ser necesarias más investigaciones básicas sobre algunos aspectos de los mecanismos que relacionan al estilo de vida y la salud, los datos científicos disponibles, proporcionan una base suficientemente sólida y confiable para justificar la aceptación de medidas preventivas.

La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo para prevenir las ECNT, representa un avance importante en una política sanitaria integral. A veces las ECNT se

⁴ “La inactividad física incrementa el riesgo de muchas afecciones crónicas.” Chakravarthy, MV. Joyner, MJ. Booth, FW. (2002:109)

comportan como las enfermedades transmisibles a nivel de los factores de riesgo. Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial.

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y de alcohol), factores biológicos (dislipidemias, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí.

El aumento rápido de las ECNT es un determinante clave de la salud pública mundial. La evidencia de que los riesgos de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles empiezan en la vida fetal y persisten hasta la vejez es cada vez mayor. En relación con los adultos de la tercera edad y las ECNT se plantean dos interrogantes:

1. ¿ Siguen los factores de riesgo comportándose como un elemento importante en el desarrollo de las ECNT en edades avanzadas de la vida?
2. ¿En qué medida la modificación de esos factores de riesgo permite influir en la aparición de esas enfermedades o prevenir las complicaciones en los ya enfermos?

Las evidencias acumuladas demuestran la significativa relación de las ECNT y los adultos de la tercera edad, por ser una etapa de la vida de expresión importante de estas enfermedades, lo que obliga a reducir preventivamente los factores de riesgo y

aplicar tratamientos eficaces.

La mayoría de las ECNT aparecen en este período de la vida como el resultado de la interacción de varios procesos mórbidos, así como el deterioro general de las funciones fisiológicas. Hasta hace pocos años se pensaba que los riesgos no aumentaban significativamente en las edades avanzadas y que por consiguiente, no se obtendrían beneficios apreciables cambiando el estilo de vida, como perfeccionar la dieta, aumentar la actividad física y disminuir los hábitos tóxicos.

Existía también la idea de que los adultos de la tercera edad adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez. En oposición a lo anterior, se abrió camino la opinión que alentaba a los adultos mayores a introducir en su vida cambios que eran probablemente demasiado estrictos y alteraban significativamente su calidad de vida de forma desproporcionada al beneficio previsto.

En la investigación se sostiene la idea de que los adultos de la tercera edad pueden modificar su estilo de vida, sin que esto afecte su proyecto de vida; a través de un régimen alimentario saludable, que según sus posibilidades sea lo más amplio y variado posible, acompañado de una mayor actividad física, que contemple ejercicios físicos, acorde con las potencialidades de cada individuo, como enfrentamiento al sedentarismo. A esto debe agregarse la eliminación o disminución de los hábitos tóxicos.

Es lógico suponer que si el riesgo mayor de padecer ECNT está en los adultos de la tercera edad, estos sean los más beneficiados al modificar su estilo de vida, además de mejorar el pronóstico de estas enfermedades cuando ya las padecen.

Respecto al adulto de la tercera edad, se reconoce que este grupo etario ha recibido

relativamente poca atención en cuanto a la prevención primaria, no obstante, se considera necesario resaltar que, por lo general, la aceleración del deterioro causado por factores externos es generalmente reversible a cualquier edad. A lo anterior se puede agregar que las intervenciones encaminadas a apoyar al individuo y promover entornos más sanos posibilitan una mayor independencia a edades avanzadas.

Una combinación de actividad física, diversidad de alimentos e interacción social amplia, constituye el perfil del modo de vida más adecuado para optimizar la salud, conducente a una mayor longevidad y envejecimiento sano.

En el presente trabajo se caracteriza, particularmente, una de las ECNT de más impacto en la salud de la población, la diabetes mellitus; en dicha caracterización se toman como indicadores: carácter de pandemia, tipos de diabetes, grupo etario más afectado, etiología de la enfermedad y clases de tratamientos.

Se pronostica que para el año 2025, unos 380 millones de personas alrededor del mundo padecerán dicha enfermedad. Federación Internacional de Diabetes (2006); en Henry Kronenberg y colaboradores (2008).

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que origina más costos a nivel internacional. Como promedio, las personas con diabetes mellitus tipo 2 morirán entre 5 a 10 años antes que las personas sin diabetes, según la Organización Mundial de la Salud (2007). Cada diez segundos dos personas desarrollan diabetes en el mundo. Según informe de la Federación Internacional de Diabetes (2006); en Henry Kronenberg y colaboradores (2008).

La primera referencia sobre la diabetes se atribuye a un médico de la Antigua Grecia llamado Areteo de Capadocia (30 a.n.e a 50 d.n.e). La palabra diabetes significa sifón o

fluir a través de y Areteo la utilizó para designar una enfermedad en la que las personas “*bebían mucha agua y orinaban continuamente*”. J. Fernández y P. Aguilera (2009: 27).

El término mellitus se incorporó muchos años después, a finales del siglo XVIII, por el médico inglés John Rollo y el alemán Johann Peter Frank, los cuales emplearon ese vocablo, que significa dulce como la miel, para describir la presencia de azúcar en la orina de las personas diabéticas.

Existen diferentes tipos de diabetes mellitus. Un comité de expertos de la Asociación Norteamericana de la Diabetes (ADA) estableció, en 1997, una nueva clasificación de la enfermedad, basada en las causas que la originan, que incluye cuatro grupos fundamentales.

Grupo 1 (diabetes mellitus tipo 1): a esta forma de diabetes se le llama también diabetes juvenil, debido a que debuta más frecuentemente en niños y personas jóvenes (menores de 30 años). La misma es producida por la destrucción de las células del páncreas encargadas de fabricar la insulina, lo que conlleva a que los individuos afectados necesiten de inyecciones diarias de la hormona, por lo que también se le suele llamar diabetes mellitus insulino dependiente, debido a que el páncreas no es capaz de producirla. Se considera que esta forma de la enfermedad incluye sólo entre el 5 y el 10% de todos los pacientes diabéticos.

Grupo 2 (diabetes mellitus tipo 2): también llamada diabetes mellitus del adulto, ya que se desarrolla en edades más tardías de la vida. Es la forma más común de la enfermedad y afecta entre 90 y el 95 % de las personas diabéticas. En ella el páncreas puede producir cantidades insuficientes de insulina o niveles normales e incluso altos, por lo que el trastorno está relacionado con una inadecuada utilización de la hormona

por parte de las células del cuerpo. Este tipo de diabetes, generalmente, no requiere de las inyecciones de insulina, por lo que se le ha dado en llamar diabetes no insulino dependiente; además, se ha comprobado que en el diabético tipo 2 el ejercicio físico brinda beneficios más marcados.

Grupo 3 (diabetes gestacional): se trata de una diabetes que aparece en el embarazo, por lo general, entre el segundo y el tercer trimestre del mismo. Casi siempre este trastorno desaparece después del parto. Sin embargo, aquellas mujeres que la han padecido tienen un mayor riesgo de desarrollar en el futuro una diabetes permanente.

Grupo 4 (diabetes producida por otras causas): en este grupo se incluye una serie de formas de diabetes específicas, pero generalmente poco comunes, que son secundarias a otras enfermedades.

Aunque estos grupos recogen las diferentes formas de presentación de la enfermedad, el interés fundamental de la investigación está dirigida a la diabetes tipo 2, por su alta frecuencia entre los adultos de la tercera edad y además, por ser el tipo donde se cuenta con un mayor cúmulo de evidencias científicas respecto a los beneficios del cambio en el estilo de vida.

El diagnóstico que permite determinar que una persona es diabética descansa en valoraciones clínicas y en análisis de laboratorio. El médico dispone de pruebas para determinar la concentración de azúcar en la sangre bajo determinadas condiciones. Existen varios criterios para llegar al diagnóstico de la diabetes mellitus, los cuales difieren ligeramente. En esta tesis se ofrecen las normativas propuestas por la Asociación Norteamericana de la Diabetes (ADA):

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso) unidos

a una concentración de glucosa en sangre igual o superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/L) en una medición casual, o sea en cualquier momento del día, independientemente de si la persona ha ingerido o no alimentos.

- Niveles de glucosa en sangre medidos en ayunas, iguales o superiores a 126 mg/dl (7,0 mmol/L).
- Prueba de tolerancia a la glucosa o PTG (medición de la glucemia a las dos horas de haber ingerido 75 g de dextrosa diluidos en agua) que arroje valores de glucosa sanguínea iguales o superiores a 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

Ante la presencia de, al menos, uno de estos tres signos, el médico establecerá el diagnóstico de diabetes mellitus.

Además del tratamiento médico apropiado para los ya afectados, se considera que la prevención primaria es la acción más económica, asequible y sostenible para hacer frente a la epidemia de la diabetes mellitus tipo 2.

El Dr. Martin Silink, presidente electo de la Federación Internacional de Diabetes, en el 66 Congreso de la Asociación de Diabetes Americana realizado en el año 2006, señaló que la diabetes mellitus está emergiendo más rápidamente que cualquier otra catástrofe que el mundo haya visto y que la epidemia mermará los recursos de todo el planeta si los gobiernos no despiertan y pasan a la acción. Citado por Henry Kronenberg y colaboradores (2008).

Las estadísticas confirman las observaciones anteriores, por ejemplo, el año 2007 cerró con 246 millones de diabéticos y, como se había dicho, se espera que para el año 2025 la cifra aumente a 380 millones. Tres millones mueren anualmente por causas atribuibles a la diabetes, cuarta causa de muerte en los países desarrollados y causa de

discapacidad de millones de personas en todo el mundo. Tomado de Henry Kronenberg y colaboradores (2008).

Según World Diabetes Foundation, en América Latina, en el 2006, vivían con diabetes 16,2 millones de personas, se espera que esta cifra aumente en los próximos 18 años a 32,7 millones.

En Cuba, la mayor prevalencia se encuentra a partir de los 60 años. En la actualidad, constituye la octava causa de muerte en el país, novena causa de años de vida perdidos, factor de riesgo mayor de otras causas de muerte y causa importante de discapacidad y uso de servicios.

En la provincia Holguín, según datos aportados por el Departamento de Estadística de la Salud, el tres por ciento de la población está constituida por diabéticos conocidos, y se piensa que viven con diabetes similar cantidad de personas aún no diagnosticadas. El Municipio de Holguín no escapa a la tendencia de un incremento de la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus, asociada, fundamentalmente, al incremento del sobrepeso y la obesidad, como expresión de un mal estilo de vida y al envejecimiento progresivo de la población.

Aunque se conoce que la intervención para enfrentar la actual tendencia debe realizarse, fundamentalmente, a nivel preventivo, el médico dedicado a este tipo de atención prioriza en su práctica diaria el tratamiento farmacológico, entre otras causas, por la propia exigencia del paciente. A ello se une la perniciosa creencia cultural de que el sedentarismo y el consumo de comidas ricas en calorías son sinónimos de bienestar y progreso social.

En este contexto es importante destacar que, a pesar de existir un consenso

generalizado de los beneficios aportados por el tratamiento no medicamentoso, la tendencia es la de basar el tratamiento en los fármacos. Esto explica el aumento de la diabetes mellitus, a pesar del desarrollo alcanzado por la medicina, por lo que se impone reevaluar el tratamiento tradicional y sustituirlo por uno integral que priorice un cambio del estilo de vida, para lo cual es necesario incursionar, con intencionalidad pedagógica, en las condiciones socioculturales que inciden en el estilo de vida.

1.2. Sustento socio-pedagógico de la prevención de la diabetes mellitus

La prevención es relativamente reciente, ella surge y se consolida en los últimos tres siglos. A fines de la edad media, las cíclicas epidemias de peste asolaban la población europea. El proceso de colonización de la América Hispana, en el siglo XV, originó un enorme descenso de las poblaciones aborígenes y el factor principal de esta catástrofe humana fueron las enfermedades infecciosas introducidas por los europeos, como la viruela y la gripe.

Se le atribuía el origen de las pestes, que diezmaban la población, a castigos divinos o a la existencia de miasmas en el aire, por lo que se pretendía prevenirlas con rogativas, toques de campanas y procesiones religiosas y en el caso de las miasmas con enormes fogatas dirigidas a purificar el ambiente.

A partir del siglo XVIII, con el impacto de la ilustración, se trató de encontrar una causa natural al fenómeno y empezaron a relacionarse las enfermedades con el medio ambiente y la importancia de la higiene en su prevención. A fines de este siglo se produce un descubrimiento científico de enorme trascendencia, la invención de la vacuna contra la viruela, como modo científico de prevención, consistente en desarrollar

una enfermedad benigna para que se crearan los anticuerpos necesarios para evitar un contagio mortal.

A mediados del siglo XIX los científicos británicos descubrieron que las epidemias que asolaban, principalmente los superpoblados barrios obreros londinenses, tenían sus causas en que las aguas del río Támesis, que utilizaba la población para su consumo, estaban contaminadas por las cloacas de la ciudad. La solución preventiva fue crear un alcantarillado, paralelo al río, que condujera las aguas negras al mar.

En la segunda mitad del siglo XIX y principio del XX se realizaron campañas masivas de saneamiento dirigidas a eliminar zonas insalubres, como las desarrolladas contra el vector de la fiebre amarilla en Cuba y Panamá.

El descubrimiento de la penicilina, en 1928, fue el prelude de la explosión científica originada en la medicina entre los años cuarentas y la década del setenta del siglo XX, que permitió cambios revolucionarios en la prevención. Entre los descubrimientos que revolucionaron la medicina se encuentran:

- El uso de la estreptomina en el combate a la tuberculosis
- Inicio de la era de la quimioterapia en oncología
- Desarrollo de las vacunas
- Descubrimientos de drogas eficaces para el tratamiento de la hipertensión
- Utilización del marca paso para las arritmias cardíacas
- Estimulación externa del corazón que logra revertir el infarto agudo del miocardio.
- El uso de la hemodiálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica

El descenso de la mortalidad producida por el control de las enfermedades infecciosas, y los resultados de la explosión científica, originan el consiguiente aumento de la esperanza de vida de la población, hecho que conduce a la proliferación de las ECNT, que se convierten en la primera causa de muerte entre las personas mayores de 60 años. Esta situación conduce a un nuevo tipo de prevención, la prevención educativa, que centra su atención en los factores de riesgos

Tradicionalmente el término prevención, se ha utilizado en los campos médico, psicológico, jurídico, educación vial, seguridad laboral, protección del medio ambiente, catástrofes y fenómenos naturales y no en el campo educativo.

Existen diversas posiciones ante el concepto de prevención y su taxonomía, en dependencia no solo, desde la ciencia que se construye, sino también en correspondencia con los presupuestos teóricos que asumen los autores. La Pedagogía aún no ha elaborado una teoría suficientemente acabada sobre la prevención, lo que la ha llevado a asumir en su aparato categorial conceptos establecidos por disciplinas de otras ciencias.

Entre los referentes teóricos relacionados con la prevención educativa se encuentran las obras de Caplan (1964), Tjossem y De Lorenzo (1988) Bell (1997), Torres (2004) Pérez (2002) Fernández Pérez (2006) y Pérez y Chernousova (2010). Las clasificaciones de prevención más conocidas son las siguientes:

La de Caplan (citado por Bell) que la cataloga en:

- Prevención primaria, fundamentalmente reactiva, que intenta desarrollar fortalezas, recursos adaptativos y salud en las personas y no reducir o contener déficit o problemas ya manifiestos.

- Prevención secundaria, que intenta detectar el problema lo antes posible e intervenir en las primeras fases de su evolución para evitar su desarrollo.

- Prevención terciaria, que se propone reducir o minimizar las secuelas y consecuencias negativas (sociales, psicológicas, físicas) de los trastornos y evitar recaídas posteriores.

La de Bloom (citado por Pérez y Chernousova), que la clasifican en:

- Prevención comunitaria, la cual dirige a todos los residentes de la comunidad, con independencia de sus circunstancias actuales o de sus riesgos personales.

- Prevención tipo milestone, dirigida a personas que se encuentran en un momento concreto de su vida. Es la etapa vital la que se identifica como factor de riesgo, más que a los individuos.

- Prevención de alto riesgo, la cual se centra en personas consideradas vulnerables o que se encuentran en situaciones de riesgo (por sus circunstancias sociales o patrones culturales).

En la educación cubana la categoría prevención se ha trabajado fundamentalmente en la Educación Especial. Las normativas que rigen actualmente la prevención en Cuba se sustentan en normas aprobadas por la ONU para la atención a los discapacitados.

El término prevención significa acción dirigida a prevenir un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria); o a prevenir que este deterioro cause una limitación o incapacidad permanente (prevención secundaria). The Standard Rules (1994)

Una redefinición de los niveles de prevención a partir de lo normado por la ONU en su contextualización a la Educación Especial propone R. Bell (1995)

- Prevención primaria: asumida como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales.
- Prevención secundaria: dirigida a la adopción de medidas encaminadas a diagnosticar y atender tempranamente la deficiencia ya existente para evitar su establecimiento como discapacidad.
- Prevención terciaria: considerada como un conjunto de medidas dirigidas a evitar el establecimiento de la discapacidad como minusvalía.

La categoría prevención aportada en esta investigación parte de la clasificación de Bell enriquecida con elementos de la de Bloon, por lo que se comprende por prevención: el proceso educativo, de carácter pedagógico, sustentado en la educación popular, realizado en la comunidad bajo la dirección de los profesionales de salud, encaminado a evitar la aparición y desarrollo de las ECNT en especial la DM en el adulto de la tercera edad, valorada a partir de tres niveles: primaria, secundaria y terciaria:

- La prevención primaria incluye dos estrategias básicas, una dirigida a la población en general y la otra a grupos sociales y/o individuos calificados como de alto riesgo. La primera destinada a modificar el modo de vida y la segunda dirigida a la atención preventiva a los adultos de la tercera edad especialmente expuestos a situación de riesgo debido a un inadecuado estilo de vida.
- La prevención secundaria está dirigida a adultos de la tercera edad aquejados de ECNT, en particular de diabetes mellitus, con el objetivo de disminuir las complicaciones de la enfermedad.
- La prevención terciaria está muy relacionada con la anterior, pero exige una atención especializada, al estar destinada a reducir al mínimo las invalideces funcionales

originadas por las complicaciones frecuentes en la diabetes mellitus y favorecer la calidad de vida.

Condiciones socioculturales y estilo de vida en los adultos de la tercera edad

Las condiciones socioculturales generan el modo de vida, el cual es concebido como una categoría que incluye los fundamentos económicos y la vida espiritual de una comunidad determinada, expresada a través del conjunto de actividades vitales que realizan los hombres en sus distintos niveles de interacción social.

Al valorar las relaciones del modo de vida con el entorno sociocultural, Poltrony (1990) señaló que el modo de vida se despliega en la interrelación que se da entre las condiciones de vida, propias de una sociedad dada, y un determinado conjunto de actividades vitales.

El modo de vida tiene un fundamento histórico-social que se sustenta en los bienes materiales y espirituales, y se expresa a través de indicadores económico-sociales como: nivel de satisfacción por la actividad vital realizada, relaciones sociales y familiares y actitud crítica hacia las condiciones de vida; así como los métodos elegidos para lograr los fines deseados. Este último aspecto incluye valores, disposiciones de ánimo, tradiciones, costumbres, etcétera.

El modo de vida posee una estructura compleja y no varía únicamente por el efecto de cambios en las condiciones socioeconómicas, son necesarias transformaciones en la conciencia social que se presentan en estrecha relación con la cultura de cada época histórica.

El modo de vida está influenciado por tradiciones, costumbres y creencias que se transmiten de generación en generación. Las tradiciones y costumbres se hacen sentir

con particular intensidad en la alimentación, la forma de recreación y las actividades físicas en general, mientras las creencias están integradas por criterios arraigados en la población que incluyen el comportamiento a seguir ante determinadas enfermedades, muchas veces contraproducentes. Córdova (2008).

El modo de vida tiene incidencia directa en la salud de la población. Según datos aportados por Castro Ochoa (1999: 1). *“Las enfermedades ligadas al modo de vida y al medio ambiente son responsables de las tres cuartas partes de los 49 millones de defunciones que se producen cada año en el planeta. De las principales causas de muerte en Cuba el 70 % son por enfermedades no transmisibles y accidentes”*.

En el nivel individual, la actividad sistemática del hombre se modela de forma particular a partir de la interacción de tres componentes: el modo de vida familiar, el social y la personalidad de cada individuo. A esta interrelación que se produce en el plano individual se le denomina estilo de vida.

La categoría estilo de vida es abordada por diversos autores desde diferentes objetos de estudio.

Potrony (1990) define el estilo de vida como la elección libre que hace la personalidad de entre el conjunto de posibilidades sociales que le ofrece su modo de vida. Este autor destaca, por lo tanto, la relativa autonomía del individuo al asumir determinado estilo de vida.

H. Cárdenas y J. Ramón (1992), conciben el estilo de vida como el modo individual de empleo de las condiciones de vida, la forma individual de estructuración, jerarquización y desarrollo de actividades. Estos autores destacan la dimensión económica, contenida en las condiciones de vida, presentes en el modo de vida y su papel en la jerarquización

de las actividades.

Barriga (1993) y Zaldívar (1996) abundan sobre los patrones de expresión afectivo cognitivo en detrimento de los patrones de conducta.

Mayo (1999) valora el estilo de vida desde la óptica de la psicología de la personalidad, definiéndolo como un componente del modo de vida que abarca la forma de vida típica y estable que identifica al sujeto concreto. La definición no abunda sobre el importante componente social.

Siguiendo la línea de los investigadores anteriores, pero acercándose más al objeto de estudio del autor, la psicología de la salud y la medicina conductual determinan el estilo de vida, esencialmente, como patrones de comportamiento que definen una forma de vida.

Darío, Paredes y Knapp (1993) asumen el estilo de vida como la asunción de un conjunto de actividades y relaciones en las distintas esferas de la vida del hombre que incluye la producción, la actividad social, el tiempo libre, entre otras; así como el sistema de hábitos que expresa el sujeto: alimentarios, de actividad física, sueño y de prácticas tóxicas.

Esta definición es más amplia y a la vez más cercana al objeto de estudio, pero adolece de generalidad, no reconoce el libre albedrío y las posibilidades de la educación como medio transformador.

Desde el punto de vista de destacados especialistas médicos norteamericanos del siglo XXI, como W Dawun, H. Devil y R. Wing, el estilo de vida incluye todas las actividades de la vida cotidiana realizadas por un individuo en su medio social, comprendiendo aquellas que por su asunción o ausencia conspiran contra la salud y favorecen la

aparición de las ECNT.

El estilo de vida se concibe como la unidad de lo social y lo individual, es la realización de la personalidad en la práctica social cotidiana, en la solución de sus necesidades. Entre las actividades de estas necesidades básicas se encuentran la actividad nutricional, sexual, educacional, laboral, recreativa, religiosa, etcetera.

Es necesario resaltar que los cambios en el modo de vida de una comunidad no se reflejan mecánicamente en los estilos de vida individuales, hay que tener presente cómo asimila cada persona esos cambios y en qué medida se plasman en su conducta y en sus actitudes.

A partir de un análisis crítico de las definiciones anteriores y las exigencias de su objeto de estudio, el autor redefine el estilo de vida como:

La asunción y puesta en práctica de patrones de conducta, económicos y sociales, culturalmente condicionados, que se expresan en diferentes esferas y áreas de la vida cotidiana con regularidad, pero que no determinan el libre albedrío del individuo y, por lo tanto, son factibles de transformación mediante el acto educativo.

El estilo de vida y su expresión a través de las actividades cotidianas pueden condicionar el estado de salud de los individuos bajo la influencia del trabajo, el tipo de nutrición, ambiente higiénico-sanitario, acciones físicas y de esparcimiento. Todo lo anterior sobre la base de condiciones que favorezcan la calidad de vida.

La socialización realizada a través de la educación permite el perfeccionamiento del estilo de vida al favorecer la eliminación de actividades poco saludables como: fumar, excederse en el consumo de bebidas alcohólicas, consumir una dieta rica en grasas saturadas, el sedentarismo, entre otras.

Este proceso educativo debe estar sustentado en los postulados de distintas ciencias como: la Pedagogía, Psicología y Sociología, sin que sea necesario delimitar fronteras entre unas y otras. El estudio del estilo de vida del individuo y el modo de vida del grupo, por ejemplo, se transforman en necesidad para la Psicología aplicada a la salud, pues en el contexto de esta interrelación se forma en el individuo el sentido subjetivo, las necesidades, el sistema de valores, las motivaciones, los conocimientos y hasta sus temores.

En el contexto de la actividad social sistemática, representada primero por la familia y después por la escuela y la comunidad, es donde se desarrolla la psiquis de cada individuo, apropiándose de los valores y normas sociales, los cuales adquieren autonomía en su subjetividad y hacen que se traslade el locus del control externo hacia el interior de la psiquis del individuo. El sujeto no solo se cuidará de las valoraciones o prohibiciones externas, sino también de las suyas, las del sentido moral de su conciencia. Por la complejidad de todas estas relaciones es necesario el desarrollo de la personalidad como un nuevo subsistema autorregulador de la psiquis.

En la medida que el individuo interactúa con la familia y la sociedad, su psiquis se socializa y desarrolla conformando un subsistema autorregulador capaz de dirigir el comportamiento de forma singular, lo que es conocido por personalidad.

G. Allport (1971: 47) apunta que: *“La personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característico”*.

Esta definición aporta las ideas de sistema, integralidad y dinamismo, aunque incluye aspectos físicos que no forman parte de la personalidad.

Fernando González (1994:74) define la personalidad como: *“Un sistema subjetivo constituido por diferentes tipos de unidades psicológicas, las cuales se estructuran y desestructuran de diversas formas en el curso de la actividad del sujeto, dando lugar a las configuraciones subjetivas que caracterizan a cada persona en un momento concreto de su vida”*.

Las llamadas “configuraciones subjetivas” expresan una integración de elementos dinámicos diversos asociados de una forma u otra con la expresión estable del sujeto, dentro de una determinada actividad o forma de relación. Son categorías complejas, pluridimensionales que representan la unidad dinámica de los diferentes sentidos subjetivos de los eventos sociales vividos por el individuo. Por su integralidad en la investigación se asume la definición de F. González.

La personalidad es una síntesis de las relaciones sociales expresada a través de la individualidad y, por lo tanto, con una gran carga de subjetividad. Hay una vinculación muy estrecha entre la personalidad y el estilo de vida producto de que la personalidad encierra un complicado mecanismo autorregulador del comportamiento a través del cual se expresan preferencias, se otorga sentido, se determina el grado de planificación o de espontaneidad, el grado de autonomía, se bloquea o evoca la información, se orienta la conducta, se jerarquizan motivos y se determina el peso específico o racional de la valoración, la autovaloración y la toma de decisiones, sean de formas positivas o negativas. Si el modo de vida modela a la personalidad, esta a su vez complementa y justifica el estilo de vida, ya que al desarrollarse va delimitando e individualizando el estilo de vida con actividades que tienen sentido para la persona en cuestión.

La personalidad se identifica con determinadas actividades del modo de vida, por lo

que las hará suyas o no y estructurará y dirigirá las actividades del estilo de vida de ese individuo concreto. Por tal razón, por ejemplo, el diabético que no dé valor al control estricto de la dieta no logrará el control metabólico, lo que se reflejará en múltiples complicaciones en detrimento de su salud, aunque disponga de servicio médico adecuado. Es necesario modelar el estilo de vida en función de la salud y la calidad de vida.

Los rasgos externos de la personalidad están determinados, en última instancia, por el estilo de regulación de la personalidad, pero no de una forma rígida, pues el individuo puede asimilar costumbres, hábitos, actividades del modo de vida y hasta concepciones. Sin embargo, estas conductas y rasgos externos pueden ser potenciados o atenuados en dependencia de los mecanismos reguladores internos y sistemáticos, propios de la personalidad. El estilo de vida es la expresión objetivada de la personalidad en la actividad socializada y sistemática que cada individuo realiza. En este proceso es importante tener presente la condición del hombre como ser bio-psico-social, que supera concepciones metafísicas que resaltan un elemento en detrimento de los otros.

Al biologismo tradicional en la medicina se le opuso una sociologización, no menos desorientadora, en la cual se concibe al hombre concreto como el conjunto de sus relaciones sociales, desconociendo su fundamento biológico, error que dio paso a la negación de la subjetividad, de las diferencias individuales, del inconsciente, del papel activo del hombre, de su capacidad de tomar decisiones y hasta de sus conflictos existenciales. Lo anterior obstaculizó la comprensión del papel director de la personalidad sobre la psiquis, el estilo de vida y toda la conducta del hombre.

El cambio de estilo de vida y su implicación en la salud es posible cuando las personas logran modificar valores, sentidos, necesidades o el estilo de regulación de la personalidad. No es asunto solamente cognitivo, sino que exige de lo afectivo y lo conductual en un ambiente de compromiso.

No se trata simplemente de informar al individuo acerca de lo que es bueno o malo para su salud, lo que debe o no debe hacer; se trata de educarlo y esto solo se logra al desarrollar valores y sentidos con su imprescindible basamento afectivo reforzador. El profesional de la salud, que no tiene la formación psicopedagógica adecuada para entender la problemática relacionada con los distintos estilos de vida asumidos por sus pacientes, puede sentirse decepcionado, aun cuando haya hecho un excelente trabajo en la selección de la mejor información sobre sus patologías, pues es incapaz de motivar al grupo, a sus integrantes, para que realicen acciones conducentes a perfeccionar sus estilos de vida.

Los programas de autocontrol o los tratamientos dirigidos a modificar el estilo de vida del individuo, no reportarán el éxito deseado si no se utilizan las técnicas psicopedagógicas adecuadas para cada caso.

Por ejemplo, el sentido que puede tener la comida para un obeso o para un diabético, con frecuencia ha sido fortalecido por la ansiedad y por el alivio transitorio de dicha ansiedad y muy probablemente reforzado por el modo de vida familiar respecto a las costumbres alimenticias. Comer para el obeso no es un hábito aislado, es parte de su estilo de vida, que incluye adquirir el alimento, procesarlo y hasta disfrutarlo en actividades sociales como invitaciones, brindis, fiestas, etcétera, todo lo cual le da sentido a la vida del obeso. La reducción de la cantidad de alimentos significa un

cambio drástico en su estilo de vida, que exige voluntad, auto-convencimiento con implicaciones en el sentido de la vida, que solo se logran si se utiliza una metodología adecuada.

Las medidas de prevención de carácter específico, por lo general, se aplican a determinadas personas o grupos de población que se han considerado con alta probabilidad de enfermar, o sea, de alto riesgo. Precisamente los indicadores del modo de vida o del estilo de vida pueden desempeñar un importante papel para determinar quiénes son las personas con alto riesgo o mayor vulnerabilidad.

En la medida en que las ciencias y la cultura de la población, así como los conocimientos técnicos para la protección de la salud se desarrollan, estos se hacen susceptibles de ser asimilados por la población a través de las acciones de promoción de salud que gradualmente llegan a integrarse a su modo de vida.

Es necesario resaltar que el desarrollo cultural de la población es un componente imprescindible en el trabajo de promoción de salud, pues constituye la base de la educación popular comunitaria en un país como Cuba.

Este nuevo enfoque permite tener una visión más amplia de los factores de riesgo, no limitándolos a los tradicionales de carácter biológico, fisicoquímico e higiénicos, sino contemplando, además, los sociales que conforman el modo de vida y el estilo de vida.

En la labor educativa para formar o modificar el modo y estilo de vida, dirigida a proteger la salud, hay que tener presente la familia. Precisamente la concepción del médico de familia está cimentada en el reconocimiento de la familia como la institución social fundamental y de mayores posibilidades para contribuir al desarrollo de las acciones de salud e influir en la educación de sus miembros. En este contexto debe

prestarse particular atención a los adultos mayores en el seno familiar e instituciones relacionadas con adultos de la tercera edad.

La población cubana presenta un alto porcentaje de adultos de la tercera edad, no obstante, en la familia subsisten prejuicios que limitan las actividades de los adultos mayores, situación que influye en el estilo de vida de estas edades, reflejándose, fundamentalmente, en el sedentarismo y el aislamiento de la vida social, situaciones que aceleran el deterioro de la salud. En concordancia con lo anterior, es necesario educar a la familia y la comunidad, incluyendo a los adultos mayores, en la conducta a seguir para lograr un cambio positivo en el estilo de vida en los adultos de la tercera edad. Elsie Pérez (2009).

Por otra parte, se sabe que el estilo de vida saludable, en los adultos de la tercera edad, está estrechamente relacionado con la calidad de vida, pues la salud es el principal fundamento de esta última. Calidad de vida es un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es: *“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”*. (Calidad de vida. [http://es 14-5-2007](http://es.who.int/news/14-5-2007)).

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la salud. Las tres dimensiones que, global e integralmente, comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** la salud, entendida como ausencia de enfermedad. No hay

duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. Los problemas de salud inciden directamente en la calidad de vida, mediados por las condiciones y posibilidades de atención médica que presente el individuo.

- **Dimensión psicológica:** la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo: miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre ante el futuro. Estos son elementos que inciden negativamente en la calidad de vida. Lo anterior puede ser modificado de manera positiva o negativa por las creencias personales, espirituales y religiosas producto de la percepción del significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

La evaluación del concepto calidad de vida presenta varios enfoques, pero pueden englobarse en dos tipos: cuantitativos y cualitativos.

Los enfoques cuantitativos tienen como propósito operacionalizar la calidad de vida y se pueden clasificar en:

- Sociales que se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno; como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etcetera.
- Psicológicos, que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.
- Ecológicos, dirigidos a medir el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Los enfoques cualitativos adoptan una postura de escucha y atención a la persona mientras relatan sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. María Caballero Vergara (2008).

Esta investigación se acoge al concepto de calidad de vida de la OMS y el bienestar del adulto de la tercera edad está dirigido al desarrollo integral de los individuos en lo físico, psicológico y social.

La interrelación de las categorías estudiadas se refleja en los términos envejecimiento sano y envejecimiento patológico. Si se valoran los factores que influyen en cada uno de estos términos, se observa que la educación juega un papel fundamental en el logro de un estilo de vida saludable y contribuye a modificar los factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que pueden determinar la presencia de uno u otro tipo de envejecimiento.

En el envejecimiento patológico se presenta la pérdida progresiva e irreversible de procesos psíquicos, mal afrontamiento al estrés, autovaloración negativa, sentido de la vida pesimista, sentimientos de soledad y abandono que tienen una estrecha relación con un mal estilo de vida.

El envejecimiento sano se proyecta en el plano social como la sustitución y evolución de roles, apoyo social (familiar y comunitario), posibilidades de autonomía, contactos familiares amistosos, existencia de actividades productivas para el adulto mayor, discrepancias intergeneracionales no disruptivas.

El envejecimiento patológico, por el contrario, presenta la pérdida de roles, sin posibilidad de sustitución, mengua de apoyo social, dependencia involuntaria, inactividad, aislamiento, conflictos intergeneracionales, empobrecimiento de contactos

familiares y amistosos, etcétera.

Cabe, entonces, las interrogantes: ¿cuánto puede hacerse para lograr un envejecimiento sano, utilizando la educación popular comunitaria para apoyar el normal desenvolvimiento del adulto mayor en esta etapa?, ¿cuánto se puede estimular al adulto de la tercera edad para que viva esta etapa llena de cambios desde una perspectiva positiva y enriquecedora? y ¿cuánto se puede influir sobre los factores psicológicos ambientales y sociales para lograr un estilo de vida sano?

El desarrollo de un proceso de educación en el adulto de la tercera edad, que permita el bienestar del adulto mayor como un ser bio-psico-social, contrarrestando posibles representaciones pesimistas de sí, dirigido, además, a lograr una autoestima positiva, que propicie el auto-desarrollo y valoración adecuada, es una realidad alcanzable.

Al referirse a las funciones psicológicas de los adultos de la tercera edad y sus posibilidades de educación, se conoce que en esta edad los procesos psíquicos se hacen más lentos a causa de la merma neuropsicológica; pero a la vez, los trastornos de la memoria, las alteraciones en el pensamiento, etcétera, son superados por el interés y la motivación que logran tener para el aprendizaje, que puede manifestarse más lento, pero indudablemente será más significativo para el individuo. Lo anterior avala la educación popular comunitaria como una vía idónea en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 entre los adultos de la tercera edad. Al respecto, la siguiente fuente confirma la importancia de dicha intervención. *“The literature review design was a search of databases for publications in 1990-2001 that identified reports on community-based interventions designed to prevent or modify risk factors for type 2 diabetes”*.

*Satterfield, DW. .../et al./ (2003: 2643).*⁵

La educación en los adultos de la tercera edad debe estar dirigida a mejorar el estilo de vida, la adaptación social, las formas de mantener el vínculo con el desarrollo social actual. El individuo debe sentirse informado y valorado como un hombre de su tiempo. La educación popular comunitaria es la vía idónea para operar estos cambios.

Mediante la educación popular comunitaria puede lograrse que el adulto de la tercera edad se encuentre interesado en el futuro, que se sienta un ente activo de la sociedad, con funciones y roles sociales. Los centros de salud, centros educativos, culturales y la familia son agentes importantes, que en su interacción con el adulto mayor, pueden trabajar en su estimulación y preparación en esta etapa.

Es importante que se vea el proceso de educación como una vía más en el logro de la salud del adulto mayor, tanto psíquica como físicamente, como la forma de legar elementos técnicos y fomentar conceptos y pautas de conducta derivados de los nuevos contenidos, discusiones, experiencias y confrontaciones con otras personas. Esto resulta relevante para la conservación de la salud en el adulto de la tercera edad. Es innegable que al presentarse un estado de bienestar físico el sujeto tendrá mayores posibilidades de experimentar bienestar psicológico que si está enfermo y viceversa, de ahí, que la educación en el adulto de la tercera edad deba tener en cuenta varias esferas de acción.

En una sociedad que envejece como en Cuba, la educación de los adultos de la tercera edad es una necesidad, y por lo tanto, exige la participación de todos los individuos con

⁵ “El diseño de revisión bibliográfica fue una investigación de bases de datos para las publicaciones en 1990 – 2001 que identificaron los reportes sobre las investigaciones basadas en la comunidad diseñadas para prevenir o modificar los factores de riesgo para la diabetes tipo 2”. Satterfield, DW. .../et al./ (2003:2643)

capacidad de aportar.

Resulta un modo de lucha contra los prejuicios que priman sobre la vejez y que conspiran contra una sociedad participativa e incluyente y, quizás lo más importante, les permite un envejecimiento con calidad de vida, en particular, al prevenir las ECNT, en especial, la diabetes mellitus.

La educación del adulto de la tercera edad exige de condiciones especiales, por lo que es necesario una teoría educativa que brinde los presupuestos teóricos, que requieren dichas condiciones.

1.3. Potencialidades que ofrece la educación popular comunitaria para el trabajo con los adultos de la tercera edad

En la mayoría de la literatura consultada se analiza la educación popular y la comunidad como dos fenómenos sin conexión, en este epígrafe se valoran ambas categorías con el objetivo de fundamentar el concepto de educación popular comunitaria. Se parte de la educación popular por ser la categoría rectora, dada la naturaleza pedagógica del proceso que se evalúa.

Esther Pérez (2004) define la educación popular como un pensamiento y una práctica, que asumen una posición ante la realidad social y apuestan a la educación como una herramienta fundamental de la transformación cultural, que se considera imprescindible para el triunfo y consolidación de un proyecto popular.

Es necesario destacar que la educación popular hace una crítica del sistema de educación formal desde una intencionalidad emancipadora, que se propone construir sujetos sobre la base de la concienciación, a partir siempre de la práctica como vía de educación y de transformación del sujeto popular, que va utilizando y construyendo,

construyendo y utilizando una metodología coherente con los contenidos y aspiraciones apuntados.

Como metodología del trabajo comunitario se parte de los conocimientos y de las necesidades sentidas por la comunidad, en especial por las clases populares más o menos marginadas, según el contexto social de que se trate; en correspondencia se propone como objetivo final la redistribución del saber y del poder, democratizando la sociedad y eliminando las desigualdades e injusticias sociales. Este es el objetivo del empoderamiento de las comunidades, el cual hace posible que caminen juntos el conocimiento y la acción. Epistemológicamente esto exige el develamiento de las causas, su descubrimiento para poder transformar críticamente la realidad.

Metodológicamente, la educación popular demanda la producción colectiva de los conocimientos. Joao Viegas Fernández (2002) destaca el empleo del diálogo como método que, sobre la base de una permanente reflexión problematizadora de la práctica, permita el desarrollo del sujeto y la producción de una praxis, entendida ésta como la articulación de la teoría con la práctica y / o viceversa.

La educación popular está relacionada o dirigida a producir cambios sociales. Paulo Freire (1993), definió a la educación popular como el espacio integral de movilización y capacitación de las clases populares, espacio en el cual la educación y el cambio social hacen el camino juntos.

En la dirección anterior, Carlos Núñez (2005) aporta una concepción generalizadora de la educación popular al referirse a la misma como una corriente de pensamiento y acción dentro del campo de las Ciencias Sociales, fundamentalmente, de carácter pedagógico y popular, a la vez que una propuesta teórico-práctica de visión integral,

comprometida social y políticamente.

Con una praxis desde el contexto cubano, avalado por muchos años de labor en una comunidad azucarera, que a la vez es la cabecera municipal de Báguanos, Rolando Bellido (2007) valora la educación popular como instrumento de participación, transformación y auto transformación, concibiéndola como una concepción integral que se propone el objetivo central de desarrollar procesos de crecimiento (en conocimientos, habilidades, valores y afectos) y liberación (ideológica, política, económica y sociocultural) a partir de la práctica o contextos de vida y trabajo de las personas, grupos y comunidades mediante su propio protagonismo de participación y decisión. Así, es reflexión, pero también práctica, es práctica, pero también reflexión para el desarrollo del sujeto participante, del sujeto creador tanto en lo individual como en lo colectivo. Definición que se asume en esta investigación.

En la educación popular emancipadora no es la teoría la que prevalece, sino la fraternidad; no es el pensar, sino el sentir; el ajuste exquisito entre lo que se dice y lo que se hace. Esta educación popular conoce haciendo y pensando se compromete desde el corazón en aras de un hacer libertario, sirviendo.

Existe consenso en lo relacionado con las fuentes teóricas más importantes de la educación popular, entre las cuales se señala, en primer lugar, al marxismo (especialmente la postura crítica y voluntariosa de Marx y Engels, optimista de Lenin, el momento más crítico y menos estructuralista de Althusser, las profundas reflexiones de Gramsci y Lukacs, sobre todo en lo relacionado con el papel del intelectual, la lucha ideológica, la conciencia de clase y la hegemonía, la crítica franckfurteana a la cultura de masas, a las instituciones domesticadoras y al mercado y los aportes socio-críticos,

más o menos auto-reivindicados como marxistas, de movimientos urbanos populares que enfatizan en los temas de la identidad, la memoria y la emancipación, entre otros). En segundo lugar, se señalan como fuentes las teorías del aprendizaje de Vigotsky y algunos contenidos del constructivismo social. En tercer lugar, se reconocen aportes de la Psicología Social, centrados en el trabajo con grupos y liderazgos. También son indiscutibles los aportes de los estudios culturales de diversas raíces: antropológica, sociológica, psicológica, comunicativa, hermenéutica; así como los de perspectivas de género, sobre minorías discriminadas, sobre diálogos entre culturas, participación ciudadana y otros, más o menos políticos, de crítica antiimperialista y de vocación tercermundista emancipadora, entre otros. Viegas Fernández (2000), González Barreiro y otros (2001) y Bellido (2007).

Los principios de la Pedagogía Freiriana que forman parte del sustento teórico de esta investigación se pueden resumir en: rescate de la subjetividad en la práctica pedagógica, sistematización de la relación práctica-teoría-práctica, concepción democrática sobre la creación colectiva de conocimientos, importancia de la vida cotidiana en la transformación de la subjetividad, rescate de lo grupal en la práctica pedagógica. Resumiendo una pedagogía diferente en contenido y forma.

La teoría freiriana ofrece categorías esenciales como base de la labor pedagógica comunitaria, realizada entre los adultos de la tercera edad, entre ellas se destacan:

Problematización, entendida como la valoración de los problemas y conductas que conspiran contra un adecuado estilo de vida y que no son perceptible producto del **cansancio existencial**, resultado de una monótona vida cotidiana, que no permite realizar un **análisis crítico** de su problemática individual y social. El educador debe

seleccionar, acorde al contexto, métodos, técnicas que contribuyan a develar la esencia de la problemática social. Entre esos métodos y técnicas se pueden tomar como ejemplo, pequeñas obras de teatro, que reflejen la vida cotidiana de la comunidad y la situación del adulto mayor en la misma; creación de décimas; lectura de poesía escrita a partir de su realidad existencial; debate de videos y películas que traten la problemática, entre otras.

Nuevo camino epistemológico, que desplaza la concepción bancaria y conductista de la educación, al producirse una relación entre educador y educado, que revaloriza el conocimiento cotidiano y la experiencia del educando se toma como punto de partida para la elaboración de nuevos conocimientos, donde enseñando se aprende, y el educando es visto como un ser humano creador, capaz de generar importantes ideas, de transformación y autotransformación, en un proceso de democratización del conocimiento.

Basamento ético, Freire veía a la Educación Popular, como un proceso integral de conocimiento, de **ética**, de formación política, de belleza, de capacitación científica y técnica y de lucha y transformación prácticas, capaz de captar la importancia del componente simbólico-cultural y afectivo, esencial en lo humano social y que desempeña un papel activo, dinámico y transformador.

En su libro de *Pedagogía de la Autonomía* (2006:28) destaca, “ *Enseñar exige la **corporificación** de las palabras en el ejemplo*”, y seguidamente clarifica.

“El profesor que realmente enseña, es decir, que trabaja los contenidos en el marco del rigor del pensar acertado, niega por falsa, la formula farisaica del haga lo que mando y no lo que hago. Quien piensa acertadamente está cansado de saber que las palabras a

las que les falta la corporeidad del ejemplo poco o casi nada valen. Pensar acertadamente es hacer acertadamente”.

Empoderamiento, es la categoría esencial de la pedagogía freiriana, en la investigación se le concibe como el resultado de la educación popular comunitaria en el adulto de la tercera edad, que conduce al cambio en el modo de pensar y actuar, a partir del desarrollo de las actitudes de responsabilidad personal, de autonomía, de valores como sustento de un cambio en modo y estilo su estilo de vida, esenciales para prevenir las ECNT, en especial la DM. El empoderamiento significa a su vez, protagonismo social, libertad de acción, esperanza en el futuro.

A partir de estos presupuestos anteriores se desarrolla la educación popular comunitaria dirigida a prevenir las ECNT, en especial la DM en los adultos de la tercera edad, a través de una nueva relación médico paciente, capaz de contribuir a superar el fatalismo y determinismo genético, el fatalismo etario, el determinismo farmacológico, el fetichismo tecnológico y la infeliz idea de que la vejez es el momento de nuestra existencia más cercano a la muerte.

Resultará útil, en este punto, resaltar la diferencia fundamental entre la educación popular como metodología de trabajo comunitario, y la educación de adultos, porque no es menos cierto que en algunas tendencias estos términos se han confundido.

La diferencia fundamental tiene que ver con que la educación popular no solo busca educar, sino fundamentalmente empoderar, dar poder a las comunidades, al pueblo, para que esté en mejores condiciones de desarrollar un pensamiento crítico, que le permita transformar y auto-transformarse, a la vez que elimina ideas y creencias obsoletas.

La educación popular no es la simple aplicación de técnicas participativas en el trabajo pedagógico formal o informal o en el trabajo cultural comunitario. Tampoco puede ser reducida a la educación de adultos, ni a la educación a distancia, ni a los diferentes tipos de educación informal.

En este mismo sentido, no es simplemente la educación a los pobres o a los sectores sociales marginados, ni mucho menos, una metodología neutral o de esencia puramente tecnológica que pueda aplicarse como un instrumento más, con independencia de los compromisos éticos y políticos de cada contexto social.

Paulo Freire veía a la educación popular, y en general a la educación, como un proceso integral de conocimiento, de ética, de formación política, de belleza, de capacitación científica y técnica y de lucha y transformaciones prácticas.

Se evidencia y se comprende, cada vez más, la necesidad de la construcción colectiva de los conocimientos, de los lazos de solidaridad y participación social y política para poder alcanzar con imaginación y creatividad el mundo mejor que la sociedad humana demanda, al que hay que contribuir desde el trabajo comunitario emancipador.

La comunidad como base de la educación popular

Resulta útil la distinción entre comunidad y sociedad aportada por Max Weber (1998), al apuntar que en la comunidad predomina lo afectivo, en tanto que en la sociedad predomina lo arreglado a fines. Este pensador plantea que la comunidad es una relación social, cuando y en la medida en que la actitud en la acción social se inspire en el sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de los partícipes de constituir el todo. A la vez, considera como la sociedad a una relación social, cuando y en la medida en que la actitud en la acción social se inspira en una compensación de intereses por motivos

racionales (de fines o de valores), o también en una unión de intereses con igual motivación. Como puede apreciarse, para Weber es la comunión el rasgo más distintivo de la comunidad como forma de relación social. Otros autores aportan elementos más específicos.

La comunidad es definida por A. Blanco (2001, 114) como: *“El entorno social más concreto de existencia, actividad y desarrollo del hombre. En sentido general se entiende como comunidad tanto al lugar donde el individuo fija su residencia como a las personas que conviven en ese lugar y a las relaciones que se establecen entre todos ellos”*.

De toda forma, la definición se hace muy compleja, por ser comunidad un término polisémico. Hillery, ya en 1955, según apunta Diéguez (2000), hizo referencia a 94 definiciones diferentes del término comunidad, pero con un gran esfuerzo de síntesis redujo la cuestión a dos grandes tipos:

- Las comunidades territoriales: aquellas en que los grupos sociales que las constituyen comparten el mismo territorio y donde hay, también, un sentido de pertenencia.
- Las comunidades de intereses: constituidas por individuos que se asocian en la acción con objetivos e intereses comunes que, por tanto, pueden compartir o no un territorio, pero se definen por su acción cooperada para el logro de intereses comunes. Pueden tomar la forma de movimientos sociales o populares.

Desde la concepción de la educación popular se resalta el sentido de pertenencia, de identidad, unido a la valorización de la colaboración y de lo colectivo, como los rasgos

que mejor distinguen y caracterizan el concepto de comunidad. Estos rasgos, no necesariamente racionalizados, tienen que ver con una historia y con una cultura y no solamente con problemas y necesidades latentes o acuciantes. Esos propios problemas o necesidades van a ser considerados por la comunidad, que está conformada por sujetos pensantes, en correspondencia con su historia y su cultura.

A partir de la valoración crítica de las definiciones anteriores, y acorde a su objeto de estudio, el autor concibe la comunidad como un grupo socio-cultural interconectado y que interactúa en múltiples dimensiones sobre la base de un espacio físico, geográfico y cultural con una historia no hecha, sino haciéndose, con una identidad no inmóvil, sino enfrentándose permanentemente a nuevas necesidades y problemas. Es decir, un grupo social y humano con memoria y tradición, pero también con modernidad y creación. Así, la comunidad no es algo dado de antemano, sino una relación social a vivir y recrear continuamente.

El concepto aportado trata de superar las definiciones excesivamente objetivas de comunidad, que atienden, fundamentalmente, a lo geográfico y a lo económico como cosificaciones o materialidades que determinan de modo estructural, no ayudan sino que más bien impiden captar la importancia de todo el componente simbólico-cultural y afectivo, esencial en lo humano social y que desempeña un papel activo, dinámico y transformador.

El reconocimiento de la comunidad como la expresión de los componentes territoriales, históricos, culturales y superestructurales que definen a un grupo humano, no niega la existencia del contexto sociocultural en el que se mueve cada individuo.

Según Córdova (2008) el contexto sociocultural, se fundamenta en la herencia histórica

con implicaciones familiares. Es el entorno en que vive el individuo, sometido a transformaciones, que se pueden presentar de forma evolutiva o más o menos brusca, en el cual inciden factores objetivos y subjetivos.

Los contextos presentan distintos grados de extensión y en su máxima generalización concuerdan con la comunidad; por otra parte la comunidad es la suma dialéctica de los diversos contextos que la conforman.

El contexto más cercano al individuo es la familia, en particular la familia nuclear. Dicha familia es afectada por condiciones económicas, sociales, emotivas y funciona en distintos grados de armonía y colaboración hasta la familia disfuncional. Las condiciones de existencia en el seno de la familia es un factor esencial en el comportamiento y la educación de sus miembros, lo que redundará en la prevención a las enfermedades.

Le sigue, en orden, la cuadra, el barrio, el conjunto de vecinos y amigos asociados a este medio. A través de las relaciones que se establecen, además de la colaboración mutua, se comparte en un marco estrecho creencias, tradiciones, costumbres y hábitos que inciden en el estilo de vida y a través del mismo en la prevención de las enfermedades.

Otro contexto a tener presente es el laboral, que expresa el rol social de las personas en la comunidad y origina un entramado de relaciones, sustentado en intereses y motivaciones comunes, como ocurre con médicos, profesores universitarios, deportistas, dirigentes, etcétera.

El proceso educativo con los adultos de la tercera edad en la comunidad, dado su grupo etario y características, debe desarrollarse, fundamentalmente, a través de la educación

no formal. La misma es definida por Mercedes Fernández (2008) como un proceso educativo planificado con carácter específico y diferenciado, generalmente dirigido a públicos heterogéneos, propio de los procesos educativos comunitarios.

En el trabajo educativo con los adultos de la tercera edad también debe incluirse, de manera complementaria, la educación informal. Se entiende como educación informal comunitaria las influencias educativas no planificadas ni sujetas a un control específico dentro de los límites de la comunidad.

Aunque por razones obvias, la educación institucionalizada no tiene una aplicación general en este grupo etario, existe la Cátedra del Adulto Mayor, que se está ganando un espacio no despreciable y que se convierte en una vía alternativa a tener presente.

La concreción de un proceso educativo de esta naturaleza es posible a través de la materialización en la praxis educativa de los pilares de la pedagogía, los cuales han sido enunciados en el Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI, como: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a vivir juntos.

En la educación comunitaria estos pilares tienen un importante sentido metodológico porque:

- Aprender a conocer: según la dialéctica materialista, el mundo está en constante evolución y cambio, es por ello que la educación comunitaria no puede centrar su atención en criterios preestablecidos, estáticos, sino que debe dar a los individuos los métodos para que puedan analizar la evolución de la problemática en que están inmersos y descubrir sus causas y consecuencias.
- Aprender a hacer: significa dotar al educando de los conocimientos necesarios

para intentar solucionar los problemas sociales de su comunidad, como explica M. Llivina y otros autores : *“Este pilar de la educación subraya la adquisición de habilidades y competencias que preparen al individuo para aplicar nuevas situaciones disímiles en el marco de experiencias sociales de un contexto cultural y social determinado”* (2000:5).

- Aprender a ser: conduce al cambio en el modo de pensar y actuar, *“(…) destaca el desarrollo de las actitudes de responsabilidad personal, de la autonomía, de los valores éticos y de la búsqueda de la integralidad de la personalidad”*. (Castellanos, D. 1999: 8).
- Aprender a vivir juntos: entraña la necesidad de la tolerancia, del respeto a todas las formas de vida en su diversidad y singularidad. Desde el punto de vista de la educación popular comunitaria, este aspecto tiene un significado especial para el medio social, ya que se trata del respeto mutuo entre las personas que conviven en la comunidad en toda la diversidad de sus niveles culturales, etarios, etnias, razas, credos, etcétera.

A estos pilares G. Ayes (2006:53) agrega otro muy importante: aprender a emprender y por él entiende *“(…) desarrollar el espíritu por la búsqueda creativa, por mitigar las afectaciones, por la solución de los problemas sin afectar el desarrollo futuro de las nuevas generaciones”*.

Este último aspecto es de particular interés para la educación popular comunitaria, pues de lo que se trata es de que las personas tengan iniciativas propias en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales de su entorno inmediato.

Fundamentos psicológicos y sociológicos de la educación popular comunitaria

El trabajo educativo en la comunidad, al tener presente las variantes contextuales, obliga a basarse en fundamentos psicológicos y sociológicos.

Los aportes realizados a la psicología por la Escuela Histórico Cultural sobre la base de la Dialéctica Materialista representada por Lev Semiónovich Vigotsky y sus seguidores, constituyen los fundamentos psicológicos para el tratamiento educativo del adulto de la tercera edad a través de la educación popular comunitaria.

Entre los principales postulados que se asumen de dicha escuela psicológica se encuentran: el origen social de las funciones psíquicas superiores y su estructura mediatizada, la ley de la doble formación, la situación social de desarrollo y la zona de desarrollo próximo. A continuación realizamos el análisis de cada postulado.

En cuanto al origen social de las funciones psíquicas superiores y su estructura mediatizada, los estudios de la Escuela Histórico Cultural se sustentan en el postulado de que el hombre es un ser social y como tal es producto de la sociedad y está sujeto a las relaciones sociales, las cuales se reflejan en las interacciones que se producen en el proceso de comunicación entre las personas.

La comprensión del postulado anterior permitió a Vigotsky plantear la estructura mediatizada de las funciones psíquicas superiores, destacando que el origen de las formas superiores de la subjetividad se encuentra en las interacciones de las personas con el medio, estas interacciones se presentan como mediadoras del proceso del conocimiento.

La estructura mediatizada de las funciones psicológicas superiores puede ser comprendida a través de la relación de influencia recíproca entre el sujeto y el objeto del conocimiento, la cual está mediada por la actividad que el sujeto realiza sobre el objeto

con el uso de instrumentos socioculturales que actúan como mediadores.

Dichos instrumentos socioculturales pueden ser, básicamente, de dos tipos: las herramientas y los signos. Las herramientas son aquellas con las cuales el sujeto actúa en el plano externo y los signos aquellos con los cuales el sujeto opera en el plano interno.

El concepto de mediación comprende la función de los instrumentos, tanto materiales como psicológicos, que constituyen herramientas de interposición en las relaciones entre las personas y con el mundo de los objetos sociales.

Morenza y Terré (1998), aportan la siguiente clasificación de la mediación, que se considera de gran interés:

Mediación social, cuando quien actúa en el proceso de conocimiento es una persona o un grupo de personas.

Mediación instrumental, distingue dos formas: la primera, por medio de herramientas o instrumentos creados por la cultura para transformar la realidad; la segunda, mediante signos, sistemas de diferente nivel de complejidad que eslabonan la psiquis del sujeto y permiten transmitir significados.

Mediación anatómico-fisiológica, los sistemas anatómico-fisiológicos que permiten que el hombre entre en contacto con los estímulos y las informaciones del medio.

Este postulado permite comprender la importancia del proceso educativo para el desarrollo de un cambio en el estilo de vida del adulto de la tercera edad, a partir de reconocer dicho proceso como mediador entre los adultos y su cultura.

La ley de la doble formación de las funciones psíquicas superiores, plantea que toda función psicológica superior tiene un doble origen. El primero, en una relación

interpsicológica y el segundo, en un plano intrapsicológico.

Primero tiene lugar una relación interpsicológica entre los sujetos involucrados en el aprendizaje, lo que implica el origen social de este. Los adultos de la tercera edad interactúan con la familia, los vecinos y otros miembros de su comunidad, los médicos y profesores de Educación Física, sus compañeros de trabajo y los medios de difusión masiva, entre otras influencias educativas. De todos ellos obtienen información e incorporan costumbres, gustos, tradiciones, entre otros elementos de su modo de vida.

La relación interpsicológica es un elemento básico para el tratamiento del modo de vida en el contexto comunitario, en el proceso educativo alrededor del médico de la familia, en el cual están presentes las relaciones que se originan entre médico-paciente, paciente-paciente, paciente-grupo, paciente-familia, paciente-comunidad y su potenciación con la utilización de las diferentes instituciones de salud.

En un segundo momento, el aprendizaje se produce en un plano intrapsicológico, cuando lo aprendido se interioriza o internaliza, jugando un papel preponderante factores internos como valores, actitudes, expectativas, intereses y pensamientos.

El concepto de situación social de desarrollo incluye, no solo las condiciones objetivas que influyen sobre el sujeto, sino también las particularidades ya formadas de su psiquis, que reflejan esas condiciones. Vigotsky (1987: 161) señala: *“Cualquier función en el desarrollo cultural del niño aparece en escena dos veces en dos planos. Primero, como algo social; después, como algo psicológico; primero, entre las gentes como una categoría intersíquica; después, dentro del niño como una categoría intrapsíquica”*.

Este concepto está presente implícitamente en la investigación cuando se aborda el cambio del estilo de vida del adulto de la tercera edad.

Como condición interna las características biológicas y psíquicas de los adultos de la tercera edad. En este sentido es importante considerar las actitudes, los gustos, los intereses, los hábitos, las experiencias, las inclinaciones y los conocimientos precedentes, entre otras características individuales de los adultos de la tercera edad, para favorecer el cambio positivo hacia un nuevo estilo de vida.

Ambos elementos en su interrelación son condiciones esenciales para el logro del pleno desarrollo psíquico-social. En la planificación de las actividades en el intento de cambio del estilo de vida se tiene presente esta relación.

El concepto zona de desarrollo próximo expresa la distancia entre lo que el sujeto puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda. La zona de desarrollo próximo es un proceso ascendente que parte del desarrollo real hacia el desarrollo potencial, acelerado por la adecuada estimulación (aunque en el adulto de la tercera edad no ofrece grandes expectativas, no puede dejar de tenerse en cuenta). En la investigación se plantea el conocimiento, por los adultos de la tercera edad, de los elementos culturales que favorecen o previenen la aparición de la diabetes a través de la independencia cognoscitiva, en su capacidad de resolver problemas cada vez más complejos.

En relación con la Escuela Histórico Cultural se aborda la motivación, la cual es un elemento esencial en el cambio del estilo de vida. La formación de adecuados motivos garantiza que el adulto de la tercera edad realice su actividad con placer y manifieste una actitud de compromiso y participación en el desarrollo del proceso educativo de la atención primaria. J. C. Rodríguez (2007: 28) expone: *“Se denomina motivo a los objetos, las ideas, los sentimientos que impulsan y dirigen la actividad del hombre. Un*

rasgo distintivo de la actividad es la coincidencia del motivo con el objetivo, de ahí que la actividad docente se dé como acción motivada”.

Establecer los recursos didácticos necesarios que permitan la unidad de coincidencia entre el motivo y el objetivo en la actividad docente, es motivar la enseñanza. La motivación es un estado psíquico producto de la influencia que ejerce el medio sobre el individuo. La misma se puede clasificar en extrínseca e intrínseca.

“La primera es originada por elementos externos al sujeto que lo conducen a una actuación determinada como las conductas producidas por reglamentos o normativas. La segunda tiene sus fuentes en factores internos como intereses, valores, actitudes, expectativas, pensamientos, etcetera., es decir tienen como base la acción del contexto en el cual se desarrollan los individuos”. Fernández (2006: 56).

La naturaleza del presente trabajo lleva a priorizar la motivación intrínseca. Al respecto Deci y Ryan (1985: 38) plantean que *“Cuando se nos motiva en forma intrínseca, no necesitamos premios o castigos que nos hagan trabajar porque la actividad es recompensante por sí misma.”*

Al privilegiar la motivación intrínseca no se niega la motivación extrínseca, ambas motivaciones son solo los lados opuestos de la existencia bio-psico-social de los seres humanos. El punto medio entre ambos tipos de motivaciones es lo que se denomina motivación intermedia, producida por la capacidad racional humana de responder, según las circunstancias y necesidades, a las dos formas de motivación. En realidad, en la mayoría de los casos, la conducta humana está determinada tanto por factores internos como por factores externos.

En el trabajo de prevención se deben tener presente los dos tipos de motivación, pues si bien se puede motivar a los adultos de la tercera edad para que participen conscientemente en el cambio hacia un estilo de vida sano, a la vez es necesario, en ocasiones, la exigencia ante el cumplimiento de algunas acciones que no son de su agrado.

Los participantes en un proceso se motivan hacia el aprendizaje cuando logran atribuirle sentido y utilidad al tema, a la propuesta, lo que depende de muchos factores personales: autoconcepto, creencias, actitudes, expectativas y de cómo se les presente la situación de aprendizaje, según lo atractiva e interesante que les resulte, así será su nivel de implicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud.

A su vez, la Sociología de la Educación brinda importantes fundamentos para la labor educativa dirigida al cambio en el estilo de vida en los adultos de la tercera edad. Como punto de partida para dicha fundamentación, esta tesis se sustenta en los planteamientos de A. Meier, citado por R. Bellido (2007), el cual considera que la inserción del hombre en el contexto social se concreta en la incorporación del individuo en tres esferas de la vida social: la vida laboral, la vida política y la vida cultural, en esta última, como sujeto con cultura que participa de la creación colectiva que le antecede, de su contemporaneidad y de lo que se transmitirá a las generaciones posteriores.

Lo anterior es importante para esta tesis, pues la misma se propone que los adultos de la tercera edad se conviertan en sujetos de su propia transformación propiciándoles un estilo de vida sano, que favorezca en ellos una longevidad satisfactoria.

En correspondencia con A. Blanco y otros (1994), se considera que en el proceso de

educación se establecen sistemas de relaciones sociales, los cuales son entendidos como procesos de socialización del individuo. Dichas relaciones generan influencias recíprocas entre la sociedad y la educación que se manifiestan en diversos planos o contextos, como la familia y la comunidad.

A partir del criterio anterior, en esta tesis se distinguen cuatro factores que son indispensables para el trabajo con el adulto de la tercera edad en la educación comunitaria. Estos factores, denominados por A. Blanco (2001: 101) “(...) *con el término de factores extraescolares de la educación*”, son los siguientes: la familia, la comunidad, las instituciones, organizaciones, asociaciones y grupos informales y los medios masivos de comunicación.

Sin estos factores sería imposible la eficiencia del trabajo educativo dirigido al cambio en el estilo de vida, ellos son parte y complemento de la educación comunitaria.

El médico y el enfermero de la familia desempeñan un rol esencial en el proceso educativo conducente a cambios en el estilo de vida. El consultorio del médico de la familia se debe convertir en una institución educativa, como centro médico de la comunidad, por lo que en su continuo perfeccionamiento debe unir y dirigir todas las influencias educativas hacia el desarrollo de un estilo de vida saludable, como vía de prevención a las ECNT, en especial, a la diabetes mellitus en la tercera edad.

La relación médico paciente es el escenario fundamental del proceso educativo, la misma debe propiciar que los sentimientos, costumbres y tradiciones positivas, se conviertan en convicciones y valores para el cambio.

La familia, según G. Assman y R. Stollberg, citados por M. Fernández (2008), constituye la célula básica de la sociedad, o sea su institución más simple, basada en

los lazos de parentesco conyugal y consanguíneo que se establecen por la vía del matrimonio y la procreación de los hijos.

Esta definición se fundamenta con las concepciones del Marxismo-Leninismo sobre la familia, las cuales aparecen expresadas en la obra de F. Engels *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*.

La familia es muy importante para la prevención de la diabetes mellitus, porque es el medio donde sus miembros intercambian informaciones, determinan estrategias y toman decisiones, a la vez que imperan relaciones afectivas, normas, regulaciones a la conducta sustentadas en patrones éticos y estéticos, todos los cuales están relacionados con el estilo de vida.

La influencia familiar se completa y amplía por los restantes factores extrafamiliares en la medida en que las personas se incorporan a otras esferas de la vida social, lo cual no minimiza la trascendencia de la familia.

Lo anterior se fundamenta en la función cultural-espiritual que la literatura sociológica especializada reconoce entre las funciones básicas de la familia. Dicha función comprende todas las actividades y relaciones familiares a través de las cuales la familia participa en la reproducción de la vida cultural-espiritual de la sociedad y de sus miembros con el empleo de sus medios y posibilidades.

La comunidad es muy importante en el desarrollo del estilo de vida de las personas. A través de ella, los individuos reciben las influencias culturales inmediatas y en su actuación individual y colectiva, asimilan y reflejan un modo de vida. En la comunidad se encuentran grandes potencialidades educativas por la interacción con personas con capacidad de transmitir experiencias y conocimientos que pueden influir positivamente

en el desarrollo de un estilo de vida sano.

Para la fundamentación de esta tesis son reveladoras las investigaciones realizadas sobre el trabajo comunitario relacionado con la salud en Cuba, las cuales señalan entre las mayores dificultades: la pobre percepción individual y colectiva sobre hábitos nutricionales dañinos, sedentarismo y hábitos tóxicos.

En busca de solución a las dificultades señaladas en el párrafo anterior, es decisiva la relación del consultorio del médico de la familia, la familia y la comunidad. Esta relación, en la educación para la salud en el adulto de la tercera edad, enfrenta algunas barreras, entre las que se encuentran que el consultorio del médico de la familia es subvalorado por la comunidad, que prefiere la atención secundaria, a la vez que los médicos de la familia indican un tratamiento, fundamentalmente, farmacológico, elementos que conspiran contra la necesaria labor educativa. A lo anterior se agrega la falta de tratamiento a las diferencias individuales de los pacientes y la sobrecarga de algunos consultorios.

En las comunidades se manifiesta una compleja red de organizaciones sociales, a través de las cuales funcionan esferas concretas de la actividad y la comunicación, en el presente: organizaciones de salud, políticas y de masas. A. Meier define a las organizaciones sociales como sistemas cooperativos, creados y organizados de manera consciente, para el logro planificado y racional de metas sociales, con un grupo de miembros definido y una estructura interna de actividad, comunicación, información y de grupo, que se orientan hacia el cumplimiento de funciones sociales.

Las indicaciones del Ministerio de Salud Pública conceden especial importancia a las organizaciones sociales para el logro de la promoción y educación para la salud. En la

tesis se proponen algunas acciones que se pueden desarrollar de conjunto con dichas organizaciones para el trabajo educativo con los adultos de la tercera edad.

La comprensión filosófica de la educación comunitaria tiene que ver, fundamentalmente, con la dimensión superestructural, de los valores, las ideas, las creencias, los sueños y los proyectos, para hacer posible la transformación de la realidad y avanzar en el proceso de emancipación individual y social. Esto exige participación pensante y crítica que al mismo tiempo propicie el autodesarrollo humano de los sujetos de la comunidad, sin dejar de considerar por ello las dimensiones económico-material y político-social, entrelazadas en la realidad como un todo complejo.

Conclusiones parciales del primer capítulo

El aumento vertiginoso de las enfermedades crónicas no transmisibles, y particularmente la diabetes mellitus, constituye un problema de salud mundial, con fuertes implicaciones en Cuba.

La diabetes mellitus tipo 2 afecta principalmente a los adultos de la tercera edad; sus causas son, fundamentalmente, sociales, por lo que su prevención debe iniciarse a partir de la comunidad y en dicha prevención la educación tiene un papel fundamental.

La investigación valora las causas sociales que favorecen la aparición de la enfermedad y determina un sistema de categorías sociales con sentido pedagógico, lo que condujo a la redefinición de algunas de ellas. Lo anterior permite pasar a la esfera pedagógica y sustentar el problema desde la educación popular comunitaria, basada en los principios de la pedagogía freiriana, enriquecida por los aportes de la Escuela Histórico Cultural de Vigotsky y la Sociología Marxista.

CAPÍTULO 2. MODELO PEDAGÓGICO CON SALIDA A LA PRÁCTICA A TRAVÉS DE UNA ESTRATEGIA, DIRIGIDO A PERFECCIONAR EL ESTILO DE VIDA DEL ADULTO DE LA TERCERA EDAD, COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

El primer epígrafe está dedicado a identificar la presencia, en el municipio Holguín, de la diabetes mellitus y el nivel de efectividad de su prevención, fundamentalmente entre los adultos de la tercera edad. En el segundo epígrafe se ofrece el diseño del Modelo Pedagógico, que representa teóricamente el proceso de educación popular comunitario de los adultos de la tercera edad dirigido a la prevención de la diabetes mellitus. Por último, se muestra la estrategia que permite la salida a la práctica de los postulados del Modelo.

2.1. Caracterización de la situación existente en el municipio Holguín respecto a la diabetes mellitus y su prevención

Se efectuó un estudio de la presencia de la enfermedad en el municipio, a través de los documentos del Centro Municipal de Estadística de la Salud. A continuación se realizó un diagnóstico que incluyó el análisis del plan de estudio de la Universidad Médica de Holguín y su proyección de superación postgraduada, la valoración de la actividad del Centro de Atención a Diabéticos (CAD) y el estudio del impacto de la medicina comunitaria. Especial relevancia tuvieron los informes presentados por los profesionales de la salud que participaron en un diplomado sobre la prevención de la diabetes mellitus, que incluyó participantes de la totalidad de las policlínicas del municipio Holguín.

La metodología utilizada para recavar información comprendió entrevistas a profesionales de la salud, encuestas y entrevistas a pacientes, informantes claves y un enfoque de observación participante.

Respecto a la presencia de la enfermedad, el municipio Holguín no escapa a la tendencia global del aumento de las ECNT y dentro de ellas de la diabetes mellitus. Como corolario se puede afirmar que este acrecentamiento no se debe a una insuficiente cobertura médica, sino más bien a la falta de preparación del profesional de la salud para influir positivamente en el modo de vida de la comunidad y el estilo de vida del paciente y a una fuerte tendencia a apoyarse, fundamentalmente, en el tratamiento farmacológico en detrimento de la prevención.

La población del municipio Holguín es de alrededor de 334, 000 habitantes (Estadística Municipal de Salud, 2008), de ellos están dispensarizados como diabéticos 10, 096, para un 3% de la población total del municipio. No obstante, la Organización Mundial de la Salud reconoce que por cada diabético dispensarizado existe otro sin dispensarizar, por lo que se estima que el número de diabéticos del municipio debe de ascender alrededor de los 20, 000, de ellos el 60% son adultos de la tercera edad y se espera un aumento debido al envejecimiento poblacional.

Se detectó que muchas de las insuficiencias en la preparación del personal de salud, tienen su origen en los planes de estudios y los proyectos de educación postgraduada de la Universidad Médica de Holguín. Estas insuficiencias pudieran resumirse del siguiente modo:

- Los planes de estudio de Ciencias Médicas no recogen asignaturas dirigidas al trabajo educativo comunitario.

- El escaso conocimiento de algunos médicos respecto a las atenciones requeridas por los pacientes diabéticos de la tercera edad.
- Los postgrados dirigidos al enfrentamiento a la diabetes mellitus se limitan a aspectos biológicos y manifestaciones clínicas de la enfermedad, con ausencia total de contenidos encaminados a la prevención educativa de la diabetes y al papel de la educación comunitaria en la profilaxis de la misma.
- La ausencia de actividades científicas que aumenten el conocimiento y el nivel de atención a los pacientes diabéticos desde la prevención.

La prevención educativa de la enfermedad en la comunidad es aún insuficiente:

- El Centro de Atención a Diabéticos, como núcleo fundamental de la atención a la enfermedad y principal orientador del sistema de salud comunitario en la prevención de la diabetes mellitus, no es priorizado por la Dirección de Salud. En su labor ha prevalecido, fundamentalmente, lo asistencial, con pobre proyección hacia otras instituciones de salud y la comunidad. Sus características actuales limitan su accionar en las esferas de la docencia y la investigación.
- Si bien en los consultorios del médico de la familia se atiende al paciente diabético, en esta atención predomina el enfoque farmacológico en detrimento del integral, que prioriza el componente educativo. Es frecuente que el médico dedique tan solo unos segundos a decirle a su paciente que debe realizar cambios en el estilo de vida (sin una metodología explícita) y, por otra parte, ocupe la mayor parte de la consulta en insistirle cómo debe de consumir la medicación.
- Deficiente evaluación integral médica por especialidades, hecho que guarda una

estrecha relación con las complicaciones que con frecuencia aparecen en el diabético como consecuencia, fundamentalmente, de un pobre control de la glucemia.

- Solo en algunas áreas de salud del municipio se practican ejercicios físicos regularmente, a lo que se agrega que, en ocasiones, realizan actividades recreativas u ocupacionales. Es necesario generalizar estas prácticas.
- No funciona adecuadamente la integración entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales en el proceso educativo dirigido a potenciar un estilo de vida saludable entre los adultos de la tercera edad.
- No existe el conocimiento necesario sobre los presupuestos pedagógicos de la educación comunitaria no institucionalizada.
- No se logra plenamente el objetivo de educar al paciente para convivir con su enfermedad.
- No se ha encontrado una metodología sistematizada que aborde la prevención educativa de la enfermedad desde su componente social.

Respecto al paciente y su contexto familiar se detectaron las siguientes tendencias:

- El total de los pacientes diabéticos de la tercera edad entrevistados afirmaron recibir atención médica, a pesar de ello, no se constató un seguimiento continuo y estrecho.
- Todos los pacientes diabéticos entrevistados o no son beneficiados por una dieta que se suma a la canasta básica familiar, aunque los entrevistados la consideraron insuficiente.
- La mayoría de los diabéticos de la tercera edad ignoran métodos que les ayuden

a cambiar el estilo de vida que les hizo debutar con la enfermedad, el cual tiene una estrecha relación con las complicaciones a las que están expuestos.

- Pobre conocimiento de los familiares con los que convive el paciente diabético, acerca del tratamiento a la enfermedad y tendencia, en algunas ocasiones, a utilizar la dieta que se le garantiza por el estado en la alimentación de los más jóvenes de la casa, afectando la nutrición de los pacientes diabéticos de la tercera edad.
- En ocasiones, los adultos de la tercera edad ocupan las habitaciones menos confortables de la vivienda.
- Convivencia de varias generaciones en la misma vivienda, con poco respeto a los derechos del adulto mayor.
- Frecuentes núcleos familiares envejecidos, en algunos casos, sin el apoyo de otros familiares.
- Falsas esperanzas, en algunas personas, de posible cura de la enfermedad a partir de “curas milagrosas”, utilización de plantas y conjuros.
- Propensión exagerada, en numerosos pacientes, a la realización de estudios médicos complementarios, contrastando con la falta de interés por modificar el estilo de vida, responsable del debut de su enfermedad y de sus posibles complicaciones.
- Poco reconocimiento a la necesidad social del adulto de la tercera edad, al que se obliga en ocasiones, a permanecer en la casa sobrecargado de actividades hogareñas y, en otras, limitado, alegando “que es hora de que descanse”.
- Pobre comunicación entre los miembros del hogar por “falta de tiempo”:

- Escasa atención a la opinión del adulto mayor en las decisiones relacionadas con la vivienda y la familia.

El análisis realizado permite determinar que existen serias deficiencias en la prevención de la diabetes mellitus en el municipio Holguín, en especial se destaca el hecho que el profesional de la salud no está capacitado para educar en pro de cambios en los estilos de vida de sus pacientes, ni para influir en el perfeccionamiento del modo de vida de la comunidad. La situación descrita constituye la causa fundamental de la propagación y las complicaciones que presenta la enfermedad en el municipio.

2.2. Descripción estructural y funcional del Modelo Pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de la tercera edad dirigidos a prevenir la diabetes mellitus

La modelación que se presenta incluye la realidad sociocultural como componente esencial del proceso pedagógico que se pretende representar científicamente, lo que impuso requerimientos especiales a la tarea del investigador. Consecuente con lo anterior se concibe al modelo como la creación científica que media entre el sujeto y el objeto que se pretende transformar, la representación teórica de la realidad pedagógica aspirada, acorde con las necesidades y exigencias sociales.

En las fuentes bibliográficas que abordan la modelación, como método científico, existe un número considerable de definiciones y, en correspondencia con las mismas, una amplia tipología de modelos con diversidad de rasgos que responden a estas tipologías. El término modelo pedagógico en la literatura consultada ofrece cierta anfibología. En esta investigación se utiliza en el sentido de modelación del proceso docente, cuyas variantes más comunes son los modelos didácticos y pedagógicos.

El análisis de variadas fuentes, permite percatarse de que es limitado el consenso respecto a las diferenciaciones en las características atribuidas a ambos tipos de modelos. Se adopta la que define como modelos didácticos los que comprenden el proceso de enseñanza-aprendizaje y como modelos pedagógicos los que extienden su acción al proceso docente-educativo.

La tesis presenta un Modelo Pedagógico, sustentado en la educación popular comunitaria, dirigido a prevenir las ECNT, en especial la diabetes mellitus en adultos de la tercera edad.

El Modelo se presenta como un sistema conformado por dos subsistemas que se encuentran en estrecha interrelación dialéctica: el **primero** recoge los fundamentos teóricos generales y el **segundo** constituye la esencia del Modelo e incluye la definición de la contradicción en su forma interna y su solución y está concebido en momentos.

El primer subsistema tiene como premisas el estudio epistémico realizado en el primer capítulo del objeto y el campo de acción y se inicia con la **contradicción en su manifestación externa**, que se manifiesta entre la prevención tradicional, incapaz de detener el aumento de la enfermedad, orientada fundamentalmente al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus y la necesidad de una prevención integral, que priorice lo educativo sobre la base de procedimientos pedagógicos, conducente a lograr cambios en el inadecuado estilo de vida del adulto de la tercera edad, por ser ello la causa fundamental de la propagación de la enfermedad.

La necesidad de enfrentar dicha contradicción y buscar fundamentos, cada vez más esenciales, obliga a introducir categorías que dinamicen la contradicción externa. Lo anterior conduce a la formulación de una importante interrogante: ¿Qué limitaciones

presenta la prevención de la diabetes mellitus, en particular en el contexto del municipio Holguín?

La respuesta a la pregunta parece simple, pero es muy compleja y solo ha sido posible producto del largo camino recorrido por la investigación. El tratamiento a la diabetes mellitus en Cuba, como pandemia, adquiere desarrollo en la década de los años noventa. La fundación en Holguín del CAD marcó un importante hito en el enfrentamiento a la enfermedad en el municipio, no obstante, el mismo se rezaga en el tiempo, al continuar solo ofreciendo una respuesta asistencial, en detrimento de la prevención, la docencia y la investigación.

Como tendencia, el profesional de salud que labora en la comunidad no ha estado preparado para dirigir la prevención, como elemento fundamental del tratamiento integral a la diabetes mellitus, de forma que se pueda detener la tendencia ascendente del debut de la enfermedad y sus complicaciones.

El tratamiento a la diabetes mellitus, desde la atención primaria, no ha superado el enfoque tradicional, fundamentalmente farmacológico, en detrimento de un enfoque integral que incursione en la cultura y la vida comunitaria, en particular, donde el modo de vida se convierte en piedra angular para la prevención de la enfermedad. En este contexto, la labor pedagógica, desde la educación popular comunitaria, es decisiva para lograr un salto cualitativo en la transformación de los estilos de vida de las personas afectadas o propensas a padecer la enfermedad. En este sentido los profesionales de la salud deben jugar el rol de educadores.

Lo anterior conduce a una segunda interrogante ¿Cuáles categorías en su interrelación sistémica permiten desenvolver la contradicción hacia niveles más esenciales?

A partir de los lados de la contradicción en su manifestación externa, las valoraciones epistémicas y fácticas realizadas en el primer capítulo y el análisis efectuado como respuesta a la primera pregunta, se pudo determinar que las causas socioculturales del avance de la pandemia se encuentran en la comunidad; lo anterior llevó a valorar las relaciones que se dan en el seno de la misma, expresadas a través de las categorías, contexto sociocultural-modo de vida- estilo de vida.

El contexto sociocultural es producto del proceso histórico; es el entorno en que vive el individuo, el cual está sometido a transformaciones que pueden ser de naturaleza evolutiva o más o menos brusca. El contexto sociocultural es un sistema dialéctico, que puede presentar otros sistemas en su interior. La comunidad se presenta como un contexto sociocultural de máxima generalidad, como la suma dialéctica de varios contextos socioculturales, entre los que se encuentran la familia, los vecinos, los amigos y los diversos oficios y profesiones.

El contexto más cercano al individuo es la familia, la cual es afectada por condiciones económicas, sociales y emotivas y funciona en distintos grados de armonía y colaboración. Las condiciones de existencia en el seno de la familia son un factor esencial en el comportamiento y la educación de sus miembros, lo que redundará en la prevención y enfrentamiento a las enfermedades.

Le siguen en orden los vecinos y amigos, estableciéndose sistemas complejos de relaciones, en cuyo marco se comparten creencias, tradiciones, costumbres y hábitos que influyen en el estilo de vida y, a través del mismo, en la prevención de las enfermedades.

Otro contexto a tener presente está dado por el oficio, el rol social de las personas en la

comunidad, que llevan a crear contextos especiales, sustentados en intereses y motivaciones comunes, como ocurre con médicos, profesores universitarios, deportistas, dirigentes, etcétera.

El contexto sociocultural, o mejor dicho, la comunidad en condición de contexto sociocultural, incide directamente en el modo de vida. Este se sustenta en bienes materiales y espirituales, y se expresa a través de indicadores económico-sociales tales como: nivel de satisfacción por la actividad vital realizada, relaciones sociales y familiares y actitud crítica hacia las condiciones de vida; así como las vías elegidas para lograr los fines deseados. Este último aspecto incluye valores, disposiciones de ánimo, tradiciones, costumbres, etcétera.

El modo de vida está influenciado por tradiciones, costumbres y creencias que se transmiten de generación en generación. Las tradiciones y costumbres se hacen sentir con particular intensidad en la alimentación, la forma de recreación y las actividades físicas en general, mientras las creencias están integradas por criterios arraigados en la población, que incluyen los comportamientos a seguir ante determinadas enfermedades, muchas veces contraproducentes.

El modo de vida imperante en una comunidad se manifiesta a nivel personal a partir de la interacción de tres componentes: el modo de vida familiar, el social y la personalidad de cada individuo. A esta interrelación que se produce en el plano individual se le denomina estilo de vida.

Se concibe, por lo tanto, el estilo de vida como la asunción y puesta en práctica de patrones de conducta económico y social, culturalmente condicionados, que se expresan en diferentes esferas y áreas de la vida cotidiana con regularidad, pero que

no determinan el libre albedrío del individuo y, por lo tanto, son factibles de transformación mediante el acto educativo.

El estilo de vida y su expresión a través de las actividades cotidianas pueden condicionar el estado de salud de los individuos, bajo la influencia del trabajo, el tipo de nutrición, ambiente higiénico-sanitario, acciones físicas y de esparcimiento. Todo lo anterior sobre la base de condiciones que favorezcan la calidad de vida.

La relación origina una nueva propiedad, consistente en la definición de las condiciones socio-culturales existentes en la comunidad que favorecen la propagación de la DMT2 en los adultos de la tercera edad, a la vez ofrece las potencialidades para su futura prevención pedagógica. La contradicción se sitúa ahora entre las condiciones socio-culturales y las vías de prevención de la diabetes mellitus entre los adultos de la tercera edad.

La relación contexto sociocultural-modo de vida-estilo de vida se presenta, a la vez, como la primera gran relación del Modelo Pedagógico, concediéndole identidad al mismo, convirtiéndolo en único e irrepetible, a la vez que señala el camino que permite el desenvolvimiento de la contradicción, desde su manifestación interna hacia niveles más esenciales.

Las valoraciones y representaciones teóricas anteriores, así como todas las de la propuesta, tienen su base en fundamentos pedagógicos, psicológicos y sociológicos.

Los fundamentos pedagógicos constituyen el sustento principal de la investigación y encuentran su máxima expresión en la educación popular, en particular en la obra de Paulo Freire y sus seguidores, y su concreción en el contexto comunitario.

Los fundamentos psicológicos parten de la Escuela Histórico Cultural de Vigotsky y sus

seguidores y se manifiestan en relación con el origen social de las funciones psíquicas superiores y su estructura mediatizada, la ley de la doble formación, la situación social de desarrollo y la zona de desarrollo próximo.

La Sociología de la Educación contribuye al trabajo educativo en la comunidad, permite determinar las relaciones sociales que se presentan en este contexto y su incidencia en el modo y estilo de vida, en particular del adulto de la tercera edad, a la vez que sirve de sustento a la labor con los factores socializadores, como: familia, comunidad, instituciones sociales y organizaciones políticas y de masas.

Realizadas las anteriores valoraciones, que a partir de la contradicción externa han permitido determinar fundamentos teóricos esenciales del Modelo Pedagógico, es necesario un momento fáctico, que permita determinar la situación real que en relación al problema presenta la comunidad estudiada. Esta oportunidad la ofrece el momento del diagnóstico permanente presente en la caracterización que recoge el epígrafe 2.1, sobre la situación existente en el municipio Holguín respecto a la prevención de la diabetes mellitus. De la misma es posible determinar las siguientes tendencias esenciales:

- La mayor incidencia de diabetes mellitus tipo 2 se presenta en adultos de la tercera edad y está estrechamente relacionada con el estilo de vida asumido por estas personas.
- La educación popular comunitaria es una vía expedita para perfeccionar los estilos de vida inadecuados predominantes en el contexto sociocultural; pero el personal de salud no está suficientemente preparado para una prevención educativa sobre bases pedagógicas.

Definidos estos factores, que se encuentran en correspondencia con los postulados teóricos anteriores, se está en condiciones de iniciar la determinación de la contradicción en su fase interna.

El segundo subsistema está concebido en momentos. El **primer momento** es la determinación de la contradicción en su fase interna, proceso que se inició con el planteamiento de la contradicción en su fase externa como primer acercamiento, y fue profundizándose a través del análisis epistémico y el diagnóstico, como se refleja en la primera parte del Modelo.

La búsqueda de la contradicción en su manifestación interna siguió la metodología expuesta por Vladimir Ilich Lenin en *Cuadernos Filosóficos* (1979), en la cual señala tener presente las múltiples relaciones, el desarrollo del fenómeno y las tendencias contradictorias, el descubrimiento de la unidad y lucha de los contrarios, a través de un proceso de análisis-síntesis, para determinar las transiciones y tener en cuenta las interdependencias y las transformaciones cualitativas del objeto. Todo lo anterior, conduce al infinito camino del conocimiento.

A partir de la metodología leninista, el diálogo entre las tendencias presentes en las valoraciones teóricas y los resultados arrojados en la praxis, se determinó un sistema de contradicciones que conducen a la **contradicción interna**:

- Existencia de un costoso presupuesto estatal destinado a la prevención de la diabetes mellitus y aumento vertiginoso de la misma.
- Ampliación de las instituciones que dan servicio al paciente diabético y su actuación como sistema en la prevención de la enfermedad.
- Postulados de la ciencia acerca del estilo de vida sano y las creencias populares

al respecto.

- Orientaciones de los facultativos dirigidas a desarrollar un estilo de vida sano y su ejemplo personal.
- Predominio de una formación médica sustentada en una educación que prioriza lo cognitivo en detrimento de lo afectivo-emocional-volitivo.
- Enfoque pragmático en la relación médico-paciente en detrimento de la prevención educativa de la enfermedad.
- Prevención sustentada en orientaciones generales y necesidad de tener presente los grupos etarios, tipos de diabetes, nivel de escolaridad del paciente, etcétera.
- Conocimiento médico profundo sobre la génesis de la enfermedad y pobre nivel pedagógico para desarrollar una educación preventiva efectiva en la comunidad.
- Diabetes mellitus como enfermedad social y el nivel de prevención pedagógica en el contexto comunitario.
- Alta incidencia de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad y la ausencia de una metodología educativa dirigida a la prevención de la enfermedad en la comunidad, a partir de las características de este grupo etario.

La valoración de este proceso hizo posible determinar que la **contradicción, en su manifestación interna se sitúa dentro del sistema de educación popular comunitaria dirigido a la prevención de las ECNT, en particular, la diabetes mellitus, entre los componentes socioculturales y pedagógicos.**

Se entiende por **componentes socioculturales** el medio social comunitario, su interrelación con el modo de vida imperante y la expresión personal en el estilo de vida del paciente, en particular, las creencias relacionadas con la enfermedad y la manera

de prevenirla, tratarla y asumirla, que dominan la relación médico paciente. Los **componentes pedagógicos**, por su parte, se sustentan en una educación popular no formal de carácter preventivo, que contempla un sistema de acciones a partir del CAD, representado en la comunidad por los profesionales de la salud, centrado en el médico de la familia, e incluye el sistema de salud pública, la familia y las distintas organizaciones que puedan actuar positivamente desde la comunidad.

Ambos contrarios se presentan como lados de un sistema y por lo tanto se oponen y presuponen. Se oponen en el sentido de que forman subsistemas de distintas naturalezas. El primero, está integrado por relaciones socioculturales y el segundo por componentes pedagógicos.

Se presuponen porque el sistema desaparecería al faltar uno de ellos, pero a la vez al desenvolverse la contradicción se produce un enriquecimiento y una dependencia mutua, mientras se perfecciona el tratamiento pedagógico, se perfecciona la relación sociocultural y, a la vez, se exigen nuevos contenidos pedagógicos, en una espiral que conduce al desarrollo de la prevención de la diabetes mellitus.

La contradicción en su manifestación interna conforma una relación que presenta como atributo las causas que generan el problema y por lo tanto la posibilidad de su solución.

El **segundo momento** es el desenlace de la contradicción, para lo cual se determinó un grupo de categorías con sentido pedagógico, a partir de la naturaleza de los contrarios y el sistema en el cual los mismos se oponen. Estas categorías en su interrelación mutua crean una nueva cualidad, capaz de enfrentar la contradicción.

Las categorías de referencia son las siguientes: reorganización del CAD, relación entre instituciones de salud-familia-comunidad, preparación de los profesionales de la salud,

trabajo socio-pedagógico en la comunidad, e integración de los factores a la educación comunitaria.

Se debe resaltar que forman un sistema estrechamente interrelacionado y sus categorías se encuentran vinculadas por dos transversales que dinamizan el Modelo al darle movilidad y cohesión. Ellas son: la relación entre los profesionales de la salud y la población y el enfoque de investigación-acción participativa.

La relación entre los profesionales de la salud y la población es una transversal del Modelo Pedagógico, pues toda actividad dirigida a prevenir la diabetes mellitus debe presentar estos componentes estrechamente interrelacionados. Sin la acción científicamente planificada de los profesionales de la salud y la participación activa y consciente de la comunidad en general y de los adultos de la tercera edad en particular, que conlleve a la colaboración mutua, es imposible lograr resultados positivos en la labor pedagógica preventiva.

El enfoque de investigación-acción participativa es una transversal del Modelo Pedagógico debido a que en cada momento, en cada acción realizada, las personas involucradas deben estar conscientes de que va dirigida a su transformación. Esta transformación se convierte, en gran medida, en una auto-transformación consciente según se van involucrando más profundamente los individuos en el proceso.

A continuación se explican las funciones de las distintas categorías:

Reorganización del Centro de Atención a Diabéticos. Dada la naturaleza fundamentalmente social de la propagación de la enfermedad, se hace necesario que la institución transite de un centro meramente asistencial a una entidad donde se integren los componentes clínico, investigativo y pedagógico. En esta entidad no solo debe

conocerse lo más avanzado referente a la diabetes mellitus y su tratamiento clínico, sino que debe investigarse sobre la enfermedad, en particular, sus causas, comportamiento en la comunidad, manera de prevenirla e impacto en la tercera edad.

La nueva situación conlleva a perfeccionar la dirección del CAD para que pueda enfrentar con eficiencia la labor que se le encomienda, por lo que se propone, además de director, máxima autoridad y responsable de los tratamientos a los pacientes que rotan por el centro, dos subdirectores que se ocuparán de la investigación y la docencia. El primero debe organizar la realización de las investigaciones a partir de las relaciones del CAD con los hospitales, policlínicas, consultorios, centros de recreación física, instituciones de cultura y especialmente con las universidades. La labor, en coordinación con las universidades, debe involucrar a especialistas altamente calificados en las esferas de salud, cultura física, pedagogía y sociología.

El otro subdirector se ocupará de coordinar la educación de pregrado con la Universidad de Ciencias Médicas y la de postgrado con todos los centros de Educación Superior, de manera que se desarrolle la superación y especialización del personal de salud y cultura física, que laboran en la prevención de la diabetes mellitus, orientada, fundamentalmente, a los adultos de la tercera edad y con ello de las vías que favorecen la educación popular comunitaria dirigida a la familia y a la comunidad.

Se debe tener presente que la educación popular comunitaria preconizada comprende desde la realizada persona a persona, hasta la que alcanza toda la comunidad, en la que el rol fundamental lo tienen los profesionales de la salud que actúan como pedagogos, y deben contar con el apoyo de las organizaciones políticas y de masas y los medios de comunicación masiva.

En conclusión, dicho centro debe actuar como la institución científica que dirige la prevención de la diabetes mellitus, para lo cual se fundamenta en la investigación y la docencia, en especial, la postgraduada.

Relación entre instituciones de salud-familia-comunidad. El CAD debe situar el foco de su accionar en la comunidad, epicentro de la problemática sociocultural responsable principal de la propagación de la diabetes mellitus. Con este objetivo se deben establecer convenios con los hospitales y policlínicas sobre responsabilidades compartidas, a partir de las especificidades que ofrece la tercera edad, como grupo etario más afectado por la diabetes mellitus.

En el caso de las policlínicas debe valorarse el papel de los consultorios del médico de la familia, por ser los encargados de dirigir la prevención de la diabetes mellitus en la comunidad, apoyados por personal de otras instituciones, como profesores de cultura física, trabajadores sociales y las organizaciones políticas y de masas. En este momento se determina qué labor debe realizar cada uno de los grupos implicados y la relación que debe existir entre los mismos.

Es necesario resaltar que la prevención de la diabetes mellitus, en la comunidad, dada la esencia social de la enfermedad, su prevalencia en la tercera edad y su relación con el modo y estilo de vida, es una labor fundamentalmente educativa, basada en métodos pedagógicos muy especializados, acordes con la edad de los discentes y a los objetivos perseguidos y que los profesionales de la salud, en condición de educadores, deben concebir su accionar desde la relación médico paciente, incursionando en la familia hasta contemplar toda la comunidad.

La relación que se ha planteado, es la conocida relación escuela-familia-comunidad,

presentada en el contexto de una educación no formal, donde el consultorio del médico de la familia hace la función de la escuela, que dirige su accionar transformador hacia la familia y la comunidad, con el apoyo de personal de otras instituciones, precisamente esta es una de las novedades de la investigación.

En este momento se está en condiciones de iniciar la superación de los profesionales involucrados en la prevención de la diabetes mellitus.

Preparación de los profesionales de la salud. La prevención de una enfermedad, que exige un alto componente educativo como es el caso de la diabetes mellitus, plantea la necesidad de la preparación de los profesionales relacionados con la salud en la comunidad como pedagogos.

En esta preparación si bien no se descartan algunas acciones dirigidas a la enseñanza de pregrado, la misma está destinada a los profesionales y se centra en el postgrado, que adquirirá el carácter de conferencias de orientación, cursos, diplomados y maestrías, formando un sistema que permita transitar de lo más simple hacia lo más complejo. Dicho sistema de superación debe ser coordinado con la Dirección de Salud, la Universidad Médica, la Universidad de Holguín, la Facultad de Cultura Física y la Universidad de Ciencias Pedagógicas.

El sistema de superación propuesto se sustenta en el principio de la integración de lo clínico, lo investigativo y lo pedagógico. Este sistema conllevará al desarrollo científico sistemático de este tipo de profesional, de modo que pueda alcanzar el título académico de Máster e incluso incursionar en el doctorado.

La preparación pedagógica estará sustentada en la educación popular, con un estudio profundo de la obra de Paulo Freire y sus seguidores, así como su aplicación en las

condiciones de comunidades cubanas.

Trabajo socio-pedagógico en la comunidad. Bajo esta denominación se encuentran las investigaciones y actividades de carácter socio-pedagógico, que se realizan en la comunidad, dirigidas a conocer y enfrentar los factores socioculturales que inciden en la aparición y evolución de la enfermedad en los adultos de la tercera edad en el contexto comunitario. Estas incluyen antecedentes patológicos familiares y personales, factores de riesgo, nivel de vida, calidad de la vida, nivel educacional, creencias respecto a la enfermedad y estilo de vida. Las mismas contienen, además, las historias clínicas de pacientes vivos y fallecidos, así como la dispensarización de las personas afectadas y en riesgo.

Todo lo anterior permite profundizar en los elementos que favorecen el debut y las complicaciones de la diabetes mellitus, contra los cuales debe ir dirigido el accionar preventivo, en especial entre los adultos de la tercera edad, como contextualización de la educación popular comunitaria. Después de profundizar sobre esta problemática se llega al momento principal del accionar pedagógico.

Integración de los factores a la educación comunitaria. En primer lugar, se deben optimizar los programas existentes para lograr que funcionen como sistema sobre bases pedagógicas, dirigidos a la prevención de la diabetes mellitus. Dichos programas, en el área de salud, son: tercera edad y enfermedades crónicas no transmisibles. De otros espacios se pueden citar la Universidad del Adulto Mayor, áreas de recreación física, organizaciones culturales y casas del abuelo.

En segundo lugar, que a la vez es el centro del trabajo preventivo preconizado, el accionar del profesional de salud en la atención al diabético o adulto de la tercera edad

en riesgo, debe extenderse desde la relación profesional-individuo, pasando por la familia e incluyendo toda la comunidad. Por ejemplo, el médico de la familia debe conducirse en relación con sus pacientes como médico, psicólogo y maestro.

El galeno no debe solo tratar lo sintomático, sin explorar los conocimientos y creencias que tiene cada paciente sobre la diabetes mellitus y su relación estrecha con el estilo de vida. La experiencia y el conocimiento obtenido de los distintos casos que atiende le permitirán evaluar los conocimientos y creencias en el seno de la familia y la comunidad. De forma similar, actuará cada profesional de la salud, según su área de acción. En este proceso el profesional no solo enseña sino que también aprende.

Lo anterior es la base para el plan de acción dirigido a un modo de vida y un estilo de vida sanos, que incidan positivamente en la prevención de la diabetes mellitus, sustentado en los principios de la educación freiriana. La transformación educativa debe realizarse en una relación que transite de la comunidad al individuo, pasando por la familia y viceversa. En otras palabras, de los esfuerzos por transformar el modo de vida comunitario al trabajo individual conducente a perfeccionar el estilo de vida de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus o propensos a padecerla y viceversa. No se debe olvidar que la comunidad es la suma dialéctica de los individuos que la conforman. Se subraya que el proceso debe ser dirigido por los profesionales de la salud, centrado en el consultorio del médico de la familia y debe involucrar todos los factores de la comunidad. Es de especial importancia la relación educativa médico paciente y la de los grupos de la tercera edad organizados por los profesores de cultura física comunitaria.

El proceso pedagógico debe conducir a la prevención popular de la diabetes mellitus,

que como se ha expresado, se inicia con la relación médico paciente, en la cual el primero ofrece un amplio espacio para el intercambio de opiniones relacionadas con la enfermedad como base de su labor pedagógica, continúa con la familia a través de visitas programadas y se extiende a la comunidad a partir de debates sobre un modo de vida y un estilo de vida sanos, actividades culturales y recreativas con el mismo sentido. La labor estará dirigida, fundamentalmente, a lograr una alimentación sana, una adecuada actividad física y a la erradicación de los hábitos tóxicos.

En tercer lugar, y como colofón, se encuentra la actuación de las organizaciones políticas y de masas en la divulgación entre la familia y la comunidad, apoyados por los medios de comunicación masiva.

La conversión del CAD en un centro integral de prevención de la diabetes; su incidencia en la comunidad, como epicentro de la problemática sociocultural principal responsable de la expansión de la enfermedad, a través de los profesionales de la salud, bajo la dirección del consultorio del médico de la familia; la preparación de los profesionales de la salud como pedagogos que sustentan su accionar en la educación popular, capaces a la vez de investigar la problemática en su contexto comunitario y educar a través de la relación consultorio-familia-comunidad, en un proceso consciente de transformación y autotransformación del modo y estilo de vida, donde se enseña y aprende, crea una nueva cualidad, la educación popular comunitaria dirigida a prevenir la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad.

Esta última gran relación resuelve la contradicción en su manifestación interna al generar una nueva cualidad, la educación popular comunitaria comprendida como el proceso pedagógico basado, fundamentalmente, en la educación no formal, que se

desarrolla bajo la orientación del CAD, por los profesionales de la salud en la comunidad, apoyados por otros profesionales y los factores de dicha comunidad; sustentada en los principios de la educación freiriana, contextualizados al medio cubano, dirigido a prevenir la DM en el adulto de la tercera edad. De esta forma se cumple con el objetivo y se resuelve el problema.

2.3. Estrategia para la instrumentación en la práctica del Modelo Pedagógico

La estrategia ha sido la forma escogida para la instrumentación y evaluación del Modelo Pedagógico en la práctica, pues permite la organización de las actividades a desarrollar en dependencia de las características del entorno en que se aplique.

La investigación se acoge a la siguiente definición de estrategia: *“Un sistema dinámico y flexible de actividades que se ejecuta de manera gradual y escalonada, permitiendo una evolución sistemática en la que intervienen de forma activa todos los participantes haciendo énfasis, no solo en los resultados sino también, en el desarrollo procesal”*. Márquez (1999), citado por Sánchez, (2004: 23).

La misma está integrada por un conjunto de elementos entre los que se encuentran: valores compartidos, objetivo, análisis estratégico, misión, visión, grupos implicados, escenarios y direcciones estratégicas.

Valores compartidos en la educación popular para la prevención de la diabetes mellitus en la comunidad

En el trabajo educativo se comparten, y a la vez se desarrollan, los siguientes valores, propios de la educación popular: afectividad, compromiso, responsabilidad, colaboración, disposición por el desarrollo de las actividades y perseverancia.

Objetivo de la estrategia:

El objetivo de la estrategia es la aplicación en la práctica del Modelo Pedagógico para favorecer el desarrollo de la educación popular comunitaria, dirigida a prevenir la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad.

Para el cumplimiento del objetivo se hace necesario conocer las posibilidades que brinda el contexto para la aplicación de la estrategia, por lo que se realiza un **análisis estratégico** que permite determinar las condiciones externas e internas que se presentan en el sistema de salud del municipio Holguín.

Ventajas:

1. El municipio de Holguín cuenta con una infraestructura de salud adecuadamente estructurada, que incluye la atención primaria, la que se inicia en el consultorio del médico de la familia y que tiene su continuidad en las policlínicas; así como una atención secundaria, con centro en los hospitales, que llega hasta la terciaria en algunas especialidades.
2. El municipio cuenta con el Centro de Atención a Diabéticos con una nueva infraestructura.
3. Se concluyó un diplomado, con los médicos de familia y otros profesionales de la salud, sobre la atención integral a la diabetes mellitus en el año 2008.
4. Existen ocho especialistas en Endocrinología ubicados en los tres hospitales provinciales, dos de ellos vinculados directamente a los pacientes en las policlínicas.
5. En el municipio Holguín está ubicada La Universidad Médica, con potencialidades de formación e investigación en la esfera de la diabetes mellitus.

Desventajas:

1. En los hospitales no existen salas debidamente equipadas y con personal especializado en el enfrentamiento a los casos complicados o de descontrol metabólico que requieran este nivel de atención.
2. El Centro de Atención a Diabéticos aún no es la institución científica a la que se aspira porque presenta las siguientes deficiencias:
 - Falta completar el equipamiento para lograr una atención más especializada.
 - Debe perfeccionarse la atención a los pacientes, separándolos por grupos etarios, niveles culturales, condiciones específicas y tipos de diabetes.
 - Como institución científica no ha estado desarrollando la docencia de pre y postgrado ni las investigaciones que deben serle inherentes.
 - Falta de coordinación en la dirección de la prevención a la diabetes mellitus con los hospitales y policlínicas, con pobre impacto en la comunidad.

Posibilidades:

1. Cobertura a nivel comunitario de los profesionales de la salud
2. La labor de los trabajadores sociales alcanza los distintos sectores de la comunidad.
3. El trabajo de la cultura física comunitaria.
4. El apoyo de las organizaciones políticas y de masas.
5. La posibilidad de coordinación con la Cátedra del Adulto Mayor, las casas del abuelo y otras instituciones similares.
6. El apoyo de los medios masivos de comunicación en el municipio.
7. Las redes educativas del MINED y el MES.
8. El alto nivel cultural promedio de la población del municipio.

Retos:

1. La insuficiente vinculación del CAD con la comunidad.
2. Escasa coordinación del CAD con instituciones como educación, cultura, trabajadores sociales, etcétera.
3. Insuficiente preparación de los profesionales de la salud para desarrollar la prevención efectiva de la diabetes mellitus.
4. Predominio en la población de un modo de vida que no favorece la prevención de la diabetes mellitus.

Luego de la realización de este análisis se determinaron elementos imprescindibles de toda estrategia.

Misión:

Proporcionar a los directivos, médicos y otros profesionales de la salud que laboran, fundamentalmente, en la comunidad, una estrategia basada en un Modelo Pedagógico, dirigido a favorecer la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad, sustentada en la educación popular comunitaria.

Visión:

El sistema de salud del municipio Holguín cuenta con una estrategia, sustentada en un Modelo Pedagógico sobre la base de la educación popular comunitaria, dirigida al perfeccionamiento del modo y estilo de vida de los adultos de la tercera edad, como vía efectiva de prevención de la diabetes mellitus.

Grupos implicados:

Implicados directos: directivos, médicos, enfermeros y técnicos del sistema de salud del municipio de Holguín. Otros implicados: trabajadores sociales, de cultura física e

instituciones como Cultura, MINED, MES y organizaciones políticas y de masas.

Escenario:

El sistema de salud del municipio Holguín se esfuerza por responder a las necesidades sociales de su entorno, en este caso, en lo referente a la prevención de la diabetes mellitus, pandemia que se encuentra en ascenso originando graves problemas, en particular entre los adultos de la tercera edad.

En el municipio existe un personal especializado y una infra-estructura aceptable, sin embargo, es necesario perfeccionar la labor realizada para lograr que actúe como sistema que integre las instituciones de salud entre sí y estas con otras instituciones y organizaciones de la comunidad.

El Centro de Atención a Diabéticos es una institución especializada, que debe convertirse en el núcleo coordinador de todas las actividades referentes a la prevención de la diabetes mellitus, en particular entre los adultos de la tercera edad, integrando los componentes clínico, investigativo y pedagógico.

Las transformaciones que propicia la actual estrategia contribuirán a eliminar los factores que entorpecen la prevención de la diabetes mellitus al favorecer: la cooperación entre las instituciones de salud y entre estas y otras instituciones del territorio; la calificación permanente del profesional de la salud; el desarrollo de las investigaciones científicas y como colofón el impacto de la prevención en el seno de la comunidad a través de la educación popular entre los adultos de la tercera edad.

En el proceso señalado se producen cambios profundos en la prevención de la enfermedad, con beneficiosas implicaciones en el modo y estilo de vida en los adultos de la tercera edad, afectados o en riesgo.

Direcciones estratégicas:

- I. Reestructuración del CAD como polo científico en la prevención de la diabetes mellitus.
- II. Calificación de los profesionales de la salud.
- III. Realización del trabajo educativo.
- IV. Evaluación de la estrategia.

I. Reestructuración CAD como polo científico en la prevención de la diabetes mellitus.

La dirección tiene como **objetivo:** reorganizar el CAD como polo científico que integre los elementos clínico, investigativo y pedagógico, para favorecer la prevención de la diabetes mellitus a partir de la comunidad.

Las acciones propuestas son las siguientes:

- Ampliación del CAD.
 - Ampliación del laboratorio clínico.
 - Fundación de una biblioteca especializada con acceso a Internet, que permita crear una biblioteca virtual.
 - Creación de una sala de computación.
 - Establecimiento de un gimnasio.
 - Ampliación del aula existente, dotándola de los medios necesarios.
 - Incremento de la plantilla del Centro.
- Perfeccionamiento de las relaciones del CAD con las instituciones de salud, en especial las que ejercen su acción en la comunidad, así como con otras instituciones y organizaciones.

- Reunión mensual de la dirección del CAD con los profesionales de la salud encargados de atender los programas priorizados por el MINSAP, enfermedades crónicas no transmisibles y tercera edad a nivel de policlínicas, para orientar y controlar lo concerniente a la diabetes mellitus, en especial, lo referente al adulto de la tercera edad.
- Orientar y supervisar las acciones dirigidas a prevenir la diabetes mellitus en la comunidad, a través de los consultorios del médico de la familia.
- Desarrollo de convenios de colaboración con las universidades que favorezcan la realización de investigaciones y la formación postgraduada.
- Ejecución de proyectos que involucren a ONG para ayudar a financiar la propuesta.
- Convenio con la radio y la televisión para el desarrollo de programas sobre la base de la educación comunitaria, dirigidos a contribuir a la prevención de la diabetes mellitus, fundamentalmente, en la tercera edad.
- Transformación del CAD en un polo científico con actividades que integren los componentes clínico, investigativo y pedagógico.
 - Implementación de cursos opcionales sobre la diabetes mellitus a los profesionales en formación que rotan por el CAD.
 - Desarrollo de conferencias, cursos y diplomados sobre el tema de la diabetes mellitus y su incidencia en el adulto de la tercera edad.
 - Realización de una maestría, sobre el mismo tema, en coordinación con los centros de educación superior de la provincia.
 - Desarrollo de investigaciones sobre la enfermedad, que incluyan estilo de

vida y modo de vida, en especial, el tratamiento educativo comunitario.

- Realización anual, en el mes de noviembre, en relación con el Día Internacional de la Diabetes, del evento científico: “Educación para prevenir la diabetes mellitus en la comunidad”.

II. Calificación del personal

El **objetivo** de esta dirección se centra en calificar a los profesionales de la salud encargados de la prevención de la diabetes mellitus, en especial entre los adultos de la tercera edad.

- Educación de pre-grado, que parte de la valoración con la dirección de la Universidad Médica de Holguín de una rotación de los estudiantes de sexto año por el CAD, con el objetivo de realizar prácticas y recibir cursos optativos sobre:
 - Los últimos conocimientos médicos sobre la diabetes mellitus y su incidencia en los adultos de la tercera edad.
 - Enfermedades crónicas no transmisibles. Modos y estilos de vida.
 - Educación popular comunitaria.
- Educación de postgrado, que contempla conferencias y cursos, estos últimos, se iniciarán con un diplomado que servirá de base a una maestría y luego los maestrantes más destacados podrán continuar con el doctorado. El diplomado incluirá los siguientes cursos básicos:
 - Metodología de la investigación clínica, sociológica y pedagógica.
 - Diagnóstico y seguimiento del paciente diabético.
 - Complicaciones en el paciente diabético.
 - Diabetes y grupos etarios.

- Modo y estilo de vida en la prevención de la diabetes mellitus.
- Metodología de la educación popular comunitaria.

Cada postgrado aprobado significará dos créditos y la presentación y defensa de una tesina, como forma de culminación, seis créditos, para un total de 18 créditos que aportarán a una futura maestría.

Se utilizarán las relaciones establecidas con los medios de difusión masiva para divulgar las propuestas de postgrado, lo que incluye la radio y la televisión municipal, que informarán, además, sobre el desarrollo de las actividades, lo que permitirá a la población conocer sobre las mismas.

La matrícula debe ser selectiva a partir de las potencialidades de los aspirantes, las necesidades del curso y los recursos disponibles.

Los cursos de postgrado, gracias a la coordinación con los centros superiores de la provincia, deben impartirse por profesores altamente calificados, preferentemente, másteres y doctores.

La enseñanza de postgrado presenta como elemento esencial el desarrollo de investigaciones, que abordarán la problemática socio-educativa de la comunidad y su incidencia en la diabetes mellitus entre los adultos de la tercera edad, sin descuidar los aspectos clínicos del problema.

La evaluación se realizará a través de talleres, en los cuales se expresarán los resultados investigativos y se realizarán debates con recomendaciones para perfeccionar el trabajo. A dichos talleres se invitarán directivos de la salud y profesionales destacados de las áreas de la salud, ciencias sociales y educación.

Esta dirección incluye además la socialización del Modelo Pedagógico y la estrategia

con los profesionales de la salud encargados de su instrumentación en la práctica y de la estrategia con los estudiantes vinculados al proyecto.

III. Realización del trabajo educativo

Se persigue como **objetivo** educar la comunidad para lograr cambios en el modo y estilo de vida, en especial, entre los adultos de la tercera edad, como vías de prevención de la diabetes mellitus.

El personal que ha sido preparado, según lo establecido en la dirección anterior, realizará su labor pedagógica a través de las funciones del médico y enfermero de la familia, profesores de cultura física, trabajadores sociales, etcétera. Esta labor se fundamentará en los principios de la educación popular comunitaria y estará dirigida a favorecer un cambio en el estilo de vida, fundamentalmente, en relación con hábitos dietéticos, ejercicios físicos, combate a los hábitos tóxicos y el trabajo por la inserción armónica del adulto de la tercera edad en la comunidad.

El médico de la familia priorizará la labor educativa sin descuidar el tratamiento farmacológico a los ya afectados. Debe coordinar armónicamente la atención general y la individualizada, a partir de las condiciones de la comunidad, las familias y las características individuales de los pacientes, con énfasis en los de la tercera edad.

Las vías a utilizar por el médico de la familia y demás profesionales de la salud son las siguientes:

- Conocimiento, a nivel grupal e individual, de factores indispensables para el abordaje integral de las causas que generan la enfermedad en la comunidad:
 - Antecedentes patológicos.
 - Nivel de vida.

- Modo y estilo de vida.
 - Nivel educacional.
 - Sistema de creencias respecto a las enfermedades, en especial, la diabetes mellitus.
 - Factores de riesgo y su incidencia en las complicaciones.
- Intercambios educativos, donde se aborda de forma individual la problemática de cada paciente, partiendo de sus creencias e inquietudes en relación con la enfermedad para transitar, escalonadamente, a planos formativos superiores.
 - Visitas a la familia, en las que se valore el medio social y afectivo en el que vive el paciente o la persona en riesgo y el nivel de su integración social, en particular, el estatus y el rol que conserva en el seno del hogar.
 - Orientaciones a la familia sobre modo y estilo de vida y sus implicaciones en la aparición, control y desarrollo de la enfermedad.
 - Debates educativos, talleres, conferencias y otras actividades a realizar en la comunidad, dirigidas, fundamentalmente, a la prevención de la enfermedad.
 - El profesor de cultura física creará grupos de la tercera edad y realizará su labor educativa a través de actividades recreativas que tengan como base la actividad física.
 - La dietista organizará clubes de la comida criolla, sana o ecológica, donde se presenten platos y se intercambiarán conocimientos relacionados con una nutrición saludable, incluyendo los requerimientos del paciente diabético y que, además, contemplen los alimentos de estación y de fácil disponibilidad.
 - Intercambios con la Cátedra del Adulto Mayor, donde se realizarán conferencias

y talleres sobre el tema de la prevención de la diabetes mellitus en este grupo etario, así mismo, se visitarán las casas del abuelo y se orientarán a los mismos sobre los beneficios de un estilo de vida sano y el modo de lograrlo.

Las actividades hasta aquí relacionadas y otras que se desarrollan en el proceso de educación popular comunitaria deben ser apoyadas por las organizaciones políticas y de masas y otras instituciones sociales de la comunidad. Se requiere que todas estas actividades deben realizarse siguiendo la metodología de la educación popular comunitaria.

IV. Dirección encaminada a la evaluación de la propuesta

Esta dirección tiene como **objetivo** valorar éxitos y dificultades y está dirigida al perfeccionamiento de la estrategia y, a través de ella, del Modelo Pedagógico.

Las acciones presentes en la misma son:

- **Diagnóstico permanente**

Como ya se ha expresado en el Modelo Pedagógico, el diagnóstico se realiza a través de la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación. En los distintos grupos, periódicamente, cada participante autoevalúa su participación en el proyecto y luego los demás dan su opinión, bajo la dirección del educador, incluyendo las consideraciones del propio educador, para llegar a un consenso que determina la evaluación individual y del colectivo. Para realizar el diagnóstico del diagnóstico se crea una comisión presidida por el responsable del proyecto que valora la marcha del mismo como un todo y propone las medidas a seguir.

- **Valoración general**

La valoración a realizar es, fundamentalmente, cualitativa y se sustenta en el relato del

proceso, en el que se destacan las transformaciones y avances logrados a partir de la triangulación de los datos que brinda la metodología utilizada. Esta metodología incluye técnicas de tipo tradicional como encuestas, entrevistas y criterio de expertos, pero lo más productivo está integrado por métodos sociológicos, utilizados con criterios pedagógicos, como forum comunitario y criterio de la comunidad, a los que se agregan los informantes claves, la entrevista a profundidad y enfoques de observación participante e investigación acción participativa.

Dada la posible novedad de dos de estos métodos se explicitan sus contenidos:

Forum comunitario o grupal: es una asamblea abierta en la que participan los miembros de una comunidad. En el caso de la comunidad donde están insertados los pacientes diabéticos, dada su complejidad, se puede organizar a partir de los consejos populares y su estructura organizativa. Se debe utilizar para sensibilizar a una población, antes de aplicar una investigación social, o posteriormente como una técnica dentro de dicha investigación, en particular, respecto al logro de una evaluación consensuada.

Cuando la asistencia es numerosa, se divide el grupo en subgrupos, que debaten el asunto y luego se llevan las conclusiones al forum. Las conclusiones se someten a consenso de todos los presentes. El forum comunitario es de gran importancia para realizar transformaciones comunitarias.

Impresiones de la comunidad: es una estrategia de la investigación que combina varias técnicas: entrevistas, recolección de datos acerca de la situación o problemas (estadísticas, encuestas, etcétera) y los resultados de los forum comunitarios.

Esta estrategia de la investigación, además de proporcionar información y evaluar, sirve para implicar a las personas afectadas en la concienciación de sus problemas, así como

en la toma de decisiones dirigidas a solucionarlos.

Como materialización en la práctica de los postulados del Modelo Pedagógico, la estrategia responde a un sistema, sus partes están interrelacionadas, funcionan como proceso y en cualquier momento se puede pasar de una dirección, actividad o acción a otra con el objetivo de consolidar y perfeccionar dicho proceso. Al ser la práctica el criterio de la verdad, la estrategia se convierte en una vía fundamental para corregir y enriquecer el Modelo Pedagógico, en este caso, la educación popular comunitaria dirigida a prevenir la diabetes mellitus, en particular en los adultos de la tercera edad.

Conclusiones parciales del segundo capítulo

El diagnóstico realizado en el municipio Holguín, dirigido, fundamentalmente, a los adultos de la tercera edad, mostró como tendencia la preferencia del tratamiento farmacológico sobre el integral, en detrimento de lo preventivo y la existencia en la comunidad de creencias que sustentan modos y estilos de vida inadecuados, que conllevan al debut y/o complicaciones de la enfermedad.

Se concibe un Modelo Pedagógico que, a través de relaciones e interrelaciones, es capaz de determinar la esencia del problema y darle solución, al representar teóricamente el proceso pedagógico conducente a la prevención de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad, a través de la educación popular comunitaria.

La concreción en la práctica de los postulados del Modelo Pedagógico se realiza a través de una estrategia pedagógica integrada por un conjunto de elementos entre los que se encuentran: objetivo, análisis estratégico y direcciones estratégicas. Estas están integrada por cuatro direcciones, cada una de las cuales está conformada por objetivos, acciones y actividades.

CAPÍTULO 3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA EN LA PRÁCTICA

El presente capítulo está dedicado a la socialización y valoración de la propuesta. En su primer epígrafe se presentan los resultados de la técnica de Criterio de Expertos con método Delphi asociado, al cual fue sometido el Modelo Pedagógico y su relación con la estrategia. El segundo epígrafe recoge los resultados de la valoración cualitativa de la instrumentación parcial en la práctica.

3.1. Análisis de la aplicación de la técnica de Criterio de Expertos con el método Delphi asociado para determinar la pertinencia del Modelo Pedagógico y su relación con la estrategia

La técnica de Criterio de Expertos, unido al método Delphi, se aplicó como una vía para socializar y someter a crítica la propuesta elaborada en función de valorar la pertinencia del Modelo Pedagógico y contribuir a su optimización y perfeccionamiento. Se seleccionó un grupo de especialistas competentes en temas relacionados con Gerontología, Diabetología, Medicina Comunitaria, Educación Popular Comunitaria, Sociología, Pedagogía y Psicología. La mayoría relacionados con la educación y conocedores de la problemática.

Los expertos fueron seleccionados a partir de los diversos procedimientos operacionales propios del método; se destaca que este método posee múltiples ventajas dentro de los métodos subjetivos de pronóstico. Cruz Ramirez (2009). Su confiabilidad radica en que fomenta la creatividad, garantiza la libertad de opiniones

de decisiones sin incentivar conflictos entre los expertos, lo que posibilita, a su vez, que el resultado de su aplicación se concrete en la valoración integral del mismo y en la elevación de las potencialidades formativas de la propuesta objeto de análisis.

El total de sujetos seleccionados alcanzó la cifra de 35 posibles expertos, reconocidos por sus conocimientos y aportes pedagógicos y científicos en general, que laboran en la Universidad Médica, la Facultad de Cultura Física, la Universidad y la Universidad de Ciencias Pedagógicas; así como en los hospitales y policlínicas, todos, centros radicados en el municipio Holguín.

A partir del cálculo de la mediana de años de experiencia de los expertos se determinó que existe un promedio de 14 años. Transcurrido este primer momento, a los posibles expertos se les aplicó un cuestionario con el propósito de medir su coeficiente de competencia (K), procedimiento que asumió como criterio de medición su autovaloración. Se les pidió a los potenciales expertos que fijaran su nivel de experticia entre cero y diez, en la que a uno le corresponde el nivel mínimo y a diez el máximo, a partir del siguiente gráfico.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Luego se le solicitó que marcaran con una (X) según correspondiera al grado de influencias, que cada una de las fuentes presentadas han tenido en sus conocimientos y criterios sobre el tema que se le sometía a consideración.

Tabla 1. Fuentes de argumentación.	Grado de influencia de las fuentes en sus criterios.
------------------------------------	--

	MA	A	M	B	MB
Capacidad de análisis.					
Experiencia de orden empírico (práctica profesional).					
Experiencia en el desarrollo de investigaciones teóricas.					
Conocimiento del estado actual del problema.					
Comprensión del problema.					

El proceso de discriminación, que exige el método, se hizo posible tras la determinación del coeficiente de conocimiento (K_c) y el coeficiente de argumentación (K_a), a partir de la suma de ambos elementos y su división por dos [$K = (K_c + K_a)/2$]. El resultado de esta operación permitió tomar como expertos aquellos cuyo coeficiente de competencia osciló entre 0,75 y 1,0; o sea, $0,75 \leq K \leq 1,0$.

El procesamiento estadístico de los datos obtenidos indicó que el coeficiente de competencia (K) es alto en 19 de los posibles expertos, al tomar aquellos situados a partir de 0,75. El resto, al manifestarse su coeficiente de competencia durante la evaluación en los niveles medio y bajo, se desestimó, dejando de ser considerados al efecto. Como indica la información presentada, se consideraron como expertos 19 del total de los encuestados, los que se caracterizan por su elevada preparación científico-metodológica.

Tabla 2. Relación de expertos seleccionados para la valoración del Modelo Pedagógico.

Expertos	k_c	k_a	k = ½ (k_c + k_a)
1	0,80	0,79	0,80
2	0,70	0,87	0,79
3	0,80	0,93	0,87
4	0,90	0,88	0,89
5	0,90	0,93	0,92
6	0,90	0,82	0,86
7	0,90	0,87	0,89
8	0,80	0,93	0,87
9	0,80	0,88	0,84
10	0,80	0,82	0,81
11	0,80	0,79	0,80
12	0,90	0,88	0,89
13	0,80	0,79	0,80
14	0,80	0,71	0,76
15	0,70	0,79	0,75
16	0,70	0,82	0,76
17	0,80	0,79	0,80
18	0,70	0,93	0,82
19	0,80	0,77	0,79

De los expertos, el 57, 89% (11) ostenta el grado científico de Doctor en Ciencias, 26, 31% (5) posee el título académico de Máster en Ciencias y el 15,78% (3) tiene la condición de especialistas de primer grado. El 73,68 % (14) acumula más de 10 años de experiencia en la docencia y la asistencia médica.

Los elementos señalados indican que el conjunto de especialistas considerados expertos, estaban en condiciones de emitir criterios y juicios de valor sobre el Modelo Pedagógico diseñado. Para ello se les aplicó un instrumento, mediante el cual se les solicitó que realizaran una evaluación sobre la fundamentación de los elementos que conforman el Modelo Pedagógico, las relaciones fundamentales del Modelo, la determinación de la contradicción interna y su solución; así como la relación entre el Modelo y la estrategia y el proyecto en su integralidad.

Tabla 3. Valoración del Modelo Pedagógico y su relación con la estrategia.		C1	C2	C3	C4	C5
A	Fundamentación de los elementos que conforman el Modelo.					
B	Relaciones fundamentales del Modelo.					
C	Determinación y solución de la contradicción interna.					
D	Interrelación entre el Modelo Pedagógico y la estrategia.					
E	El proyecto en su integralidad.					

El trabajo con estos expertos consistió en la realización de dos rondas, en las que

emitieron sus juicios críticos en torno al Modelo Pedagógico. Después de la primera ronda, el Modelo precisó de un perfeccionamiento, a raíz de los señalamientos hechos por el grupo de expertos:

- Se enriqueció la fundamentación del primer subsistema en lo referente a los sustentos científicos de la relación contexto sociocultural- modo de vida- estilo de vida.
- Se logró una mayor exactitud en la definición de algunas categorías del Modelo Pedagógico, lo que incidió positivamente en las relaciones e interrelaciones del mismo.
- Fue necesario revisar algunos de los conflictos que generan la fase interna de la contradicción.
- Las direcciones de la estrategia fueron enriquecidas con nuevas actividades para que respondiera más plenamente a los postulados del Modelo Pedagógico y, por lo tanto, se perfeccionó la correspondencia entre ambos.
- Todo lo anterior incidió positivamente en el perfeccionamiento del proyecto en su integralidad.

Corregidos estos señalamientos iniciales, se procedió a efectuar la segunda ronda en la que los expertos llegaron a consenso sobre la calidad y aplicabilidad del Modelo Pedagógico con cuyos resultados se calcularon las frecuencias absolutas:

Tabla 4. Frecuencias absolutas.						
ASPECTOS	MA	BA	A	PA	I	TOTAL
a	10	7	2	0	0	19

b	16	3	0	0	0	19
c	11	6	2	0	0	19
d	13	4	2	0	0	19
e	12	6	1	0	0	19

A partir de ellas, se determinaron las frecuencias relativas acumuladas para las acciones del Modelo:

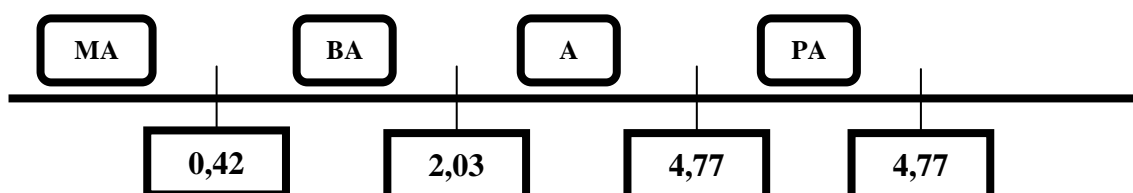
Tabla 5. Frecuencias relativas acumuladas.				
ASPECTOS	MA	BA	A	PA
A1	0. 5263	0. 8947	1	1
A2	0. 8421	1	1	1
A3	0. 5789	0. 8947	1	1
A4	0. 6842	0. 8947	1	1
A5	0. 6316	0. 9474	1	1

Posteriormente, se construyó la matriz de frecuencias relativas acumuladas (probabilidades), para lo cual se dividió el valor que aparece en cada celda entre el número de expertos (19). Por último, se determinó la distribución normal inversa a cada valor y se establecieron los puntos de corte para determinar la evaluación de los expertos a cada aspecto según se muestra.

Tabla 6. Distribución normal invertida.							
ASPECTOS	MA	BA	A	PA	SUMA	PROMEDIO	N-P

A1	-0.0597	1.3092	3.7200	3.7200	8.6895	2.1724	0.2132
A2	0.7124	3.7200	3.7200	3.7200	11.8724	2.9681	-0.5825
A3	0.0597	1.3092	3.7200	3.7200	8.8089	2.2022	0.1833
A4	0.3030	1.3092	3.7200	3.7200	9.0522	2.2630	0.1225
A5	0.1800	1.6684	3.7200	3.7200	9.2884	2.3221	0.0635
Suma	1.1954	9.3159	18.6000	18.6000	47.7113		
Punto de corte	0.2391	1.8632	3.7200	3.7200		2.3856	

Representación de los puntos de corte:



Como puede observarse, en la recta numérica todos los valores están por debajo de 0,42 por lo que la categoría que se le puede adjudicar a las acciones del Modelo Pedagógico para favorecer un cambio en el estilo de vida del adulto de la tercera edad es de muy adecuado.

En conclusión, el procedimiento realizado permite afirmar que los expertos consultados consideraron el Modelo Pedagógico de manera positiva, al calificarlo de novedoso, práctico, útil y necesario, a la vez, coinciden al señalar que resulta viable su aplicación. No obstante, en la primera ronda se esgrimieron algunas críticas y recomendaciones que permitieron enriquecerlo. Es justo admitir que el consenso entre los expertos, no

niega en absoluto la existencia de imprecisiones en la concepción original del Modelo, pues sus sugerencias sobre las etapas y acciones garantizaron un resultado final mucho más acabado.

En este sentido, en consecuencia con los preceptos éticos de la investigación, debe asumirse que el Modelo Pedagógico producto de la presente investigación, no es exactamente el que inicialmente se sometió al criterio de los expertos. El resultado de esta tarea se coronó con el logro de un producto mucho más coherente y racional que responde con mayor exactitud a las exigencias didácticas actuales de la propuesta y, como ya se ha señalado, en el segundo tope realizado, los criterios de los expertos manifestaron la existencia de un consenso general que evalúa la pertinencia del Modelo Pedagógico en el rango de Muy Adecuado.

3.2. Resultados de la aplicación parcial en la práctica de la propuesta

La propuesta de aplicación de la estrategia pedagógica fue presentada al Consejo de Dirección de la Dirección Municipal de Salud, donde fue acogida con beneplácito, al valorarse como una vía efectiva de prevención a uno de los problemas de salud más preocupante del Municipio.

La instrumentación parcial en la práctica fue dirigida desde el Centro de Atención a Diabéticos y tuvo como núcleo el trabajo comunitario de los profesionales de la salud en las áreas de las distintas policlínicas de la ciudad de Holguín. Esta se desarrolló a lo largo de seis meses entre enero y julio del 2009.

La aplicación de la estrategia, como vía de llevar a la práctica los postulados del Modelo Pedagógico, se inició con la innovación del CAD, que de una institución puramente asistencial comenzó su transformación hacia una institución científica que contempla la

integración de los elementos clínico, investigativo y pedagógico; a lo que se agrega la atención diferenciada a partir de grupos etarios, tipos de diabetes, entre otros.

Se inició la ampliación del CAD respecto a áreas físicas y recursos y tímidamente en relación con el aumento del personal especializado, situación que se ha resuelto, parcialmente, gracias a la colaboración de profesionales de la salud de otras instituciones.

La coordinación del CAD con las policlínicas del municipio Holguín permitió el accionar directo en la comunidad, a través de los profesionales de la salud que laboran en la misma, aglutinados alrededor del consultorio del médico de la familia.

Al comienzo se visitaron los consultorios del médico de la familia en el municipio y se intercambiaron sobre el tema de la prevención de la diabetes mellitus con los profesionales que laboran en estos consultorios; también se impartieron conferencias en las policlínicas.

A continuación se impartió un diplomado sobre la atención integral al paciente diabético, con énfasis en la tercera edad, por ser el grupo etario más afectado o amenazado por la enfermedad. La matrícula contempló un médico de familia por policlínica, además, tres enfermeras y cinco profesores de Cultura Física, propuestos para laborar con adultos de la tercera edad. También se aceptó la solicitud de matrícula de especialistas de otros municipios, seis en total.

El curso contempló el estudio del impacto de la diabetes mellitus como pandemia, se aportaron datos a nivel mundial y nacional, con valoraciones sobre la situación en la provincia y el municipio Holguín. Se caracterizó la enfermedad y se enfatizó en las principales causas sociales que favorecen su manifestación, en particular en la tercera

edad.

El centro del curso giró alrededor de la prevención de la pandemia, con énfasis en la educación popular comunitaria dirigida a los adultos de la tercera edad. Se valoraron los aportes de Paulo Freire y sus seguidores y su aplicación en el contexto comunitario cubano, en especial, la posibilidad de empoderar a las personas de la tercera edad y otros miembros de la comunidad de los contenidos necesarios para prevenir la enfermedad.

La educación popular comunitaria se enriqueció con las posibilidades que brinda la Escuela Histórico Cultural de Vigotsky, en especial, se valoró la existencia y potencialidades de la zona de desarrollo próximo en la tercera edad. Otro momento importante fue el estudio de la Sociología de la Educación, para fundamentar científicamente la relación consultorio del médico de la familia-familia-comunidad y los conceptos modo de vida y estilo de vida.

El diplomado utilizó la técnica de educación por encuentro y se realizó a través de conferencias y talleres, en estos últimos se desarrollaron interesantes debates. Los talleres dedicados a profundizar sobre la diabetes mellitus lograron una gran participación, con consulta a obras muy actualizadas, incluyendo el acceso a Internet.

El enfrentamiento a la diabetes mellitus y la crítica al tratamiento, fundamentalmente farmacológico, originaron polémicas; pero se llegó a un importante consenso sobre la importancia de la prevención de la enfermedad.

Fue impactante el acercamiento de los profesionales de la salud a las teorías pedagógicas, o aquellas que sirven de fundamento a las mismas. Al principio, hubo cierta resistencia y subvaloración de este cuerpo teórico, pero pronto comprendieron su

importancia y las grandes potencialidades que ofrece su implementación en la práctica. Consultaron diversas fuentes y se produjeron interesantes debates. Es de resaltar el impacto de categorías como empoderamiento, modo de vida y estilo de vida. Los participantes valoraron el diplomado como muy positivo y consideraron que abría, para ellos, una nueva etapa en su desarrollo profesional.

El proyecto alcanzó una nueva fase, cualitativamente superior, cuando los profesionales de la salud, preparados en el diplomado, iniciaron la labor con los pacientes aquejados de diabetes mellitus, otros adultos de la tercera edad propensos a adquirir la enfermedad y la comunidad en general. El trabajo se extendió al principio a todas las policlínicas del municipio, aunque la valoración de la propuesta se realizó a partir de 12 consultorios, correspondientes a 10 policlínicas, producto de la inestabilidad relativa del personal especializado.

Aspecto a destacar, en esta etapa, es la evaluación del paciente diabético para detectar complicaciones a nivel de los órganos dianas, por diferentes especialidades como Geriatria, Oftalmología, Nefrología, Cardiología, Angiología, Dermatología, Estomatología, Podología, etcétera. Lo anterior se relaciona con los distintos niveles de prevención a aplicar.

A partir de lo anterior, se desarrolla una labor educativa, en la que además del médico de la familia, participan los profesionales de apoyo, como personal de enfermería, psicólogo, dietista, profesor de cultura física, trabajador social, etcétera, los cuales trabajan activamente en la educación diabetológica, empoderando a los adultos de la tercera edad con los conocimientos, habilidades y valores necesarios que favorecen la prevención de la enfermedad, a la vez que se convierten en activistas en la comunidad.

La labor educativa rebasó ampliamente los límites de la relación profesionales de la salud-paciente, se extendió a la familia y a la comunidad con los objetivos de empoderar también a los miembros de la familia y la comunidad de conocimientos esenciales sobre las ECNT, en especial, la diabetes mellitus y su relación con los modos y estilos de vida, fundamentalmente, en los adultos de la tercera edad. La actividad obtuvo resultados muy positivos, tales como:

- Facilitó a la familia una mejor comprensión del proceso de la diabetes mellitus por lo que están en mejores condiciones de atender a los adultos de la tercera edad afectados por la enfermedad.
- Resultó, a la vez, una campaña de prevención contra las enfermedades crónicas no transmisibles, con efectos positivos sobre el modo de vida de la familia y la comunidad.
- Se logró la participación activa de muchos miembros de la comunidad, en especial de los adultos de la tercera edad, los cuales contribuyeron de forma activa y consciente al cambio en su estilo de vida.

Se debe destacar la labor de los profesores de Cultura Física a nivel comunitario, que han organizado grupos de pacientes diabéticos o de riesgo, fundamentalmente, de la tercera edad, para realizar diferentes actividades físicas y socioculturales, con lo que han iniciado una revolución a nivel comunitario, al mejorar las condiciones físicas, psicológicas y sociales de estas personas, en otras palabras, su estilo de vida.

El trabajo ha contado con el apoyo de las organizaciones políticas y de masas y la participación de los trabajadores sociales, en especial en los casos críticos, en los cuales fue necesario gestionar ayuda material. Existió cierto nivel de divulgación a

través de la radio y la prensa plana, aunque este aspecto pudiera mejorarse.

Al concluir el primer semestre de implementación de la estrategia en la práctica, se realizó una valoración cualitativa fundamentada en el relato del proceso, en el que se destacan las transformaciones y avances logrados a partir de la triangulación de los datos que brinda la metodología utilizada, recogida en la introducción y refrendada en el diagnóstico.

En el forum comunitario realizado en CAD se destacaron las siguientes ideas fundamentales:

- Se valoró de altamente positivo el resultado del diplomado impartido, que por primera vez ha dotado a la atención primaria de salud en el municipio de un personal con cierta especialización, capaz de realizar un trabajo educativo y preventivo en la comunidad.
- Se estimó de muy positivo el primer evento científico sobre diabetes mellitus, patrocinado y realizado en el CAD, en el cual participaron, con ponencias, especialistas de la atención primaria y secundaria de salud, los que reflejaron la atención que se le está prestando al problema. De este evento se desprendieron acuerdos y directivas de trabajo encaminados a perfeccionar la labor preventiva.
- Se destacó como el CAD logró, por primera vez, un papel protagónico en la docencia de pregrado, logrando la rotación de alumnos por la institución.
- Se resaltó la sistematización de reuniones, con carácter educativo, con familiares de pacientes diabéticos.

En general, consideran positivas las transformaciones realizadas en el CAD y la eliminación del enfoque tradicional que había agotado sus posibilidades de desarrollo,

sin embargo opinan que se está en una etapa inicial y que aún es necesario implementar todos los cambios concebidos para la institución.

En el forum realizado con los médicos de la familia y profesionales de apoyo se destacan las siguientes valoraciones:

- Destacaron los beneficios de la nueva concepción que permite una mejor organización del trabajo preventivo comunitario dirigido a la diabetes mellitus, fundamentalmente en los adultos de la tercera edad. En este contexto se resaltó la evaluación de los pacientes por las distintas especialidades, como punto de partida para su atención integral.
- Resaltaron la mejoría experimentada por numerosos pacientes, algunos con complicaciones, luego de recibir la influencia educativa que favoreció cambios en el estilo de vida.
- Reconocieron la importancia de la labor realizada por los grupos de pacientes diabéticos y de riesgo, organizados por los profesores de Cultura Física de la comunidad y destacaron como algunos de los primeros se convirtieron en valiosos activistas.

En general, se consideró que el proyecto condujo a una nueva concepción de la atención primaria de salud, que rebasa la atención al paciente diabético de la tercera edad, profundiza la relación médico paciente, y transforma al personal de salud de meros asistencialistas en profesionales integrales, capaces de producir cambios apoyados en la educación popular comunitaria. En conclusión reconocieron la importancia del dominio de contenidos pedagógicos para una labor preventiva efectiva.

En el forum dirigido a pacientes y adultos de la tercera edad en riesgo, participaron 39

personas, 12 hombres, 27 mujeres, en edades que se extendían de 57 años hasta 78, los cuales llegaron a consenso respecto a las siguientes consideraciones:

- Se sienten muy satisfechos de las relaciones establecidas entre los pacientes, los médicos de la familia y personal de apoyo.
- Como tendencia, están consumiendo menos fármacos, sin embargo ha mejorado su situación de salud.
- Las orientaciones y conocimientos recibidos han permitido, a la mayoría, perfeccionar su estilo de vida, en particular, en lo que se refiere a hábitos alimentarios y realización de actividades que incluyen ejercicios moderados, de acuerdo con sus potencialidades, así como visitas a lugares de interés histórico cultural y de recreación sana.
- Los nuevos contenidos, las orientaciones de los especialistas, los cambios en el estilo de vida, han originado mejoría física y psíquica, lo que les permite recuperar y/o asumir nuevos roles.

En resumen, se califica al proyecto de muy exitoso, humano y solidario, porque le ha devuelto la esperanza al paciente diabético y le permite ver el futuro con expectativa más positiva. Resaltan como los profesionales de la salud se han convertido en maestros, que los aconsejan y orientan, a la vez que les transmiten contenidos muy necesarios para convivir con la enfermedad exitosamente.

Como colofón, se aplicó el criterio de la comunidad que contiene los resultados de los forum comunitarios, complementados y enriquecidos con entrevistas a especialistas no participantes en el proyecto y a miembros de la comunidad y encuestas, estas últimas, a todas los adultos de la tercera edad beneficiadas con el proyecto.

Los resultados se reflejan en las siguientes consideraciones:

- Se reconoce la necesidad de mantener lo logrado y continuar avanzando, así como generalizar la experiencia al resto de los municipios de la provincia.
- Mantener el diplomado y dar la posibilidad a los egresados de matricular una maestría sobre el tema.
- Extender el evento científico sobre la atención al paciente diabético al ámbito provincial.
- Reconocimiento generalizado por la comunidad de los aportes y perspectivas del proyecto.
- Reconocimiento del apoyo brindado a los grupos de trabajo priorizados por el Sistema Nacional de Salud, a saber: Tercera Edad y ECNT.
- Concienciación por parte del personal de salud de la importancia del conocimiento de la teoría y la práctica pedagógica.

A continuación, se recogen las opiniones de pacientes beneficiados con la aplicación de la estrategia:

Caso número uno: paciente de género femenino, de 60 años, con nivel universitario, adecuadas condiciones económico-sociales, jubilada; diabética tipo dos, con diez años de evolución, obesa, no complicada.

Plantea haber leído libros y visto videos que tratan el tema de la educación al paciente diabético, pero considera que la práctica realizada como parte de la aplicación del proyecto ha superado sus expectativas, e inició cambios en su estilo de vida, que le han permitido perfeccionar la dieta que venía realizando, pero lo que considera más positivo es la incorporación a un grupo de adultos de la tercera edad, la mayoría diabéticos, con

los cuales comparte ejercicios físicos, charlas sobre el tema, además de actividades recreativas y culturales. Dado su nivel cultural, en este momento coopera en la orientación de otros compañeros, algunos de los cuales aún no son miembros del grupo.

Caso número dos: paciente de género masculino, de 71 años, nivel de Secundaria Básica, condiciones económico-sociales aceptables, vive con su esposa y una hija divorciada con dos hijos adolescentes, las entradas económicas proceden de su jubilación y del salario que recibe su hija como maestra; diabético tipo 2, con 8 años de enfermedad, hipertenso, complicado con neuropatía diabética.

Agradece al médico de la familia haberle aconsejado cambios en su estilo de vida, y orientarlo al respecto, así como al profesor de Cultura Física, que dirige la realización de ejercicios en el círculo de abuelos y organiza actividades recreativas. Señala que ha dejado de fumar y ha disminuido el consumo de grasa animal, realiza caminatas matutinas y algunos ejercicios recomendados por el profesor; además forma parte de un grupo de amigos que comparten conocimientos y experiencias sobre la forma de vivir con la enfermedad; así como pasatiempos sanos. Se siente mucho mejor de salud, así como de ánimo y está muy agradecido por el tratamiento recibido.

Caso número tres: paciente de género femenino, de 65 años, nivel de Preuniversitario, vive sola, su único hijo abandonó el país, no presenta problemas económicos, aunque sí de soledad. Hace solo dos años debutó con la enfermedad, es hipertensa desde hace diez años.

Asiste regularmente a los ejercicios dirigidos por el profesor de Cultura Física y participa activamente en las actividades recreativas, su casa muchas veces es el centro de las

mismas. Manifiesta que ha disminuido mucho el consumo de fármacos e incluso sus visitas al médico, que se siente mucho mejor de salud, no solo respecto a la diabetes, sino también en relación con la hipertensión.

Caso número cuatro: paciente de género femenino, de 57 años, con cuatro años con diabetes tipo 2; nivel cultural de primaria terminada, malas condiciones económicas, vive del seguro social en una accesoria, con un hijo con retraso mental medio. Agradece el tratamiento recibido por los trabajadores sociales a través de los cuales se le entregaron camas y colchones y se le reparó el techo de la casa. Señala que los médicos son muy buenos, que la aconsejan y la ayudan.

Los compañeros del círculo de diabéticos la ayudan y la aconsejan, ha podido comprender la naturaleza de su enfermedad y qué debe hacer para evitar complicaciones.

Caso número cinco: paciente de género masculino, de 68 años, hace 7 que debutó con la enfermedad; nivel universitario, jubilado, su esposa también es jubilada, condición económica buena, pues además de las entradas de sus jubilaciones ambos reciben ayuda de sus hijos.

Es activista del grupo de diabéticos que se reúnen para hacer ejercicios y colabora con el médico de la familia en la divulgación en la comunidad de un modo de vida sano. Agradece mucho que les hayan transmitido conocimientos, que los hayan empoderado para enfrentar la enfermedad. Manifiesta que ahora mira hacia el futuro con optimismo.

En general los cambios más significativos en el estilo de vida se resumen en:

- Dietas más balanceadas acordes a las posibilidades reales del paciente.
- Desarrollo de ejercicio físico acorde a las potencialidades del adulto.

- Abandono de hábitos tóxicos.
- Mayor grado de socialización.
- Elevación de la autoestima.

Lo más importante es que se dota al adulto de la tercera edad de conocimientos y espíritu crítico, que le permiten desarrollar un estilo de vida sano dirigido a prevenir la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no transmisibles. A la vez que se rescata su protagonismo social y se le aporta la posibilidad de mirar con optimismo el futuro.

Conclusiones del tercer capítulo

Al inicio fueron seleccionados 35 posibles expertos, los cuales después de aplicárseles el criterio de experticia quedaron reducidos a 19. Se realizaron dos rondas de consultas, en la primera los expertos expresaron algunas críticas al Modelo Pedagógico y a su relación con la estrategia. Esta situación originó modificaciones a la propuesta inicial. En la segunda ronda se obtuvo el consenso necesario y los expertos otorgaron a la pertinencia del Modelo Pedagógico el rango de muy adecuado.

La experimentación se redujo a una implementación parcial en la práctica, que no tuvo el propósito de validar, sino que persiguió como objetivo valorar la factibilidad y comportamiento de la propuesta. La valoración de la implementación tuvo un carácter eminentemente cualitativo y reveló las potencialidades de la propuesta, por lo que queda demostrada la factibilidad del Modelo Pedagógico, concretado a través de la estrategia.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus se ha convertido en una pandemia con fuertes implicaciones en Cuba. En el municipio Holguín, alrededor del 6% de la población es portadora de esta patología.

La propagación incontrolable de la diabetes mellitus tiene su causa en el contexto socio-cultural comunitario. La prevención de la enfermedad debe sustentarse en presupuestos educativos y estar dirigida a producir cambios positivos en el modo de vida. La tercera edad es el grupo etario más afectado por la diabetes mellitus, por lo que este tipo de adulto sería el más beneficiado si realiza cambios en el estilo de vida.

La educación de adultos de la tercera edad, con distintos niveles culturales dentro de un medio comunitario, dirigida a perfeccionar el modo y el estilo de vida, exige de una educación no formal, que los dote de conocimientos, habilidades y valores que les permita la prevención de la enfermedad.

La educación que brinda amplias posibilidades para trabajar en este contexto es la educación popular preconizada por Paulo Freire y sus seguidores, contextualizada a comunidades cubanas.

El diagnóstico realizado en el municipio Holguín arrojó dificultades en la prevención de la diabetes mellitus, caracterizada por deficiencias educativas y el predominio de la atención farmacológica, situación reflejada en el inadecuado estilo de vida de la mayoría de los pacientes.

El Modelo Pedagógico representa teóricamente el proceso de prevención de la diabetes mellitus, sustentado en los principios y categorías de la educación freiriana

contextualizados al medio cubano, que contempla la preparación de los profesionales de la salud, capacitándolos para que puedan empoderar a los adultos de la tercera edad, pacientes o con riesgo de padecer diabetes mellitus, de los conocimientos necesarios para evitar la enfermedad o sus consecuencias.

El Modelo Pedagógico está signado por la relación contexto sociocultural-modo de vida-estilo de vida. En él, a través de relaciones interdependientes, cada vez más esenciales, se define la contradicción en su manifestación interna y se expone su solución teórica.

La estrategia pedagógica fue el medio escogido para la concreción en la práctica de los postulados del Modelo y recoge las actividades y acciones que permiten lograr las transformaciones necesarias para perfeccionar el estilo de vida del adulto de la tercera edad, a partir de la problematización y la reflexión crítica.

La aplicación del Criterio de Expertos determinó la factibilidad de la propuesta al valorar de muy adecuados el Modelo Pedagógico y su vinculación con la estrategia.

La implementación parcial en la práctica demostró la aceptación por parte del sistema municipal de salud y la comunidad, del Modelo Pedagógico y la estrategia, así como las potencialidades de estos en la prevención de la diabetes mellitus en el adulto de la tercera edad; lo que se traduce en el cumplimiento del objetivo de la investigación y la superación lógica de la contradicción que la generó.

RECOMENDACIONES

1. Continuar aplicando la estrategia, perfeccionando la investigación y generalizando la propuesta a los restantes municipios de la provincia Holguín.
2. Diseñar y presentar un proyecto que respalde económica y jurídicamente la propuesta.
3. Proponer a Salud Pública la socialización de la investigación a través de Intranet.
4. Realizar nuevas investigaciones relacionadas con el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hipertensión in patients with imparied glucose tolerance / Jean Louis Chiasson... /et al./. -- p.486-494. -- En Jama J. A. M. A. -- V.290, No.4. -- Canadá, jul. 2003.
- ADDINE FERNÁNDEZ, F. Didáctica : teoría y práctica. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2004.
- ADLER, A.L. The Diabetes prevention program / Adler, A.L. , R. C. Turner. -- p. 623-634. -- En Diabetes Care. -- V.22, No.4, apr. 1999.
- AGUILERA DOMÍNGUEZ, ELIZABETH. La Educación para la salud : un reto en la formación del profesional / Domingo Díaz Santo, Elsa Hidalgo Figueredo. -- En Revista Luz 32. -- Año VII, NO.3. -- Univ. Cienc. Pedagógicas "José de la Luz y Caballero, Holguín, 2008.
- AGUILERA FUENTES, PEDRO L. Diabetes y ejercicio : 100 preguntas y respuestas / Jorge Alberto Fernández, Pedro L. Aguilera Fuentes. -- Canadá : Ed. Trafford Publishing, 2009.
- A hospital-sponsored diabetic instruction program./ P. Lefèbvre, A.Pierson . -- p. 67-8. -- En Hospitals. -- No.39, 1965.
- ALBERTI, K.G.M.M. Internacional Diabetes Federation : a consensus on type 2 diabetes prevention. -- p. 451-463. -- En Diabetic Medicine Journal of Diabetes. -- V.24, No.5. -- London, jan. 2007.
- ALFONSO, GEORGINA. La Polémica sobre la identidad. -- La Habana : Editorial de Ciencias Sociales, 1997.

- ALLPORT, G. W. La Personalidad, su configuración y desarrollo. –La Habana : Edición Revolucionaria, 1971.
- ALMIRALL CARBONELL, PEDRO. El Secreto de vivir con diabetes. -- p.5. -- En Trabajadores . -- No. 45. -- La Habana, 10 nov. 2008.
- ÁLVAREZ DE ZAYAS, CARLOS. La Escuela en la vida. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 1999.
- American Diabetes Association, the North American. Weight Management Through Lifestyle. Modification for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes : Rationale and Strategies. -- Diabetes Care. -- V. 27, No.8, aug. 2004.
- ÁNGELO HERNÁNDEZ, OVIDIO. Sociedad y Educación para el Desarrollo Humano. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2001.
- Anuario Demográfico Provincia Holguín : Oficina Nacional de Estadísticas, 2007.
- A report from the World diabetes foundation. -- p. 3-27. -- En A suplement to Practical Diabetes International. -- Hanoi, Viet Nam, 2006.
- ARIAS HERRERA, H. La Comunidad y su estudio. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 1995.
- AVENDAÑO, BARBARA. Dulce convivencia. -- P. 24-27. -- En Bohemia. -- No.8. -- La Habana, abr. 2004.
- BARRIGA, S. "La salud ¿Para qué?" en Psicología de la salud / comp. León y Barriga. -- España : Ed. Edunema, 1993.
- BASAIL, ALAÍN. Selección de lecturas de Antropología Social / Alain Basail, Roberto Dávalos .-- La Habana : Editorial Félix Varela, 2003.

- . Sociología de la cultura / Alian Basail, Daniel Álvarez. -- La Habana : Editorial Félix Varela, 2004.
- BATE, K. L. Preventing complications of diabetes / K. L. Bate, G. Jerums. -- p. 498-503. -- En Med. A Aust. -- V.179, No.9, nov. 2003.
- BÁXTER, ESTHER. La Formación de valores una tarea pedagógica. --. La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2002.
- BAZZANO, L. A. Prevention of type 2 diabetes by diet and lifestyle modification / L. A. Bazzano, M. Serdula, S. Liu. -- p. 310-9. -- En [J. AM Coll Nutr.](#) -- V. 24, No.5, oct. 2005.
- BAUER IL. The Health of host communities: missing from printed travel health advice.-- 350-2. -- En J Travel Med. -- V.10, No.6. -- Estados Unidos, nov.-dec. 2003.
- Behavioral science research in diabetes : lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity / WING, R. R.../et al./ .-- p. 1-2. -- Diabetes Care. -- V.24, No.1, Jan. 2001.
- Behavioral science research in the prevention of diabetes : status and opportunities / E. B. Fisher... /et al./ .-- p. 599-606. -- En Diabetes Care. -- V.25, No.3, mar. 2002.
- BELL, B. Knowledge improvement with web-based diabetes education program: brainfood / J.A. Bell, B. Patel, T . Malasanos . -- p. 444-8. -- En Diabetes Technol Ther. -- V.8, No.4, aug. 2006.
- BELL, R. Educación Especial: razones, visión actual y desafíos.-- La Habana: Editora Pueblo y Educación, 1997.

- BELLIDO AGUILERA, V.R. El Árbol que silba y canta comprensión filosófica de la participación en el trabajo cultural comunitario. -- En Tesis (Doctor en Ciencias Filosóficas)- Instituto de Filosofía de la Universidad de La Habana, 2007.
- BERMÚDEZ, ROGELIO. Teoría y Metodología del aprendizaje. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 1996.
- Black cosmetologists promote diabetes awareness and screening among African American women. / GR Sadler... /et al./. -- p. 676-85. -- En Diabetes Educ. -- V.30, No.4. -- jul.-aug. 2004.
- BLANCO, A. Introducción a la Sociología de la Educación. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2001.
- . Sociología de la educación : su lugar en la formación de profesores. -- La Habana: Facultad de Pedagogía. ISP. "Enrique José Varona", 1994. -- (Material Mimeografiado)
- BOSQUE SUÁREZ, R. Potencialidades de la comunidad para la integración de conocimientos. -- Venezuela, 2004.
- BUNGE, MARIO. La Investigación científica. -- La Habana : Editorial Ciencias Sociales, 1972.
- CABALLERO RIVACOLA, MARÍA T. El Trabajo comunitario: alternativa cubana para el desarrollo / María T. Caballero Rivacola, Yordi García, Mirtha. -- Camagüey : Editorial Ácana, 2004.
- CABALLERO VENGARA, MARÍA. Modelo pedagógico dirigido a favorecer el desarrollo del bienestar universitario sustentado en un enfoque identitario. -- Tesis en opción al grado científico de (Doctor en Ciencias Pedagógicas)-- Holguín, 2008.

- CABRERA, MARIETA. Diabetes : un problema gordo. -- P. 6-8. -- En Bohemia. -- No. 9. -- La Habana, 24 abr. 2009.
- Calidad de vida. -- Disponible en: Wikipedia <http://es /Consultado 14-5 -2007/>
- CAMPO AVILES, JOSÉ ANTONIO DEL. Diabetes tipo 1. -- P. 16-17. -- En Serranía. -- Año 10, No.79. -- La Habana, 2005.
- Cartas a Guinea-Bissau. Apuntes de una experiencia pedagógica en proceso. -- México : Siglo XXI, 1996.
- Cartas a quien pretende enseñar. -- México : Siglo XXI, 1996.
- CARDENAS, H. La Dinámica motivacional temporal del estilo de vida de grupos: su estudio en un grupo sometido a factores generadores de tensión” / H. Cárdenas, J. Ramón.-- En Trabajo de diploma-(Licenciado en Educación)-Universidad de Holguín, 1992.
- CASTELLANOS SIMONA, D. La Comprensión de los procesos del aprendizaje : apuntes para un marco conceptual. -- La Habana : Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”, Facultad de Ciencias de la Educación, Centro de Estudios Educativos, 1999.
- CASTRO DÍAZ-BALART, FIDEL. Ciencia, Tecnología y Sociedad : hacia un desarrollo sostenible en la Era de la Globalización. -- La Habana : Editorial Científico-Técnica, 2004.
- CASTRO OCHOA, NEYSA. El Modo y estilo de vida y la gestión de salud. -- Holguín : Correo Científico Médico de Holguín, 1999.
- CASTRO RUZ, FIDEL. Palabras a los intelectuales. -- La Habana: Editorial Letras Cubanas, 2001.

- CENTRO MARTÍN LUTHER KING. Selección de lecturas sobre concepción y metodología de la educación popular. -- La Habana : Editorial Caminos, 2004.
- Ciencia, tecnología y sociedad 1959-1989. -- La Habana : Editora Política, 1990.
- CLARK, D. The Concept Community Education.-- En: Community Education-An Agenda for Education Reform, Open. -- /S. L. : University Press, 1987.
- Comparison of CoDE with similar culturally appropriate interventions / Culica D ... /et al./. -- p. 1076-95. -- En J Health Care Poor Underserved. -- V.19, No.4, nov. 2008.
- Community-Based Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes / Dawun W. Satterfield.../et al./. -- p. 2643-2652. -- En Diabetes Care. -- V. 26, No.3, sep. 2003.
- Concientización : teoría y práctica de la liberación. -- Argentina, 1974.
- CORCUFF, PHILLIPPE. Las Nuevas sociologías. -- La Habana : Editorial Félix Varela, 2003.
- CÓRDOVA MARTÍNEZ, C. Conciencia social y modo de vida. -- Holguín : Universidad de Holguín, Centro de Estudio sobre Cultura e Identidad, 2008.
- Consideraciones sobre metodología de la investigación. -- Holguín : Universidad de Holguín, Centro de Estudio sobre Cultura e Identidad, 2002.
- CUBA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación -- 18 p.-- La Habana . [s. n.], 1999.
- CHARTIER K. Looks to reduce racial disparities in diabetes care. -- p. 20-2. -- En Nephrol News Issues. -- V.18, No.6. -- may. 2004.

- Chakravarthy, M.V. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions / M.V. Chakravarthy, M.J. Joyner, F W. Booth. – p. 109-113. -- Department of Internal Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA, 2010.
- Chromińska-Szosland D. Diabetes mellitus: an issue for medical certification / Chromińska-Szosland D, Marcinkiewicz A. -- p. 469-74. -- En Med Pr. --V.57, No.5, 2006.
- CRUZ RAMIREZ, M. El Método Delphi en las investigaciones educacionales.-- La Habana; Editorial Academia, 2009
- DAGOGO JACK, S. Ethnic disparities in type 2 diabetes : athophysiology and implications for prevention and management.-- p. 1115- 6. -- En J. Natl Med Assoc. -- No. 11, nov. 2003.
- Preventing diabetes-related morbidity and mortality in the primary care setting. -- p. 549-60. -- En J Natl Assoc. -- V.94, No.12, dec. 2002.
- DARIO, M; S. PAREDES y E. KNAPP. Aproximación a un enfoque psicosocial del paciente oncológico”. – Trabajo de diploma (Licenciatura en Educación)- Universidad de Holguín, 1993.
- Dealing with diabetes in the school setting--update on diabetes resourcesç / Gallivan J, Greenberg R, Warren-Boulton E. -- p. 6-8. -- En School Nurse News. -- V.22, No.4, sep. 2005.
- DECI E. y Ryan Y. Intrinsic Motivation and Selfdeterminacionin Human Behavior / E. Deci, Y. Ryan. -- New York : Plenum, 1985.

- DELGADO DÍAZ, CARLOS J. Hacia un nuevo saber la bioética en la revolución contemporánea del saber. -- La Habana : Editorial Centro Félix Varela, 2007.
- Delivering on diabetes / D. Crouch , T . Hainsworth. -- 34-6. -- En . Nurs Times.-- V. 99, No.40, oct. 2003.
- Diabetes / L. Heuer, Hess CW, Klug MG. -- 265-70. -- En J Rural Health. – V. 20, No.3, 2004.
- Diabetes education and public health. -- p. 45-8. -- En Diabetes Educ. -- V.34, No. 1, Jan-Feb. 2008.
- Diabetes is a Community Issue : The Critical Elements of a Successful outreach and Education Model on the U.S.-Mexico Border. -- p. 1-9. -- En Preventing Chronic Disease. -- V.2, No.1, Jan. 2005.
- DIÉGUEZ, ALBERTO. La Intervención comunitaria : experiencia y reflexiones. -- Argentina : Editorial Espacio, 2000.
- Reflexiones sobre el concepto de comunidad. de lo comunitario a lo local: de lo local, a la mancomunidad, en La intervención comunitaria: experiencias y reflexiones.-- Buenos Aires : Editorial Espacio, 2000.
- Educación en la ciudad. -- México : Siglo XXI, 1997.
- Educación popular : una mirada de conjunto. En: Revista Decisio. -- No. 10. – México, en.-abr. 2005.
- Educational disparities in health behaviors among patients with diabetes / Andrew J. Karter ... /et al. -- p. En BMC Public . – Disponible en / Health <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/308/>

EHRENFELD. Diabetes training of community health workers serving native Hawaiians and Pacific people / I. Ehrenfeld , J. A. Mattson. -- p. 834-40. -- En Diabetes Educ. -- V.34, No.5, 2008.

ELLIOT, JOHN. ¿En qué consiste la investigación-acción participativa en la escuela?. En: La investigación acción en educación. -- Madrid : Ediciones Morata, 1990.

Epistolario : t.5. -- La Habana : Ciencias Sociales, 1993.

[Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. – Disponible en :](#)

Monografias.com/trabajos4/estrategias/estrategias.shtml/. /Consultada 18 de sep. del 2002/.

Evaluación conductual. Metodología y aplicación / R. Fernández Ballesteros.../et al./ -- Madrid : Editorial Pirámides, 1983.

Evaluation of clinical, cultural and psychosomatic influences in the teaching and management of diabetic patients: a study of medically indigent Negro. -- p. 682-91. -- En Am J Med Sci. – No.245, jun. 1963.

Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. -- México : Siglo XXI, 1993.

FERNÁNDEZ, EDUARDO. La Formación laboral agrícola en estudiantes de Secundaria Básica. -- Tesis en opción al título de (Doctor en Ciencias Pedagógicas)-Holguín, 2006.

FERNÁNDEZ DÍAZ, A. La Comunidad como espacio educativo : Nociones de Sociología, Psicología y de Pedagogía, 2003.

FERNÁNDEZ PÉREZ, M. Las Tareas de la profesión de enseñar. -- España : Siglo XXI, 1999.

Fight against diabetes : diabetes according to ages. -- p. 485-7. -- En *Hisp Med.* -- No.48, aug. 1964.

FISHER KL. School nurses' perceptions of self-efficacy in providing diabetes care. -- p. 223-8. -- En *J Sch Nurs.* -- V.22, No.4, aug. 2006.

FOLIAKI, S. Prevention and control of diabetes in Pacific people / S. Foliaki, N. Pearce. -- p. 403-4. -- En *BMJ.* -- V.23, No.327, aug. 2003.

Fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas. -- p. 20. -- Disponible en : Lineamientos del Partido : Salud : 147 <http://ucp.ho.rimed.cu/archivos/proyecto-lineamientos-pcc.pdf> /Consultado: 17 de marzo 2011./

FREIRE, PAULO. La Educación como práctica de la libertad. -- Argentina : Siglo XXI, 1973.

-----. Pedagogía de la autonomía : saberes necesarios para la práctica educativa. -- Buenos Aires : Siglo XXI Argentina, 2006.

-----. Pedagogía de la esperanza: Un reencuentro con la Pedagogía del oprimido. -- México : Siglo XXI, 1993.

-----. Pedagogía del oprimido. -- México : Siglo XXI, 1996.

FUENTES GONZÁLEZ, H.C. Fundamentos didácticos para un proceso de enseñanza -aprendizaje participativo. -- Santiago de Cuba, 1997.

-----. Teoría holístico-configuracional y su aplicación a la didáctica de la educación superior. Documento de trabajo del Centro de Estudios de la Educación Superior "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. -- Santiago de Cuba, 2002.

- FUENTES, MARA. Mediación en la solución de conflictos .-- La Habana :
Publicaciones Acuario-Centro Félix Varela, 2001.
- Fundación Mundial de la Diabetes (FMD). -- 2006.
- GALLIVAN J. The National Diabetes Education Program evaluation framework: how to
design an evaluation of a multifaceted public health education program / J.
Gallivan, R.
- GARCIA, R. Interdisciplinariedad y sistemas complejos. -- España : Editorial Gedesa
: Ciencias Sociales y Formación Ambiental, 1994.
- GONZÁLEZ BARREIRO, LECSY. Educación y comunicación popular / Lecsy
González Barreiro, Taíma Quiñónez, Menfis Benitez. -- La Habana : Universidad
de La Habana, 2001.
- GONZALEZ-CAMPOY R. Minnesota Center for Obesity, Metabolism, and
Endocrinology Foundation, USA / Gonzalez-Campoy R, Gonzalez-Campoy JM. --
p. 44-8. -- En Minn Med. – V. 86, No.,10.-- oct. 2003.
- GONZÁLEZ REY, F. Epistemología cualitativa y subjetividad. -- La Habana : Pueblo y
Educación, 1997.
- . Personalidad, modo de vida y salud. -- La Habana :
Editorial Félix Varela, 1994.
- . La Personalidad su educación y desarrollo. -- La Habana : Editorial Pueblo y
Educación, 1989.
- . Problemas epistemológicos de la Psicología. -- México : Universidad Autónoma
de México, 1993.

- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, NIDIA. Selección de lecturas sobre Trabajo comunitario
 Nidia González Rodríguez, Argelia Fernández. – La Habana : CIE “Graciela Bustillos”- APC, 1999.
- GRAMSCI, ANTONIO. Antología. -- La Habana : Ciencias Sociales, 1973.
- GREENHALGH, T . Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic groups who do not speak English / Greenhalgh T, A. Collard , N. Begum .-- p. 628.-- En BMJ. -- V.330, No.7492, mar. 2005.
- Group. -- p.737-752. – En Obesity(Silver Spring. -- V.14, No.5, May. 2006.
- Group work by the multiprofessional team in diabetes mellitus: practical Issues. -- p. 812-7. -- En Rev Bras Enferm. – V.56, No.6. --nov.-dec. 2006.
- GUEVARA, ERNESTO CHE. El Socialismo y el hombre en Cuba. -- La Habana : Letras Cubanas, 2001.
- GUTIÉRREZ ÁLVAREZ A. K. Y MAYO PARRA, I. Estudio de las configuraciones comportamentales de riesgo en sujetos hipertensos del Hospital “Lucia Iñiguez”, Holguín, 2003.
- Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador / D. Castellanos Simona.../et al./. -- La Habana : Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”, Facultad de Ciencias de la Educación : Centro de Estudios Educativos, 2001.
- Hacia una pedagogía de la pregunta . conversaciones con Antonio Faúndez. -- Buenos Aires : La Aurora, 1986.
- HERNÁNDEZ, H. Psicología de la educación. -- México : Editorial Trillas, 1991.
- HERNÁNDEZ SAMPIER, ROBERTO. Metodología de la investigación, Palma Soriano : Empresa Gráfica “Haydée Santamaría”, 2004.

HOUTART, FRANÇOIS. Las Autonomías multiculturales en el contexto de la mundialización. -- p.17-23. -- En Revista Temas. -- no. 45. -- La Habana, 2006.

ILIZÁSTEGUI DUPOY, FIDEL. Educación médica y necesidades de salud poblacional. -- La Habana : [s. n.], 1991.

Intensive education for lifestyle change in diabetes. -- p. 1120-1. En MJ. V. 327, No.7424, nov. 2003.

KUHN, T.S. La Estructura de las revoluciones científicas. -- Argentina : F.C.E, 1996.

La Importancia de leer y el proceso de liberación. -- México : Siglo XXI, 1996.

Investigación Acción Participativa / I. Hernández Ciriano ... /et al./. -- La Habana : CIE "Graciela Bustillos" : Asociación de Pedagogos de Cuba, 2003.

Knowledge, attitude and behaviour regarding diabetes amongst family members of Diabetes patients. -- p. 742-4. -- En J Assoc Physicians India. -- No.55, oct. 2 002.

KOENIGSBERG, MARLON RUSSELL. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. -- p. 309-315. -- En American Family Physician. -- V.69, No.2. -- New York, jan., 2004.

LAUDAN, LARRY. El progreso y sus problemas. -- Madrid : Editorial Encuentro, 1986.

LEONTIEV, A.N. Actividad : conciencia : personalidad. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 1981.

----- La Actividad en la Psicología.-- La Habana : Editorial de libros para la Educación, 1979.

LEVINS, RICHARD. La Dialéctica y la teoría de los sistemas. -- En: Revista Internacional Marx Ahora. -- p. 79-98. -- no. 20. -- La Habana, 2005.

- Lifestyles Matter in the Prevention of Type 2 Diabetes The Look AHEAD Study: A Description of the Lifestyle. -- p. 1650-1651.-- En Diabetes Care. -- V 25, No.9, sep. 2001.
- LLIVINA LAVIGNE, M. Aproximación al aprendizaje desarrollador de la Matemática . -- La Habana : Congreso Universidad, 2005.
- . Educación ambiental para el desarrollo sostenible. -- La Habana : CIGEA, 2007.
- MAGLIO, F. La Crisis del modelo médico hegemónico actual en fundamentación y contenido de la medicina antropológica. – Buenos Aires : Asociación Médica Argentina, 2000.
- Management of type 2 diabetes in youth : an update / K. Peterson ... /et al./. -- p. 634-637.-- En Am Fam Physician. -- V.76, No.5, sep. 2007.
- MARBLE, A. Training centers and the teaching of diabetic patients.—p. 750-2. -- Appl Ther. -- No.5, sep.1963.
- MARTI PÉREZ, JOSÉ. Ideario pedagógico. – La Habana : Centro de Estudios Martianos : Pueblo y Educación, 1990.
- . Obras completas : 27 t.. -- La Habana : Editorial Ciencias Sociales , 1975.
- MARX, CARLOS. Tesis sobre Feuerbach. -- En: La Ideología alemana. -- La Habana : Editorial Revolucionaria, 1965.
- MASLOW, A. El hombre autorrealizado: -- Barcelona : Editorial Cairós, 1979.
- MATEO DE ACOSTA, OSCAR. Lo que todo diabético debe saber. -- La Habana : Editorial Ciencias Médicas, 1989.

- MAYO PARRA, ISRAEL. Estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida. – En Tesis en opción al grado científico de (Doctor en Ciencias Psicológicas)-ISPEJV, La Habana, 1999.
- Memorias del Tercer Encuentro Nacional de Experiencias de Trabajo Comunitario APC. -- Las Tunas, 2000.
- MÉSZÁROS, ISTVÁN. La Teoría de la enajenación en Marx. -- La Habana : Editorial Ciencias Sociales, 2005.
- Metodología de la Educación Popular / Nidya González Rodríguez.../et al./. -- La Habana : CIE, APC, 1998.
- Metodología de la investigación cualitativa / Gregorio Rodríguez Gómez.../et al./. -- Santiago de Cuba : MES, 2002.
- Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento J. Arnaus Gras.../et al./. -- Murcia : Secretariado de Publicaciones, 1990.
- MIGUEL SOCA, PEDRO. El Síndrome metabólico : una epidemia moderna. -- p.17-18. -- En Serranía. -- No. 108. -- Holguín 2008.
- MONTERO, SUSANA. La Cara Oculta de la Identidad Nacional.-- Santiago de Cuba : Editorial Oriente, 2003.
- MORENZA, P. Escuela histórico-cultural / P. Morenza, O. Terré. – p. 2-11. -- En Revista Educación. -- No. 93, en.- abr. 1998.
- MSHELIA DS. Effect of increased patient-physician contact time and health education in achieving diabetes mellitus management objectives in a resource-poor environment / D. S. Mshelia, O. M. Akinosun, F. M. Abbiyesuku. -- p. 74-79. -- En Singapore Med J. -- No. 48, 2007.

- MUÑOZ, TERESA. El Trabajo social en Cuba : una disciplina científica en construcción / Teresa Muñoz, Lourdes De Urrutia. -- p. 2-15. -- En: Revista Caminos.-- No. 31-32, 2004,.
- Namette, Joseph. Diabetes : más deportes y menos insulina. -- p. 2-6. -- En revista Vida . -- No.103. -- Buenos Aires, 1990.
- The National Diabetes Education Program Evaluation Framework: How to Design an Evaluation of a multifaceted Public Health Education Program. -- Preventing Chronic Disease. -- V.5, No.4. -- Disponible en: Centers for Disease Control and Prevention • www.cdc.gov/pcd/issues/2008/.
- La Naturaleza política de la educación. -- España : Planeta-Agostini, 1994.
- NAVARRO DESPAIGNE, DAYSI a. Navarro Despaigne, Daysi A. Diabetes mellitus y sexualidad : experiencias y especulaciones p.16-21. -- En Sexología y sociedad. -- No.37. -- La Habana, ag. 2008.
- NAVARRO LAUTEN, ANA. Diabetes mellitus. -- La Habana : Editorial Oriente, 1998. - 65 p.
- NICKERSON HH. A teaching machine for diabetic patients: a study report.—p. 231-3. -- En J Maine Med Assoc. -- No.54. -- nov. 1963.
- NIMSGERN, ANGELA. Implementing a New Diabetes Resource for Wisconsin Schools and Families. -- p. 1-10. -- Disponible en : Centers for Disease Control and Prevention • www.cdc.gov/pcd/issues/2005/ /Consultado :nov. 2005.
- NÚÑEZ HURTADO, CARLOS. Educación popular : una mirada de conjunto. -- En: Revista Decisio.-- no. 10. -- México, en.-abr. 2005.
- Educator para transformar, transformar para educar. -- México : IMDEC, 1989.

- NÚÑEZ JOVER, JORGE. La Ciencia en el encuentro entre ética y epistemología. En: Por una nueva ética. -- La Habana : Editorial Félix Varela, 2004.
- ONU. Informe sobre desarrollo humano : Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. -- Nueva Cork : PNUD, 1997.
- Organización Mundial de la Salud : Calidad de vida. -- Disponible en: [Wikipedia Calidad de vida. http://es /Consultado: 14-5-2007.](#)
- ORTIZ TORRES, E. Glosario sobre ciencias de la educación. -- Universidad de Holguín : CECES, 2005.
- Our lives were healthier before: focus groups with African American, American Indian, Hispanic Latino, and Hmong people with diabetes / H. Devlin... /et al./. -- p. 47-55. -- En Health Promot Pract. -- V.7, No.1, 2006.
- PALMA, DIEGO. La Sistematización como estrategia de conocimiento en la educación popular. En: Papeles del CEAAL, No. 3. -- Santiago de Chile, jun. 1992.
- Participación social en Cuba / María I. Domínguez García.../et al./. -- La Habana : CIPS, 2004.
- Participación social en procesos de desarrollo comunitario : desafíos para una real expresión / Martínez Canals, E.../et al./ . -- La Habana : CIPS, 2004.
- PEEPLS, M. Toward describing practice: the AADE National Diabetes Education Practice Survey : diabetes education in eUnited States--who, what, where, and how / M Peepls, M.M Austin. -- p. 424-33. -- En Diabetes Educ. -- V.33, No.3, may.-jun. 2007.
- PÉREZ, ESTHER. Freire entre nosotros. -- La Habana : Editorial Caminos, 2004.

PÉREZ SERRANO, ELSIE. : Programa de ayuda logopédica para la prevención de la tartamudez -- Holguín: Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, 2002.

----- . Proyecto comunitario de educación familiar. -- Holguín: Universidad de Holguín, 2009.

PÉREZ, ELSIE y LIUVOV CHERNOUSOVA. La Prevención en la Logopedia. -- Holguín: Universidad de Holguín, 2010.

Permiso para pensar.-- En: Revista América Libre. -- No.2. -- Buenos Aires, 1993.

PETROVSKI, A. Psicología general. -- La Habana: Editorial Libros para la Educación, 1981.

Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucosa tolerante : systematic review and meta –analysys / Clare L. Gillies... /et al./. -- p.1-9. – Disponible en: BJM. -- jan. 2007. <http://bmj.com/cgi/content/full/334/7588/299> /Consultado: nov.2009/

PIÑERO, GRACIELA. Educación para la salud. -- La Habana : Pueblo y Educación, 1975.

PLACENCIA PONS, AYMÉE. Enfoques sobre la comunicación en la gestión de proyectos comunitarios. -- La Habana : Editorial Unión, 2003.

POTRONY, G. Estilo de vida en Cuba por grupos sociales. -- (Tesis de grado)-Centro Juan Marinello. -- La Habana, 1990.

PRATHER E. Dealing with diabetes. -- p. 53-6. -- Rev. Tex Med. – V.41, No.10, oct. 2005.

- Preventing cardiovascular disease and diabetes : a call to action from the American Diabetes / Eckel RH... /et al./. -- p. 1697-9. -- En Diabetes Care. -- V-29. No.7, jul. 2006.
- Preventing Cardiovascular Disease and Diabetes A call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association / ROBERT H. Eckel.../et al./ . -- p. 1694-1698. -- En Diabetes Care. -- V, 29, No. 7, jul. 2006.
- Preventing diabetes in the clinical setting / D.L.Burnet.../et al./. -- p. 84-93. -- En J Gen Intern Med. -- V.21, No.1, 2006.
- Prevention awareness counselling and evaluation (PACE) diabetes project: a mega multi-pronged program for diabetes awareness and prevention in South India PACE- 5 / Somannavar S... /et al./.-- 429-35. -- En Assoc Physicians India. -- No. 56, jun. 2008.
- The prevention of type 2 diabetes. -- p. 382-393. -- En Nat Clin Pract Endocrinol Metab. -- V.4, No.7. -- Jul. 2008.
- Prevention of type 2 Diabetes by diet and Lifestyle Modification. -- p. 310-316. -- En Jornal American College Nutrition. -- V. 24, No.5. -- Boston, 2005.
- Prevención integral y promoción de la salud en la escuela: material de apoyo para el curso taller sobre prevención integral y promoción de la salud en las escuelas. -- La Habana : Ministerio de Educación, 2007.
- PRIGOGINE, ILSA. El Futuro no está escrito. -- p.3. -- En: Periódico Clarín. -- Buenos Aires, 11 sep. 2000.
- Psicología Social : contribución a su estudio / J.C. Casales.../et al. -- La Habana : Editorial Ciencias Sociales, 1989.

- ¿ Qué es la Educación Popular ? / comp. Martha Alejandro Delgado, María I. Romero Sarduy, José R. Vidal Valdez. -- La Habana : Editorial Caminos, 2008.
- RAMONET, IGNACIO. Cien horas con Fidel. -- La Habana : Editora Política, 2006.
- RATNER R. E. An update on the Diabetes Prevention Program. -- p. 20-24. -- En [Endocr Pract.](#) -- jan.-feb. 2006.
- REBELLATO, JOSÉ LUIS. Ética de la liberación. -- Montevideo : Nordan , 2000.
- RÊGO, M. A. Health education as a nursing intervention strategy for diabetes bearers / MA Rêgo, AY Nakatani, M.M Bachion. -- p. 60-70. -- En Rev Gaucha Enferm. -- V. 27, No.1. -- mar. 2006.
- Regulación de la glucosa prandial en la tríada de la glucosa : evidencia emergente y reflexiones / Group internacional PGR. -- p.1-5. -- En RGP. -- V.1, No.1. -- Budapest, mar. 2006.
- RODRÍGUEZ BRANDAO, CARLOS. Los Caminos cruzados : formas de pensar y realizar la educación popular en América Latina. -- México : CREFAL, 1985.
- RODRÍGUEZ CRUZ, JUAN CARLOS. El Patrimonio identitario campesino y su proyección axiológica en el proceso docente-educativo de la secundaria básica suburbana. -- Tesis presentada en opción al grado científico de (Doctor en Ciencias Pedagógicas)-ISPH, Holguín, 2007.
- ROJAS CASTAÑO, P. A. El Papel de la educación no formal en el desarrollo rural : análisis de la incidencia del programa de multiplicadoras de salud y bienestar rural, en la comunidad beneficiada del municipio de Líbano, Tolima. -- Tesis (Máster en Desarrollo Rural)- Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Ambientales y Rurales. -- Bogotá, 2007.

Role of health education in the management of diabetes mellitus. -- p. 558-61. -- En J Coll Physicians Surg Pak. -- V.13, No.10. -- oct. 2003.

ROMERO, MARÍA ISABEL. Educación popular y trabajo social comunitario. -- p. 45-47. -- En: Revista Caminos. -- No. 31-32, 2004,

RUBIO FREIDBERG, MARTHA. Programa de apoyo centrado en la persona para personas que padecen de Diabetes. -- p.42-49. -- En Psicología Iberoamericana. -- No.4. -- México, dic. 2002.

SALVAREZZA, L. La Vejez. -- Buenos Aires : Editorial Paidós, 2000.

----- . El Envejecimiento : psiquis, poder y tiempo. -- Buenos Aires : Editorial Eudeba, 2001.

SAMARA, JUAN. El Lado oscuro de la razón. -- Argentina : JVC Exísteme, 1996.

SATTERFIELD, D. Stories connect science to souls. -- p. 176-9. -- En Diabetes Educ. -- V.27, No.2. -- mar-apr. 2001.

SCHOOL OF NURSING SCIENCES, JAMES COOK UNIVERSITY. The global challenge of diabetes. -- p. 37- 42. --En World Hosp Health Serv. -- V.40, No.3. -- Australia, 2004.

Selección de lecturas sobre Metodología de la Educación Popular, -- La Habana : APC, Cie Graciela Bustillo, 1998.

SGARBURĂ, G. Socio-family assistance in diabetes mellitus / Sgarbură G, Bănescu M. -- p. 164-9. -- En Munca Sanit. -- V.16, No.3. --mar. 1968.

El Síndrome metabólico. -- p. 5-95. -- En Revista Española de Obesidad. -- no.3. -- Madrid, dic. 2005.

- SKIFF, ANNA W. Programed instruction and patient teaching. – p. 409-415. -- En American School Health Association : Association at the Ninety-First Annual Meeting in A.J.P.H. -- V. 55, No.3. -- New York, 1963.
- Selección de lecturas sobre trabajo social comunitario / Clotilde Proveyer. -- Santiago de Cuba : CFTS, 2004.
- SELMAN-HOUSEIN ABDO, EUGENIO. Cómo vivir 120 años. -- 2. ed. -- La Habana : Editorial Científico Técnica, 2008.
- SIERRA, REGLA Concepciones teóricas acerca de la estrategia. -- La Habana : ISPEJV, Facultad de Educación Infantil, 2002.
- Modelación y Estrategia : Algunas consideraciones desde una perspectiva pedagógica. -- En Compendio de Pedagogía. --- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2004.
- SIKES, O.j. Educación para la salud y promoción de salud. -- 144-151. -- En Educación de Adultos y Desarrollo. -- v. 2, No. 49. -- Alemania, 1997.
- SOWERS, j. R. Treatment of hypertension in patients with diabetes. -- p. 1850-7. -- En Arch Intern Med. -- V.164, No.17. --- sep. 2004.
- TALÍZINA, N.F. Psicología de la enseñanza. -- Moscú : Editorial Progreso, 1988.
- The Standard Rules. -- New York: UN, 1994
- TORRES HERRERA, OMAIDA. Controlar su diabetes. -- 2. ed. -- La Habana : Ed. Científico Técnica, 2009.
- TORROELA, G. Aprender a Convivir. -- La Habana : Editorial Pueblo y Educación, 2002.

- Trabajo social en Cuba y Suecia / C. Proveyer Cervantes.../et al./ Ediciones Arcadia : MES, Centro de Estudios para el Desarrollo Humano, 2004.
- Una revolución solo puede ser hija de la cultura y las ideas. -- La Habana : Editora Política, 1999.
- UÑA, O. Diccionario de sociología / Uña O, Hernández A, Prado, J.M. -- Colombia : Editorial Mejoras, 2005.
- VEGA, NORMA. El Trabajo con comunidades y sus diferentes denominaciones. -- Costa Rica : Universidad de Costa Rica, 1998.
- VERDECIA ROSES, ERNESTO. Estrategia socio educativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano - Santiago de Cuba: tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, 2010.
- VIEGAS FERNANDES, JOAO. La Educación que necesitamos. -- p. 4-17. -- En: Revista Temas. -- No. 31, oct.-dic. 2002.
- VIGOTSKY, LEV S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. -- La Habana : Editorial Ciencia y Técnica, 1987.
- WEBER, MAX. Economía y sociedad. -- México : FCE, 1998.
- Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes : rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition / S. Klein... /et al./. -- p. 257-63. -- En Am J. Clin Nutr. -- aug. -- Boston, 2004.
- Williams textbook of Endocrinology / Henry M. Kronenberg... /et al./. -- 11. ed. -- Philadelphia : Editorial Saunders Elsevier, 2008.

- WOLF, MAURO. La Investigación de la comunicación de masas. -- México : Paidós ,
2001.
- WOODS, ALAN. Razón y revolución : filosofía marxista y ciencia moderna Alan
Woods, Ted Grant. -- Alemania : Fundación Federico Engels, 2000.
- WORTMAN, SUSANA. Aspectos psicológicos del envejecimiento. -- Buenos Aires,
/200?/
- YURÉN CAMARENA, MARÍA TERESA. Eticidad, valores sociales y educación. --
México : Univ. Pedagógica Nacional, 1995.
- ZALDÍVAR PÉREZ, Incidencia de los factores psicosociales en el proceso salud-
enfermedad. -- En: Revista Cubana de Psicología. -- Vol. V, No. 3. 1996.
- ZEMELMAN, HUGO. Voluntad de conocer : El sujeto y su pensamiento en el
paradigma crítico. -- Barcelona : Anthropos, 2005.
- ZILBERSTEIN, JOSÉ. Didáctica integradora de las ciencias contra didáctica
tradicional : experiencia cubana. -- La Habana : Editorial Academia, 1999.

Anexo 1. Indicadores del diagnóstico al diabético

Tipo de familia.

Nivel cultural.

Condiciones económicas.

Situación de la vivienda.

Tipo de enfermedad.

Tiempo de evolución.

Complicaciones.

Evaluaciones médicas.

Educación diabetológica.

Estilo de vida.

Anexo 2. Policlínicas del municipio Holguín con sus áreas de atención

1. Máximo Gómez Báez: Consejo Popular Centro Sur.
2. Manuel Díaz Legrá: Consejo Popular Reparto Peralta y Sur de Vista Alegre.
3. René Ávila Reyes: Consejo Popular Norte de Vista Alegre y Sao Arriba.
4. Julio Grave de Peralta: Consejo Popular Centro Norte.
5. Pedro del Toro Saad: Consejo Popular Pueblo Nuevo.
6. Alcides Pino Bermúdez: Consejo Popular Alcides Pino y Aguas Claras.
7. Pedro Díaz Cuello: Consejo Popular Pedro Díaz Cuello y San Rafael.
8. Alex Urquiola Marrero: Consejo Popular Reparto Lenin-Yareyal.
9. Mario Gutiérrez Ardalla: Consejo Popular Centro Sur.
10. Policlínica de San Andrés: Consejo Popular San Andrés.

Anexo 3. Cuestiones a valorar por el grupo nominal

Las causas del aumento en los casos de diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad reportados en el municipio Holguín.

Las potencialidades de la educación en los cambios en el modo y el estilo de vida en los adultos de la tercera edad.

La preparación de los profesionales de la salud para incidir, desde la educación popular, en dichos cambios.

Anexo 4. Encuesta a pacientes diabéticos

Estimado(a) compañero(a): las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentra la diabetes mellitus, son padecimientos que tienen su origen en trastornos metabólicos, la mayoría de las veces producidos por un inadecuado estilo de vida. El objetivo de la encuesta es conocer sobre las características, hábitos y costumbres de las personas afectadas por esta enfermedad para perfeccionar su enfrentamiento. La encuesta es anónima y confidencial.

Sexo: Masculino -----

Femenino -----

Edad: 60 – 65 -----

66 – 70 -----

71 – 75 -----

Más de 75 -----

Nivel Cultural:

Sin culminar primaria -----

Primaria terminada -----

Secundaria terminada -----

Media superior terminada -----

Universitario -----

Condiciones de la vivienda:

Buena -----

Regular -----

Mala -----

¿Con quiénes comparte la vivienda y cómo califica las relaciones existentes en el seno de la misma?

5. Las entradas económicas que usted percibe son producto de:

Ayuda social -----

Jubilación -----

Otras: ¿Cuáles?

6. Enfermedades asociadas a la diabetes que usted padece:

Hipertensión arterial -----

Cardiopatía isquémica -----

Colesterol elevado -----

Triglicéridos elevados -----

Ácido úrico elevado -----

Insuficiencia renal crónica -----

Grasa en el hígado -----

Trastornos digestivos -----

Oftalmopatía diabética -----

Problemas circulatorios -----

Pérdida de la sensibilidad -----

Otras:

¿cuáles?

Hábitos alimentarios. Describa los alimentos que usted consumió en el día de ayer durante el desayuno, almuerzo, comida y meriendas (sea exhaustivo).

9. Hábitos tóxicos.

Fuma:

- Nunca _____
- Ocasionalmente _____
- Varios cigarros al día _____
- Una cajetilla o más _____

Ingiere bebidas alcohólicas:

- Nunca _____
- Ocasionalmente _____
- Los fines de semana _____
- Casi todo los días _____
- No puede sentirse bien si no bebe _____

10: Actividades físicas.

Describa las actividades que usted realiza en un día promedio:

¿Realiza usted ejercicio físico programado?

Si -----

No -----

De ser positiva su respuesta, señale tipos de ejercicio y con qué frecuencia los realiza.

11. ¿En qué actividades sociales usted participa?

12. ¿Sobre qué otro asunto desea tratar?

Anexo 5. Entrevista a médicos de la familia y otros profesionales de la atención primaria de salud sobre las afectaciones de las ECNT, en especial, la diabetes mellitus

¿Qué situación presentan las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular la diabetes mellitus, en su área de atención y cómo las mismas impactan en la tercera edad?

¿Cuáles son las causas culturales que contribuyen a la aparición o agravamiento de la diabetes mellitus en personas de la tercera edad?

¿Qué tipos de tratamiento, como regla, usted aplica a los diabéticos de la tercera edad?

¿Ha valorado usted educar al paciente para enseñarlo a vivir con su enfermedad?

¿Cómo usted realiza la labor divulgativa y educativa para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad?

Anexo 6. Entrevista a médicos de la familia y otros profesionales de la atención primaria de salud sobre la aplicación de la educación en el enfrentamiento integral a la diabetes mellitus

¿Qué relación usted encuentra entre calidad de vida, modo de vida y estilo de vida?

¿Qué consideraciones le ofrece la preparación psicopedagógica para trabajar con los pacientes y demás miembros de la comunidad?

¿Conoce usted la obra de Paulo Freire y cómo esta se puede aprovechar en la educación de los pacientes?

¿Está usted dispuesto a cursar un diplomado en atención integral al paciente diabético que incluya temas psicopedagógicos y pedagógicos, que giran alrededor del perfeccionamiento del estilo de vida a través de la educación popular comunitaria?

Anexo 7. Temas tratados en el Forum Comunitario con los trabajadores del CAD

Los cambios realizados en el CAD.

Los resultados de la superación ofertada.

Sugerencias para el perfeccionamiento de la labor.

Anexo 8. Temas tratados en el Forum Comunitario con los médicos de la familia, enfermeras y otros profesionales de la salud

Valoración de la superación recibida.

Valoración de los resultados de la instrumentación de la estrategia.

Opiniones sobre las relaciones con la comunidad e impacto en la misma de la propuesta.

Anexo 9. Temas tratados en el Forum Comunitario con los pacientes y personas en riesgo de padecer diabetes mellitus

Nivel de satisfacción con las atenciones recibidas del personal de salud.

Opiniones referentes al uso de fármacos.

Consideraciones sobre el estilo de vida.

Anexo 10. Temas a valorar en entrevistas a directivos de salud pública

Envejecimiento de la población.

La diabetes como problema de salud y su impacto en la tercera edad.

La atención primaria de salud y su enfrentamiento a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Valoración de los resultados iniciales de la propuesta.

Anexo 11. Entrevista a miembros de la comunidad

¿Qué conoce de la labor que se está realizando con los grupos de diabéticos de la tercera edad?

¿Podría comentar sobre los cambios que usted observa en el estilo de vida de los diabéticos de la tercera edad?

¿Cómo usted valora el proyecto en general?

¿Desea agregar algo nuevo sobre el tema?