

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Y DESARROLLO HUMANO



CAPACITACION ALIMENTARIA EN
ADULTAS MAYORES DEL INAPAM
COAHUILA COMO FORMA DE PREVENCION
DE LA DIABETES MELLITUS 2

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

CON ORIENTACION EN PROYECTOS SOCIALES

PRESENTA:

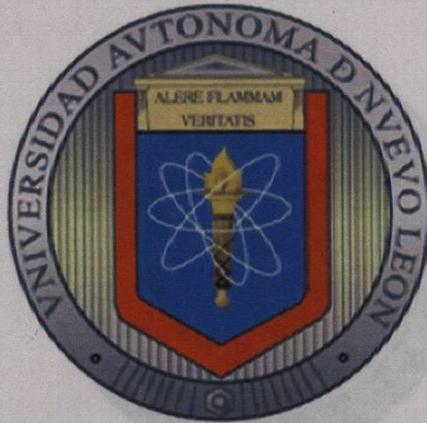
YABIDIA DOLORES VERONICO SALAZAR

DICIEMBRE DE 2012



1080207349

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**CAPACITACION ALIMENTARIA EN ADULTAS MAYORES DEL
INAPAM COAHUILA COMO FORMA DE PREVENCION DE LA
DIABETES MELLITUS 2**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA EN TRABAJO
SOCIAL CON ORIENTACION EN PROYECTOS SOCIALES**

**PRESENTA
PRESENTA**

**YABIDIA DOLORES VERONICO SALAZAR
YABIDIA DOLORES VERONICO SALAZAR**

ASESORA

DR. MARTHA LETICIA CABELLO GARZA

DICIEMBRE DE 2012

DICIEMBRE DE 2012

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**CAPACITACION ALIMENTARIA EN ADULTAS MAYORES DEL
INAPAM COAHUILA COMO FORMA DE PREVENCION DE LA
DIABETES MELLITUS 2**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA EN TRABAJO
SOCIAL CON ORIENTACIÓN EN PROYECTOS SOCIALES**

PRESENTA

YABIDIA DOLORES VERONICO SALAZAR

ASESORA

DRA. MARTHA LETICIA CABELLO GARZA

DICIEMBRE DE 2012



UANL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión del Proyecto de Maestría de la
Lic. Yabidia Dolores Verónico Salazar

Hacen constar que han evaluado el Proyecto **"Capacitación alimentaria en el adulto mayor como forma de prevención de la diabetes tipo 2"** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	FIRMA
Dra. Martha Leticia Cabello Garza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. David De Jesús Reyes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Jesús Acevedo Alemán	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar este proyecto y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales.

Vo.Bo.

MTS. Olga Lidia Martínez Chapa
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano, U.A.N.L.



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

San Nicolás de los Garza N.L., a 05 de Junio de 2012



Cd. Universitaria, C.P. 66451
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México
Tels. y fax: (81) 8352 1309, 8376 9177

DEDICATORIA

A mi hijo Elián quien con su llegada me motivo para seguir adelante con mayor fuerza en este proyecto.

A mis queridos padres quienes con su apoyo siempre abren un camino para que yo siga adelante, ellos que me apoyaron y a quien debo lo que soy.

A mi esposo Francisco quien siempre ha estado allí apoyándome y dándome ánimo en los momentos de desesperanza y flaqueza.

A mis amigos Maricela, Ulises, Abraham y Rubén quienes siempre estuvieron apoyándome y dando ánimo para seguir y terminar con éxito este proyecto.

Y a mi querida Dra. Lety Cabello quien se convirtió en mi guía a lo largo de este proceso, A mis queridos adultos mayores del INAPAM Coahuila quienes me permitieron aportarles un granito de aren y además me regalaron su tiempo para participar en este proyecto, a ellos quienes por alguna cuestión son olvidados por todos en algún momento pero que sin embargo ellos siempre nos tienen presentes.

A David de Jesús quien me ayudo, orientó y escuchó en los momentos más difíciles de este proceso.

Y a ti Jesús Acevedo quien eres el causante de este paso tan importante y que quizás jamás te he dicho por no subirte el ego pero sabes que eres un ejemplo a seguir.

A los funcionarios del INAPAM quienes me permitieron desarrollar el proyecto en sus instalaciones.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y por bendecirme con esta oportunidad de terminar un posgrado-

A mis padres quienes me han apoyado a lo largo de mi carrera y quienes han estado en los momentos buenos y malos durante este proceso.

A mi revisor, amigo y confidente Jesús Acevedo por encaminarme hacia este proceso y por brindarme los conocimientos que me permitieron estar en esta maestría.

A CONACyT por los recursos que me brindaron para poder estudiar esta maestría.

Y a mí querida Dra. Lety Cabello quien se convirtió en mi guía a lo largo de este proceso, quien me brindo todos sus conocimientos para lograr que este proyecto tuviera éxito, a ella simplemente a ella.

A David de Jesús quien me ayudo, orientó y escuchó en los momentos más difíciles de este proceso.

A los funcionarios del INAPAM quienes me permitieron desarrollar el proyecto en sus instalaciones.

RESUMEN

El presente trabajo describe la implementación de un proyecto social aplicado en el Instituto Nacional para Adultos Mayores delegación Coahuila, cuyo objetivo fue capacitar a las adultas mayores en temas de alimentación para prevenir la diabetes mellitus tipo 2 a través de una serie de estrategias didácticas diseñadas tomando en cuenta la teoría del aprendizaje social de Bandura, estas estrategias permitieron cambiar las creencias en torno a la alimentación y génesis de la diabetes. Las beneficiarias fueron 35 mujeres cuyas edades oscilan entre los 60 y 73 años de edad; a las cuales se les impartieron pláticas de orientación alimentaria y prevención de la diabetes; ya que la evaluación diagnóstica pudo identificarse que presentaban hábitos alimenticios deficientes y que además tenían creencias erróneas sobre la génesis de la diabetes.

Posterior a la intervención se realizó una evaluación basada en las metodologías cuantitativa y cualitativa, para la primera se utiliza un cuestionario que evaluó los hábitos alimenticios antes y después de la intervención y para la segunda se realizan dos grupos focales los cuales tuvieron como propósito evaluar las creencias en torno a la diabetes, basado en lo que plantea el Modelo de Creencias en Salud.

Los resultados evidenciaron la necesidad de implementar proyectos de intervención primaria en esta población; considerando que los cambios demográficos se acercan rápidamente a la población mexicana.

2. CONTEXTO.....	27
2.1 La institución donde se implementa el proyecto.....	27
2.1.1 Conocimiento general de la institución.....	27
2.1.2 Aspectos de la organización.....	28
2.1.2.1 Antecedentes históricos.....	28
2.1.2.2 Objetivos.....	28
2.1.2.3 Propósito.....	28
2.1.2.4 Misión.....	29
2.1.2.5 Visión.....	29
2.1.2.6 Ejes estratégicos.....	29

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	3
1.1 Definición del problema a resolver.....	3
1.2 Tercera edad.....	3
1.3 Cambios en los comportamientos alimentarios en el adulto mayor	6
1.4 Diabetes	11
1.5 Vinculación con la política social.....	14
1.5.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012.....	15
1.5.2 Ley General de Salud.....	16
1.5.3 Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007- 2012.....	17
1.6 Intervenciones con éxito en adultos mayores con diabetes	19
1.6.1 Importancia de la intervención primaria.....	21
1.7 Teorías en las que se fundamenta la intervención.....	23
1.7.1 Modelo de creencias en salud	23
1.7.2 Teoría del aprendizaje social de Bandura	25
2. CONTEXTO.....	27
2.1 La institución donde se implementa el proyecto.....	27
2.1.1 <i>Conocimiento general de la institución.</i>	27
2.1.2 Aspectos de la organización.....	28
2.1.2.1. <i>Antecedentes históricos.</i>	28
2.1.2.2 Objetivos.....	28
2.1.2.3 Propósito	28
2.1.2.4 Misión	29
2.1.2. 5 Visión.....	29
2.1.2.6 Ejes estratégicos.....	29

2.1.2.7 Personas a las que atiende.....	29
2.1.2.8 Formas de atención	29
2.1.2.9 Zonas en donde opera el Programa.....	30
CAPITULO 2. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	31
2.1 Resultados de la evaluación diagnóstica.....	31
2.1.2 Datos socio demográficos	32
2.1.3 Alimentación.....	32
2.2 Planeación del proyecto	34
2.2.1 Nombre del proyecto	34
2.2.2 Fundamentación y/o justificación	34
2.2.3 Objetivo general.....	37
2.2.4 Objetivos específicos	38
2.2.5 Metas.....	38
2.2.6 Plazos	38
2.2.7 Localización física	38
2.2.8 Población beneficiada	39
2.2.9 Actividades	39
2.2.10 Cronograma de actividades.....	40
2.2.11 Recursos:.....	42
2.3 Implementación y operación del proyecto	44
2.4 Planeación de actividades	52
CAPITULO 3. EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	56
3.1 Metodología de evaluación.....	56
3.2.1 Metodología del Marco Lógico	56
3.2.3 Enfoque cuantitativo	56
3.2.4 Enfoque cualitativo	58
3.3 Resultados cuantitativos	59
3.4 Resultados cualitativos	67
3.4.1 Beneficios	67
a) <i>Percepción del beneficio del proyecto</i>	67

b) <i>Transmisión de los conocimientos</i>	68
3.4.2 Creencias sobre la buena alimentación	68
3.4.3 Percepción sobre la diabetes	69
a) <i>Gravedad percibida de la enfermedad</i>	69
b) <i>Creencias sobre el origen de la enfermedad</i>	69
3.4.4 Barreras que impiden el cambio de hábitos de alimentación.....	70
3.4.5 Falta de información por parte del sistema de salud.....	70
3.5 Discusión	71
CAPITULO 4 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO	74
4.1. Implicaciones del proyecto para el campo del trabajador social	74
4.2 Recomendaciones	75
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	83
Anexo 1. Matriz de Marco Lógico.....	84
Anexo 2. Árbol de problemas	87
Anexo 3. Árbol de objetivos	88

INTRODUCCIÓN

El propósito del proyecto, fue aplicar una serie de estrategias de capacitación dirigidas a los usuarios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) de la ciudad de Saltillo, Coahuila, con la finalidad de lograr una mayor información respecto a la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad que constituye un problema universal ya que afecta tanto a los pacientes como a sus familias y al sistema sanitario por los elevados costos en el tratamiento y sus consecuencias.

Los veloces cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población, implican desafíos que no siempre se resuelven o que toman mucho tiempo para resolverse. Hoy en día vivimos un acelerado aumento de la población mayor de 60 años; de acuerdo con el (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2002). En nuestro país el franco descenso de la mortalidad es resultado de la profusa expansión y cobertura de los servicios de salud, así como de la importación a bajo costo de medicamentos eficaces descubiertos en las naciones desarrolladas, esto ha traído como consecuencia una mayor esperanza de vida y mayor índice de enfermedades propias de la vejez, entre ellas la diabetes la cual hoy en día es un problema creciente de salud tanto para el país desarrollado como subdesarrollado.

Las personas con diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad dos veces mayor que la población general. Sin embargo, se ha demostrado que una mejoría en el cuidado alimentario aumenta la esperanza de vida de estas personas (IMSS, 2008). La Asamblea Mundial de la Salud del 29 de mayo de 1989, emitió la resolución WAH 42.36, en la que exhorta a determinar la importancia nacional de la diabetes y aplicar medidas poblacionales locales para prevenirla y controlarla, promover colaboraciones interestatales para el adiestramiento y educación continúa sobre las acciones cotidianas que conlleven a la prevención y control de la misma. Lo anterior con la finalidad de que se tome conciencia sobre la elaboración de políticas, planes y programas para fomentar la salud y lograr cambios en los estilos de vida que conduzcan a una mejor salud para la población adulta (OMS, 2000).

Por ello la preocupación más importante de todas las personas y de forma especial, de las personas mayores tiene que ver con los problemas de salud y sus consecuencias. El compromiso de un envejecimiento saludable consiste en adquirir una serie de hábitos de vida relacionados a la nutrición, ejercicio físico, mental y afectivo, abandono del consumo de alcohol y tabaco, además de seguir los controles médicos de salud recomendados. Por lo cual en este documento se plantea la necesidad de implementar desde el seno institucional, un proyecto dirigido a mejorar los estilos de vida de los adultos mayores, con objetivos concretos, con la finalidad de prevenir la diabetes desde un modelo basado en la capacitación, que permitirá otorgar bases viables que ayuden a generar resultados favorables.

Este trabajo se compone de tres apartados, en el primero se hace referencia a los antecedentes del proyecto, es decir, se señala la justificación teórica del problema y su vinculación con la política social. En el segundo apartado se describe el contexto del proyecto señalando los aspectos sociales del problema, es decir, la descripción del grupo social, sus características culturales y sociales, y la descripción de la institución donde se implementó dicho proyecto; en el apartado número tres se relata la estrategia de intervención, señalando aspectos de la planeación y diseño del proyecto, por último el apartado número cuatro señala la metodología de evaluación donde se describen los principales resultados del proyecto al final de la intervención.

1.2 Tercera edad

El concepto de vejez es producto de la representación que formula cada sociedad en función de sus valores y del modelo que establece para hombres y mujeres. Al respecto Periccia (2002) propone una clasificación esquemática que incluye tres modelos que asocian la productividad económica y la vejez a contextos socioculturales diversos: sociedades cazadoras-recolectoras, que integran a los ancianos en tanto ellos no signifiquen una amenaza para la subsistencia grupal; sociedades agrícolas, hortícolas o ganaderas de naturaleza

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

1.1 Definición del problema a resolver.

La transición demográfica es un fenómeno por el cual atraviesa el país, al igual que el resto del mundo, es favorecido por tres factores fundamentales: el descenso notable de la fecundidad, la mortalidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer; lo anterior se debe a la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, la aplicación de esquemas de vacunación y a los avances tecnológicos Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2005). Es evidente el incremento en la esperanza de vida ya que mientras en 1950 era de 36 años durante el 2000 paso a los 74 años de edad. De acuerdo con el CONAPO las mujeres viven más que los hombres durante el 2010 la edad promedio de vida de las mujeres era de 77.8 años y la de los hombres de 73.1 (CONAPO, 2010).

Indiscutiblemente México se convierte en un país envejecido ya que durante el 2003 había en México más de cien millones de habitantes de los cuales el 7.23 por ciento tenía 60 años y más. Durante el 2010, el segmento de personas con 60 años y más alcanzaba los 9.4 millones, es decir, el 8.7 por ciento del total de la población mexicana y se espera que alrededor de 2020, la población de adultos mayores haya llegado a su máxima tasa de crecimiento (4.2 por ciento), con 14 millones de individuos, lo cual representaría a 12.1 por ciento de la población. Respecto a la proporción de adultos mayores por segmento de edad, CONAPO señala que en 2010, el 32 por ciento tenía entre 60 y 64 años, el 42.1 por ciento entre 65 y 79 años, el 12 por ciento se encontraba entre los 80 y 84 años y el 13.9 por ciento tenía 85 años o más (CONAPO, 2010).

1.2 Tercera edad

El concepto de vejez es producto de la representación que formula cada sociedad en función de sus valores y del modelo que establece para hombres y mujeres. Al respecto Fericgla (2002) propone una clasificación esquemática que incluye tres modelos que asocian la productividad económica y la vejez a contextos socioculturales diversos: sociedades cazadoras-recolectoras, que integran a los ancianos en tanto ellos no signifiquen una amenaza para la subsistencia grupal; sociedades agricultoras, horticultoras o ganaderas de naturaleza

gerontocrática, en tanto los mayores gozan de prestigio económico, político y religioso; y sociedades industriales y post-industriales, donde los adultos mayores se constituyen en un grupo aislado que recibe asistencia del resto, en la medida en que no amenaza el bienestar de los otros. En función de lo anterior, es evidente el cambio que se ha dado a la concepción social de la vejez ya que de ser un grupo privilegiado ha pasado a ser el grupo menos favorecido social y económicamente.

Según Ribeiro (2004), la vejez es característica a la vida misma a menos que sea interrumpida de manera precoz; no obstante, las características y el significado del envejecimiento no son estadísticos, adquieren formas específicas de acuerdo al contexto social en donde se produce, “no se envejece hoy como se envejecía ayer”, esto se deriva además del deterioro corporal que caracteriza al envejecimiento, a las dimensiones sociales, culturales y psicobiológicas que acompañan dicho proceso.

Es sabido, que con el paso de los años los organismos van sufriendo cierto grado de deterioro físico, y no podemos afirmar que las condiciones globales de salud son las mismas para quienes ya han pasado el umbral de los 65 años. De acuerdo a Ribeiro (2004), los problemas que más aquejan a esta población suceden cuando las personas llegan a la “cuarta edad”. Esta se inicia cuando sus necesidades no solo requieren consultas con el médico o toma de medicamentos, sino que con frecuencia necesitan cuidados más intensivos y persistentes, como es la alimentación. En este contexto la familia es llamada a desempeñar un papel muy importante ya que históricamente ha constituido el lugar privilegiado para ocuparse de los adultos mayores.

Siguiendo a Jacob y Oppenheimer (1997), la definición más común cuando se habla de tercera edad en México corresponde a la población de 60 años y más. De igual manera el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2010) reconoce a las personas adultas mayores como aquellas que cuentan con sesenta años y más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Pese a más allá de la edad hoy en día, la vejez es un estado caracterizado por la pérdida de capacidad de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella. El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre

los seres vivos donde se experimentan cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Castanedo et al, 2009).

El proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. A menudo, lo que una vez se consideró que era una consecuencia del envejecimiento normal se atribuye ahora, más apropiadamente, a factores relacionados con la edad. En este contexto, las definiciones comunes del envejecimiento raramente separan los dos procesos. Por ejemplo, el envejecimiento se ha definido como un proceso continuo de pérdida de funciones el cual trae como consecuencia mayor susceptibilidad ante las enfermedades relacionadas con la edad (Kirkwood, 1996).

La edad de una persona puede establecerse tomando en cuenta distintos aspectos culturales, sociales y psicológicos; la edad cronológica, se define por el hecho de haber cumplido un determinado número de años. Actualmente esta se define en el momento en el que se cumplen 65 años; es universal a medida que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten la misma edad cronológica. Aunque se vuelve contradictoria al comprobar que el impacto del tiempo es diferente en cada persona, nos referimos a la edad fisiológica definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos. Los cambios orgánicos que se producen de forma gradual son lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas; la edad psíquica, se refiere a los acontecimientos sociales y afectivos, los cuales hacen reaccionar a cada persona según su personalidad, circunstancias y experiencia; y la edad social, se establece de acuerdo al rol individual que se desempeña en la sociedad (Castanedo et al, 2009 p.3)

Esta forma de clasificación puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria y es importante además considerar que los límites de la edad social cambian según las necesidades económicas y políticas del momento (Martínez et al, 2008).

A pesar de que se ha convenido que la edad efectiva de los adultos mayores es 65 años, para efectos de este proyecto se tomó en cuenta la edad enmarcada en la ley general de las personas

adultas mayores la cual considera adulto mayor toda aquella persona de 60 años en adelante, se considera este margen de edad debido a que el proyecto se ejecutara en el Instituto Nacional de las Personas Adultas (INAPAM).

1.3 Cambios en los comportamientos alimentarios en el adulto mayor

La edad, entendida como la expresión del proceso de crecimiento y desarrollo biológico y social de una persona, es una variable que marca de forma evidente diferencias en el comportamiento alimentario. Uno de los principales cambios biológicos o al menos el más común, que condiciona la alimentación del adulto mayor es la masticación, tanto por falta de dentición, como por la sequedad de la boca por falta de saliva. Por ello lo primario en la alimentación del adulto mayor es realizar una dieta de fácil masticación y deglución; siempre teniendo en cuenta que no deben sustituir alimentos básicos como la carne, el pescado o las verduras, por otros alimentos que no contengan proteínas y vitaminas adecuados para mantener una alimentación correcta (Rivera y Garza, 2005).

Los cambios económico-laborales por los que pasa el adulto mayor, de una población productiva a una vulnerable, donde no tiene las mismas oportunidades económicas para acceder a un nivel alimenticio adecuado a sus necesidades, dan como resultado diferencias alimenticias que se ven reflejadas en hábitos alimentarios deficientes para sus condiciones de salud, lo cual en ocasiones trae como consecuencia alteraciones en el organismo. Entre las enfermedades causadas por la mala nutrición en el adulto mayor se encuentran la desnutrición, la diabetes, disfunción inmunitaria, afecciones cardiovasculares, síndromes de resistencia a la insulina, insuficiencia renal, artritis, osteopenia y fracturas, deterioro visual, deterioro cognitivo, alteración del estado de ánimo y depresión (OMS, 2003).

Las enfermedades antes mencionadas a mediano o largo plazo condicionan las practicas alimenticias y los estilos de vida del adulto mayor, ya que no puede disfrutar de su alimentación debido a que sus sentidos no permiten que disfrute de los olores y sabores de la comida que ingiere y esto puede ocasionar que tenga preferencias en algunos alimentos que pueden no aportar los nutrientes necesarios para su organismo, pero que le son gratos por su sabor y textura, aunado a estos condicionantes, encontramos las incapacidades físicas de hacer

las compras o de cocinar ya que la disminución de los ingresos personales produce una alteración en su compra de alimentos, tanto en su calidad como en la cantidad de los mismos y esto es un factor muy importante a considerar en la alimentación del adulto mayor.

Los hábitos alimenticios y el estilo de vida condicionan la salud en cualquier etapa de la vida. Según el Instituto de Normalización Provisional de Chile (INP) las personas mayores, además de una buena nutrición, deben considerar los beneficios de la interacción social, ya que pueden ser muy pertinentes para evitar reducir al mínimo o revertir muchos problemas físicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento (INP, 2004). Algunos de los estudios sobre los hábitos alimenticios de los adultos mayores parten de una visión biológica y sanitaria, preocupándose de los aspectos nutricionales y dejando atrás la visión social y cultural (Bertrán, 2006); sin embargo, la socialización de los individuos en relación con la comida, empieza a una edad muy temprana y lo acompaña durante toda la vida.

El Instituto de Normalización provisional de Chile (2004), informa que existen además otros factores que afectan los comportamientos alimentarios del adulto mayor derivados de los problemas de salud entre ellos: los psicológicos como el aislamiento social y la depresión, que condicionan frecuentemente una anorexia o falta de ganas de comer. Otros problemas son orgánicos, tal como puede ser la presencia de una diabetes, la hipertensión, los problemas cardíacos, reumatismos, alteraciones hepáticas, el cáncer, todos ellos asociados a la producción de desequilibrios alimentarios que en parte se debe a consejos médicos no bien elaborados o que no están fundamentados en bases nutricionales, un ejemplo son los medicamentos que se utilizan para estas enfermedades, que dan problemas gástricos o intestinales además de interferir en ocasiones con la absorción de ciertos alimentos, vitaminas o proteínas.

El principal problema que condiciona la alimentación del adulto mayor es la masticación. Por esto el término más correcto que pudiera ser utilizado por los médicos es la prescripción de una alimentación triturada más que alimentación blanda, ya que en ocasiones esto produce mayor cantidad de gases y un aumento del estreñimiento. Por otra parte, es frecuente que existan condicionantes en la alimentación por la disminución en la agudeza visual, el gusto y el olfato, lo cual puede condicionar a una alimentación variada y equilibrada (Bertrán, 2006).

Los alimentos, sus categorías, sus valoraciones positivas o negativas, están íntimamente vinculadas con la cultura (Mintz, 1996). A pesar de que los hábitos alimenticios de este grupo estén muy arraigados, esto no quiere decir que no pueda cambiarlos a favor de su alimentación ya que comúnmente, los adultos mayores se ven obligados a cambiarla por presencia de problemas de salud. Cabe denotar, que cambiar de dieta por prescripciones médicas, no quiere decir que no pueda gozar de una alimentación rica y saludable. Es importante considerar que este aspecto ha sido descuidado, ya que no orientan a los adultos mayores en su dieta de acuerdo a cada situación. Solo un diagnóstico basta para prescribir dejar de comer un alimento, pero no se toma en cuenta que algunos otros, pueden dañar el organismo y los adultos mayores no tienen conocimiento de ello, por lo que es necesario brindar orientación alimentaria a este grupo de edad.

en la alimentación es considerado como uno de los factores principales en la prevención de enfermedades crónicas (Bartemy Osorio, 2007)

Es importante reconocer que la dieta en las personas mayores es diferente a lo habitual debido a diferentes condicionantes que obligan a personalizar la misma en cuanto a características (calidad) y necesidades (cantidad). Sin embargo las decisiones alimentarias, se hacen en función de lo que se considera adecuado para la familia, el tiempo y el dinero disponible. Al explorar la relación entre los alimentos y la salud, en todos los casos, hay una noción clara que la comida tiene un peso fundamental en la salud. Algo curioso que refiere Bertrán (2006), en relación a la preparación de la comida, es que aparentemente en todos los estratos se busca que se cocine con poca grasa, pues la población refiere que ha oído que “es mala para la salud”, sin embargo no cuentan con la información necesaria para considerar el consumo de otros alimentos que pueden ser bajos en grasas pero altos en sales o azúcares.

Es evidente que con el desarrollo de nuevos estilos de vida los comportamientos saludables han ido disminuyendo entre ellos el cuidado de la alimentación lo cual para algunos es benéfico pero para unos cuantos incluidos los adultos mayores son perjudiciales apareciendo así las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. Los adultos mayores a diferencia del resto de la población, no tiene definida una dieta saludable, la define a partir de su capacidad de digerir y elegir ciertos alimentos. En este sentido, los aspectos sensoriales de los alimentos como: variedad, olor, textura y los aspectos situacionales de la comida, como el comer solo o en compañía, condicionan la cantidad de alimentos que se ingieren y la motivación para ingerirlos; por consecuencia, esto puede contribuir a mejorar o dificultar el bienestar del adulto

mayor, así como también a prevenir las deficiencias nutricionales de las personas adultas mayores (Castanedo et al, 2009).

El interés por la alimentación, va ligado al propio desarrollo histórico del hombre, puesto que desde los comienzos de la humanidad, éste ha ido descubriendo y seleccionando sus alimentos. Todo el conjunto alimentario, con el que se cuenta hoy, es producto de millones de años de evolución (Sastre, 2000). Es así como la dieta del ser humano pasó de ser vegetariana a carnívora con la aparición de la caza, sin embargo hoy en día la evolución de la alimentación se debe al desarrollo industrial. Así, surgen los alimentos procesados por mayor facilidad de cocinar pero causando efectos secundarios en la salud tanto a corto como a largo plazo; de forma tal que hoy que el cuidado en la alimentación es considerado como uno de los factores principales en la prevención de enfermedades crónicas (Barrera y Osorio, 2007).

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto en los mayores una asociación entre una capacidad funcional disminuida y déficits energéticos o proteicos, o ambos (Falque et al, 1996). Los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del adulto mayor, aunado a ellos están los cambios sociales a los que se enfrenta el individuo dentro de los cuales se incluye la falta de apoyo familiar y la falta de recursos económicos. De ahí la importancia de realizar proyectos sociales en materia de capacitación alimentaria dirigidos a las poblaciones vulnerables que no cuentan con alguien que se haga cargo de sus necesidades nutricionales.

El proceso de alimentación-nutrición es un objeto de estudio multidisciplinario ya que intervienen diversos especialistas como lo son: nutriólogos, bioquímicos, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales en ese tema (Mazza, 2000). A través de la alimentación no solo se satisface una necesidad biológica primaria del hombre, sino a la vez es un proceso donde se ponen en juego múltiples elementos materiales, psicológicos y sociales, también influye mucho la cultura en el comportamiento relacionado con el consumo de alimentos y en última instancia en el estado nutricional del individuo (Lozano, 2003). Es por ello que tanto instituciones como profesionales deben de poner especial cuidado en la alimentación del adulto mayor como factor de prevención y control de enfermedades como la

diabetes, lo cual traerá a la larga una menor demanda de servicios de salud por complicaciones futuras ya que las consecuencias de la diabetes van desde la pérdida de la visión y extremidades hasta la muerte.

No es suficiente reconocer a los adultos mayores como un grupo vulnerable, por lo contrario es necesario institucionalizar y promover la importancia del cuidado en la alimentación del adulto mayor (Falque et al, 1996). Por este motivo se hace evidente la necesidad de incluir en el proyecto talleres de capacitación alimentaria como principales medios de transmisión de comportamientos alimentarios saludables ya que de los múltiples factores ambientales que pueden influir en el estado nutricional y de salud, la alimentación está entre los más importantes, y esto explica la necesaria preocupación por la nutrición y las prácticas alimentarias de los adultos mayores diabéticos o en riesgo. La práctica de una alimentación equilibrada es indispensable para el buen funcionamiento del organismo de las personas de edad avanzada y en su caso la recuperación de la salud, el bienestar y calidad de vida (Lozano, 2003).

Los comportamientos alimenticios de las personas adultas mayores están cada vez más influenciados por el apoyo social integrado en redes sociales (Contreras y Gracia, 2005), la persona adulta mayor puede perder la costumbre de comprar y cocinar y provocar la aparición de una nueva dependencia, lo cual conllevará a que deje de pensar en su salud y presente síntomas de depresión entre otros. La ausencia de responsabilidades culinarias más allá de la pareja, o alguien que lo ayude, sin olvidar que con la edad, el requerimiento de alimentos es menor, conlleva a la falta de motivación lo cual provoca desorden en la alimentación cotidiana. Como consecuencia de la mayor esperanza de vida del sexo femenino, existen más mujeres mayores que hombres; esto plantea potenciales factores de riesgo relacionados directamente con las personas adultas, en la medida en que socialmente se espera que las mujeres sean las responsables de las tareas domésticas como, cocinar, cuidar al marido o atenderse de todas las actividades relacionadas con la alimentación, lo cual eso hace parecer que las mujeres necesitan menos ayuda que los hombres.

La alimentación del adulto mayor con o en riesgo de padecer diabetes es un tema complejo y de suma importancia y lo es más si se considera la variable género ya que se marca una diferencia importante con el comportamiento alimentario entre hombres y mujeres. Según

Contreras y Gracia (2005) los hombres comen más por saciar su apetito, y conceden menos importancia que las mujeres a los aspectos de servicio y sociabilidad, por lo cual en ocasiones la dieta de una persona puede ser influenciada por la del otro. Según estos autores las personas adultas mayores que viven en soledad carecen de una motivación para la preparación de alimentos, por lo que no es raro observar en las personas adultas mayores comportamientos alimenticios anárquicos, ya que los adultos mayores pueden pasar un día o dos ingiriendo poco alimento, y después comer excesivamente.

Esto es una forma de descuido ya que en una edad avanzada, las personas necesitan más atención y cuidados, sobre todo porque no pueden comer cualquier cosa, ya que se les complica comer ciertos alimentos por los ingredientes que contienen. Por eso es indispensable que una persona adulta mayor siempre cuente con alguien que le ayude y cuide su alimentación. Pero debido a que esto no siempre es posible, este proyecto pretende ayudar a los adultos mayores a hacerse cargo de sus propios cuidados alimentarios sin tener que depender de los demás que a la vez más que ayudar perjudican su alimentación.

Si bien es cierto que la vejez es una etapa que se caracteriza por ser un periodo de mayor dependencia ya sea de medicamentos por problemas de salud o por incapacidades que pueden ser causadas por estos mismos problemas, es visto que la preocupación del Estado por la vejez es un aspecto de diversas convergencias debido a que no existen políticas específicas para los problemas exactos de este grupo etario.

No obstante que en México se toma en cuenta las condiciones de vulnerabilidad del adulto mayor, hasta el momento no se han desarrollado proyectos encaminados específicamente a promover la alimentación en este grupo de edad (Rubio y Garfias, 2010). Aspecto especialmente relevante si se presentan con mayor frecuencia enfermedades crónico-degenerativas causadas por la inadecuada dieta alimentaria entre ellas la diabetes.

1.4 Diabetes

A lo largo del tiempo han ido apareciendo enfermedades relacionadas con la alimentación, caso de ello es la diabetes que tiene sus orígenes desde antes de la era cristiana, la primera referencia que se tiene al respecto, corresponde al papiro encontrado por el egiptólogo alemán

George Ebers en 1873, cerca de las ruinas de Luxor. En él se describe una extraña enfermedad, propia de las personas pudientes, de obesos, de personas que comían mucho dulce y arroz y cuya característica más peculiar es que su orina tenía un olor dulce, por lo que la llamaron "madhumeha" (orina de miel) (Álvarez, 2008).

La Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) explica que esta enfermedad habitualmente afectaba a varios miembros dentro de una misma familia (FEDE, 2008). Posiblemente ésta sea la primera descripción de otra de las formas de presentación de la diabetes, la diabetes tipo II, asociada en gran medida a la obesidad. Como consecuencia de esta enfermedad morían varias personas de la clase alta ya que no llevaban un control médico y farmacéutico, ya que fue hasta el año de 1942 cuando Loubatieres descubre drogas orales para el tratamiento de la enfermedad (Álvarez y Rodríguez, 2010).

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente, o cuando el organismo no la utiliza eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre y cuando esto no sucede se presentan un descontrol en el organismo causando hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) la cual con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. Existen tres tipos de diabetes clasificados por la OMS (2010). La diabetes de tipo 1, también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, que se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Los síntomas consisten, entre otros, excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. La de tipo 2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se genera debido a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo de diabetes representa el 90 por ciento de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la mala alimentación. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. (OMS, 2010). Sin embargo las consecuencias son las mismas para ambos tipos, entre las principales se encuentran: la retinopatía diabética que es una causa importante de ceguera; la OMS señala que al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2 por ciento de los pacientes se quedan ciegos, y un 10 por ciento sufren un deterioro grave de la visión:

Hoy en día la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal; un 10 a 20 por ciento de los pacientes con diabetes mueren por esta causa, por otra parte la neuropatía diabética causa lesión de los nervios y puede llegar a afectar a un 50 por ciento de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos (OMS, 2010). Lo anterior trae como consecuencia que en los pacientes entren en riesgo de muerte.

La OMS (2010) estima que a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él. Por esta razón, esta organización en su campaña 2009-2013 plantea el eslogan *entienda la diabetes y tome el control*, señalando que el paciente es el responsable directo del manejo de su enfermedad, de prevenir las complicaciones que agraven su salud y de exigir a los médicos una atención e información adecuada y actualizada que le permitan prevenir y controlar la diabetes, la información a nivel de prevención es la principal arma que puede ayudar a la población a combatir esta enfermedad y a evitar costos futuros.

En México, en 2008 casi tres por ciento de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la diabetes mellitus (Secretaría de Salud, 2008), porcentaje similar al reportado en 2003, cuando se calculó que los costos directos e indirectos de la enfermedad fueron de 100 millones de dólares anuales (SSA, 2003). Aunado a lo anterior, es importante recalcar que el costo de atención para esta enfermedad no recae exclusivamente en los servicios de salud, se calcula que, si un niño de 7 años desarrolla diabetes, deberá afrontar un costo acumulado de 52 mil dólares a valor presente, hasta los 40 años para manejar y paliar las consecuencias de esta enfermedad.

En Coahuila, en el año 2002 la diabetes mellitus causó un gran número de muertes en las mujeres adultas maduras, incluso ha ocupado el primer lugar en importancia (CONAPO, 2002). En el 2006, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en este Estado señalaba que la prevalencia de diabetes en adultos de 20 años o más, era de 7.1%, siendo más elevada en mujeres (8.5%) que en hombres (5.6%). Según estos resultados se estima que los factores de riesgo para esta enfermedad son, que 22.9% de los adultos de 20

años o más fumaban y 8.3% había fumado alguna vez hasta el momento de realizarse dicha encuesta; el 9.7% de los adultos reportaron haber consumido más de cinco copas en un mismo día por lo menos una vez al mes y la prevalencia de peso excesivo en adultos de 20 años o más fue de 71.2%, 73.2% en mujeres y 68.8% en hombres (Federación Mexicana de Diabetes, 2009). Por lo anterior el objetivo del proyecto de capacitación que aquí se propone va dirigido a prevenir la diabetes tipo 2 en los beneficiarios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores que presentan alguna de las características ya mencionadas.

1.5 Vinculación con la política social.

La preocupación de los países por el hambre se ha visto reflejada en diferentes momentos del tiempo, desde la declaración universal de los derechos humanos en 1948, la cual reconoce como derecho de toda persona vivir libre de hambre y de la malnutrición. La Cumbre Mundial sobre la Alimentación y la Conferencia sobre Alimentación, realizadas conjuntamente en 1974, proclamaron que *todos los hombres, mujeres y niños tienen derecho inalienable a no padecer hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus facultades físicas y mentales* (ONU, 2010). Así mismo la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) de Roma en 1992 adoptó la Declaración Mundial sobre la Nutrición y el Plan de Acción, por los cuales los estados parte se comprometieron a promover una alimentación apropiada y estilos de vida sanos; más tarde en la Cumbre sobre la Alimentación, celebrada en 1996 en Roma (FAO, 2009), se manifestó la necesidad de renovar, al más alto nivel político, el compromiso mundial de eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población. De igual forma la Conferencia de la Organizaciones de la Sociedad Civil Latinoamericana y del Caribe, en 1996, planteó que la seguridad nutricional es parte inseparable de la seguridad alimentaria (Borda, 2007). A partir de allí se habla de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) a la cual todos tienen derecho, puesto que satisface una necesidad fundamental del individuo.

Posteriormente la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (ONU, 2010) del 2000, dentro de las metas que se propone conseguir en el 2015, por ser de gran importancia para la alimentación y la nutrición, propone reducir a la mitad la pobreza extrema y reducir el porcentaje de personas que padecen hambre; en años más recientes se ha visto la

preocupación de reflejar la importancia de la seguridad alimentaria. En la Cumbre Mundial sobre Alimentación, realizada en Roma en el 2002, se confirma el compromiso de reducir el hambre. En ella se expresa que se necesitará voluntad política para lograrlo, recursos, tecnología y condiciones comerciales más justas (FAO, 2010). No obstante, las políticas sociales no han contribuido a mejorar las condiciones alimentarias del individuo de manera sostenible ya que las políticas reflejadas en torno a la alimentación son asistencialistas, lo cual no contribuye a mejorar la alimentación.

En México, en el año 1980 se crea el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), un programa que tuvo por objeto estimular la producción de alimentos básicos para alcanzar la autosuficiencia y mejorar la distribución de alimentos, dirigidos a atender a grupos vulnerables como serían los ancianos, mujeres, niños, indígenas, etcétera, (Barquera et al, 2001). Posteriormente en el Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012 se hace visible la necesidad de focalizar los apoyos en la población de adultos mayores del país.

1.5.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y, sobre todo, responsables, asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; es decir, el proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras.

Dentro de los cinco ejes de política pública se establecen acciones que comprenden los ámbitos económico, social, político y ambiental. Cada uno contribuye a sustentar las condiciones bajo las cuales se logran los objetivos nacionales. Para este proyecto, las bases que se tomaron en cuenta son las expuestas en el tercer eje ya que éste se orienta hacia el desarrollo humano y el bienestar social, asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos. En el objetivo número cinco se reconoce la necesidad de acercar a las comunidades servicios de salud, educación, nutrición y vivienda, así como obras de infraestructura que permitan la accesibilidad a los mismos, a las poblaciones distantes y, particularmente, a los grupos de población más vulnerables. En las estrategias del eje cuatro se menciona la necesidad de fortalecer los servicios orientando las

acciones hacia la protección contra riesgos sanitarios a los que está expuesta la población, entre ellos los riesgos a la salud distinguiendo como principales los que individualmente se asumen en forma voluntaria, es decir, los relacionados con el estilo de vida, (alimentos y agua que se consumen) también se pretende la integración sectorial de las acciones de prevención de enfermedades bajo el referente de que destacan por ser costo-efectivas ya que al mejorar la salud y calidad de vida de la población se evitan altos costos de tratamiento en el futuro (PND, 2007, 20012).

1.5.2 Ley General de Salud

En 1984 con la finalidad de garantizar el acceso a la salud se diseñó esta ley de acuerdo al artículo 4° constitucional; específicamente en ella se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud ésta considera que la atención médica debe ser entendida como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (Ley General de Salud, 2009: 1).

En lo que respecta a la vinculación del proyecto con esta ley se puede mencionar el título séptimo referente a la promoción de la salud en este punto se toma en cuenta la importancia de crear y mejorar las condiciones de salud (Ley General de Salud, 2009: 33); en el artículo 112 menciona que la educación de la salud debe tener como objetivo:

1. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales y colectivas que pongan en riesgo su salud.
2. Proporcionar los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y
3. Orientar y capacitar preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Posteriormente en el artículo 115 se menciona la importancia de normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables (Ley General de Salud, 2009:33).

Lo anterior fundamenta la importancia de implementar la prevención y promoción de la salud en los adultos mayores y en el resto de la población esto con la finalidad de prevenir las enfermedades que a largo o corto plazo pueden causar invalidez parcial o permanente.

1.5.3 Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007- 2012.

Respecto al tema de salud, el Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012), plantea la diabetes como una enfermedad de muy alta prevalencia en el país, ya que desde el año 2005, es la primera causa de muerte, la principal fuente de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas de salud (PRONASA, 2007-2012). Según este documento después de los 50 años de edad la prevalencia aumenta e incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal, la diabetes se convierte así en la principal causa de amputación de miembros inferiores y de ceguera.

Con la finalidad de evitar estos problemas de salud, el PRONASA, establece diversas estrategias, dentro de las cuales señala el *fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades* (PRONASA, 2007-2012), de la cual emergen líneas y programas de acción para la prevención y control de la diabetes, dichos programas tienen como objetivo proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la enfermedad y sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor, con el fin de mejorar la salud de estos grupos de edad. Entre las estrategias diseñadas para facilitar la implementación y optimizar la calidad de la atención integral a la salud, se encuentra la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida que engloba acciones de salud específicas para cada grupo de edad y sexo. Dentro de estos programas se incluyen como estrategias de acción los grupos de autoayuda, mediante los cuales se busca llevar un control de los riesgos que favorecen el desarrollo de estas enfermedades y de las secuelas asociadas a ellas dentro de un ambiente de sociabilidad de cada una de las etapas que durante el proceso de capacitación puedan surgir.

La diabetes mellitus hoy en día es un problema creciente de salud tanto para el país desarrollado como subdesarrollado. Las personas con diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad dos veces mayor que la población general. Sin embargo una mejoría en el cuidado alimentario aumentaría la esperanza de vida de estas personas. Por esta razón, la 42 Asamblea Mundial de la Salud del 29 de mayo de 1989, emitió la resolución WAH¹ 42.36, en la que se exhortaba a determinar la importancia nacional de la diabetes y aplicar medidas poblacionales locales para prevenirla y controlarla, promover colaboraciones interestatales para el adiestramiento y educación continua sobre las acciones cotidianas que conllevaran a la prevención y control de la misma. Lo anterior con la finalidad de que se tomara conciencia sobre la elaboración de políticas, planes y programas para fomentar la salud y lograr cambios en los estilos de vida que condujeran a una mejor salud para la población adulta (Laucirica, 2001: 40).

Respecto a lo anterior 18 años después en el PRONASA 2007-2012, se plantean cinco objetivos: reducir las brechas o desigualdades de salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, prestar servicios de salud con calidad y seguridad y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. Dichos objetivos equivalen a los planteados en el PND, vinculándose a las funciones de protección, promoción, prevención y atención, es por ello que este proyecto responde a los objetivos de atención primaria al contribuir a capacitar a las personas adultas mayores para que tomen los cuidados alimentarios necesarios para prevenir la diabetes.

Es evidente que en el país las políticas sociales son elaboradas después de que se presentan las enfermedades y sin tomar en cuenta la esperanza de vida ya que hasta hoy en día no hay políticas específicas en atención primaria para los adultos mayores en temas relacionados con la diabetes.

¹ En inglés World Health Assembly (Asamblea Mundial de la Salud)

1.6 Intervenciones con éxito en adultos mayores con diabetes

El reconocimiento de la diabetes como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo, ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, como enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación a conocimientos, percepciones, actitudes, temores y prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal. Por ello, para responder a las necesidades educativas y a los problemas de las comunidades, se están incorporando teorías y modelos de las ciencias sociales a los programas de salud del primer nivel de atención, con intervenciones sociales favorables.

Respecto a estas intervenciones exitosas se encuentra el caso de Costa Rica donde se implementó un proyecto denominado “modificación en las prácticas alimentarias en pacientes no insulino dependientes” (Arauz et al, 1997). La intervención consistió en un proceso de educación en Diabetes Mellitus con un enfoque preventivo de complicaciones cardiovasculares, esto para lograr mediante la modificación de hábitos alimentarios inapropiados, el control metabólico adecuado y la reducción de peso en las personas con obesidad. Se utilizaron diversas técnicas educativas como: demostraciones, visitas de campo, socio dramas, simulaciones, discusión de grupos y representaciones, entre otras. Todas las actividades fueron grupales y los contenidos educativos se elaboraron tomando en cuenta las actividades de la vida diaria del diabético.

En este proyecto los temas se impartieron en sesiones semanales o quincenales de 2 horas de duración, durante seis meses en la clínica local. La evaluación del contenido y de las actividades fue efectuada por los pacientes en forma cualitativa, al final de cada sesión. Los temas desarrollados fueron los siguientes: diabetes mellitus, signos y síntomas, relación diabetes mellitus-alimentación, beneficios de la actividad física, complicaciones de la diabetes mellitus, los grupos de alimentos, control de peso, recomendaciones para reducir el consumo de alimentos, pie diabético, uso de medicamentos e insulina, factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, alimentación para el corazón del diabético. El diabético y su familia, auto cuidado y organización grupal, comiendo fuera de casa, modificación de recetas, organización de menús, selección de alimentos. Durante el primer mes del proyecto, se

impartieron los temas introductorios de la enfermedad, los temas que sugerían cambios en conductas alimentarias se iniciaron a partir del segundo mes. (Arauz, et al, 1997).

En los resultados se apreció un cambio en el tipo de grasa utilizada para cocinar, en el grupo de intervención se redujo en 10 por ciento el consumo de manteca y se incrementó el de aceites poli insaturados en 13 por ciento contrario al grupo control. En la evaluación final, aparecieron nuevos alimentos dentro del patrón diario, además el uso del azúcar simple disminuyó de 30 por ciento al 10 por ciento; se observó el cambio en la frecuencia del consumo por grupos de alimentos. En el grupo de intervención aumentó el consumo diario de frutas, mientras que en el grupo control éste se mantuvo. En el grupo de dulces y repostería, se observó que los pacientes intervenidos disminuyeron su consumo diario, contrario a lo observado en el grupo control. Con respecto a las comidas rápidas, en el grupo de intervención no existió un consumo diario.

Así mismo en Cuba, durante el 2007 se realizó un estudio de intervención educativa en adultos mayores del Policlínico "Raúl Sánchez. El universo estuvo conformado por 98 pacientes, la muestra quedó constituida por 73 diabéticos y se excluyeron 25 por múltiples razones. El proceso de diagnóstico se desarrolló para determinar el grado de conocimientos de pacientes sobre la enfermedad; posteriormente se implementó una intervención educativa de capacitación el cual consistió en un programa de actividades educativas cuyo objetivo era brindar nuevas destrezas a los enfermos para mejorar su salud. Al final el curso mostró ser eficaz para lograr una mejor comprensión de la enfermedad y desarrollar habilidades para afrontar el cuidado diario (Camero et al, 2007). Se concluyó que el aspecto educacional es esencial para afrontar la diabetes, además de que este debe iniciarse por los proveedores de salud para que puedan realizar con eficacia el cuidado y la educación de la población diabética envejecida y lograr una longevidad satisfactoria. Por lo anterior es importante tomar en cuenta que el nivel primario de atención es ideal para ejecutar programas educativos sobre la detección temprana de la diabetes y elevar los conocimientos dirigido a los pacientes, sus familiares y el personal sanitario.

1.6.1 Importancia de la intervención primaria

De acuerdo a la OMS se considera a la salud como el estado de bienestar biológico, psicológico y social de las personas (Orozco y Molina, 2002); es decir si el individuo no se encuentra en estado de bienestar en estos tres aspectos debe de considerarse enfermo o en riesgo. La intervención primaria pretende capacitar a personas, grupos, comunidades sobre los factores que determinan el concepto de salud, esto incluye la detección precoz de factores de riesgo para poder incidir tempranamente en ellos y así eliminarlos o paliar sus efectos, (Guzmán, 2004). La promoción de la salud implica implantar comportamientos saludables cuando no existen en la persona o en las comunidades. Esto conlleva crear conductas o hábitos que la experiencia o ciencia han demostrado que están asociados positivamente con el estado de salud,

Existen una serie de factores de riesgo para la salud de los cuales tres se consideran como fundamentales ya que son la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo y que afectan de forma sistemática a las personas mayores.

“Entre ellos se encuentran la alimentación, de la cual los problemas pueden venir tanto por déficit, como por exceso de los nutrientes que ingiere el organismo; los productos tóxicos, tanto los utilizados en comportamientos individuales, como son el abuso de alcohol, la nicotina y otras sustancias auto administradas, las energías contaminantes, etc. y los estilos de vida, que incluyen desde el estrés mantenido al sedentarismo, pasando por el aumento de trastornos emocionales, depresión, trastornos de ansiedad, etc.” (Araya et al, 2007: 1).

Por lo tanto es necesario promover y capacitar a las personas para que practiquen actividades saludables que, por el contrario, son favorecedoras de un estado de bienestar como son: la alimentación variada y equilibrada y la disminución de hábitos tóxicos (De la Concha et al, 2001). En las personas mayores, los sucesos vitales influyen en su percepción de bienestar, como la pérdida de seres queridos, del poder adquisitivo, de funciones motoras o intelectuales y de roles sociales. La ausencia de éstos conlleva a la pérdida de motivaciones vitales, entre

ellas el mantenimiento de la salud o la motivación para producir cambios en los propios hábitos para mejorarla.

Consecuentemente al intervenir con este grupo etario, es necesario tener claro que la vejez no es una enfermedad, sino un proceso natural decremental por el que, en el mejor de los casos, todos vamos a pasar, sólo se vive lo suficiente para llegar a esta etapa de la vida que depara muchos cambios que se empiezan a notar en forma de limitaciones, pero limitación no es enfermedad. No se es enfermo por no poder andar, correr o saltar, comer como antes o por estar jubilado (García, 2000). Por lo cual es necesario diseñar una intervención contemplando estos aspectos, en el caso de los adultos mayores es necesario tomar en cuenta que la alimentación está condicionada por múltiples factores, siendo decisivos los que dependen del entorno familiar, escolar y social.

En el contexto social el mayor peso recae en las modas y costumbres, por un lado, y los medios de comunicación por otro, por lo tanto los objetivos generales de la educación nutricional deben ser metas nutricionales claras que habrán de alcanzarse mediante diferentes objetivos específicos, resumidos en la promoción de conductas alimentarias saludables. Para lograrlo, los medios ideales de aplicación son las redes de atención primaria de salud, los métodos educativos, como los grupos de discusión o las charlas, que son modos directos de acercamiento al participante (Aranceta, 2004).

Basado en lo que plantea Aranceta respecto a echar mano de las herramientas educativas para promover conductas alimentarias benéficas, es necesario hacer referencia del término educación para la salud definido por la OMS en 1998 como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten (Redondo, 2004).

Por lo tanto el proceso de educar es un camino de socialización y desarrollo tendiente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos

escenarios sociales. Y en el caso particular de la educación para la salud supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los que son saludables.

De este planteamiento surge la necesidad de elaborar un proyecto social encaminado a aplicar una serie de estrategias de capacitación social que incluya la comprensión del problema de diabetes, la capacitación de los adultos mayores en el tema; facilitándole así las habilidades y técnicas necesarias para conseguir cambios en los comportamientos no saludables. Este proyecto tiene su fundamentación en dos modelos teóricos de prevención de la salud.

1.7 Teorías en las que se fundamenta la intervención.

1.7.1 Modelo de creencias en salud

Durante los últimos 40 años, los investigadores de salud desarrollaron este modelo para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas. De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de:

- La percepción de la severidad de la enfermedad,
- La percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición,
- La creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y
- Avisos para tomar acción.

Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva (Soto, et al, 1997).

El *cuadro 1* presenta una explicación de los conceptos utilizados para la utilización del modelo de creencias en salud.

Cuadro 1. Modelo de creencias en salud

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	Creencia individual que se tiene de las posibilidades de contraer una enfermedad.	Definir población (es) en riesgo, niveles de riesgo (adultos mayores con mala alimentación). Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona (diseñar sesiones educativas basadas en la vida diaria de las personas). Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja (promover las consecuencias y riesgos de no controlar la alimentación.).
Gravedad percibida	Opinión que se tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo de la afección. (informar en las sesiones de capacitación sobre la rinopatía diabética, las amputaciones y la muerte por estas causas)
Beneficios percibidos	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo cuidar la alimentación, dónde comer y cuándo.
Barreras percibidas	Opinión que se tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de tranquilización, incentivos, ayuda. (Informar sobre la importancia que es realizarse el examen de glucosa y de los beneficios del mismo a pesar del costo) promover el uso de alimentos variados y de bajo costo.
Señales para la acción	Estrategias para activar la "disposición".	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción. (Promover toma de conciencia, recordatorios).
Auto – eficacia	Comienza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Evaluar la capacitación y orientación (registrar los cambios en los comportamientos alimentarios).

Fuente: elaboración propia con la información del Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, OPS (2001).

A pesar de las intervenciones realizadas anteriormente a favor de la prevención de la diabetes, es necesario planear nuevas estrategias de intervención que incluyan bases teóricas y prácticas. Ya que es evidente que el conocimiento junto a una actitud positiva, favorecen conductas específicas de conservación y promoción de la salud. Es evidente que pese a los avances farmacológicos los mejores beneficios para luchar contra la diabetes siguen siendo los de la capacitación preventiva. Puesto que un cambio de comportamiento generado por la voluntad propia será el más eficaz para mejorar las conductas saludables del individuo; ya que según señala Soto (1997) la clave del éxito en la prevención de la diabetes radica en favorecer o evitar ciertos comportamientos alimentarios, para ello señala una serie de pasos progresivos el primero de ellos es el proceso cognitivo el cual consiste en hacer ver a las personas las causas y consecuencias de la enfermedad para que después ellos tomen una acción preventiva. Es por ello que el reto al que se enfrenta el promotor de la salud es el de diseñar una intervención con los componentes adecuados para transmitir dichos conocimientos.

En síntesis el problema a resolver es el cómo organizar y transmitir la información para producir el cambio deseado o al menos aumentar las posibilidades de éxito, al trabajar con adultos mayores. Los retos se vuelven cada vez más complejos puesto que son personas con conductas difíciles de cambiar pero no imposible debido a que son personas con mayor disponibilidad de tiempo para aprender y participar.

Por lo anterior este modelo se adaptó al proyecto para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de la diabetes y ante la prevención de la misma, el cumplimiento de los beneficiarios con las recomendaciones, la práctica de exámenes de glucosa y el cambio de estilo de alimentación (Calnan y Moss, 1984). Lo anterior respaldado teóricamente y con la finalidad de comprobar que los adultos mayores al verse en riesgo de padecer dicha enfermedad son capaces de cambiar sus estilos de vida entre ellos su cultura alimentaria.

1.7.2 Teoría del aprendizaje social de Bandura

Otra de las teorías que se tomaron en cuenta para la realización y planeación de actividades del proyecto fue la teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría

cognitiva social, propuesta por Bandura, se utilizó esta teoría ya que es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de la educación para la salud. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de los programas preventivos su utilidad es clara ya que varios de los programas más eficaces parten de la misma, utilizan alguno de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías (Becoña et al, 2007).

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) empezó a tomar forma a principios de los años 60, cuando escribió un artículo sobre el aprendizaje social de los niños sugiriendo que ellos aprenden por imitación de los demás. Esto contrastaba con las teorías del aprendizaje predominantes en el momento, basadas en los principios clásicos de estímulo seguido por recompensas para reforzar el aprendizaje. Bandura sugiere que los niños aprenden nuevas conductas observando lo que hacen otros niños y más aun, que los niños no necesitan recompensas directas para promover el aprendizaje. Según esta teoría ellos aprenden por observación y modelan su conducta en lo que ven hacer a otros. Bandura formuló un número de conceptos que son importantes para la comprensión de enfoques individuales con relación a la adopción de conductas de enriquecimiento de la salud.

Bandura (1977) sugiere una dinámica y continua interacción entre la persona, con la conducta enriquecedora de la salud y con el medio ambiente en el cual se lleva a cabo la conducta. El enfatiza la importancia de asegurar un ambiente que provea oportunidades y apoyo social para la adopción de la conducta saludable. Basándose en el determinismo recíproco, las intervenciones de salud están diseñadas para sugerir la búsqueda de nuevos amigos que hacen ejercicios o no fuman, o para proveer frutas y vegetales.

La teoría de aprendizaje social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporan estrategias, promoviendo estilos de vida saludable en el individuo y su entorno. Existen métodos que promueven comportamientos saludables individuales a través el desarrollo de materiales educativos en cambio, y existen otros utilizados para lograr cambios en políticas y normas (Bandura, 1977). Esta teoría propone que las personas se comprometerán en el cambio de conducta, siempre y cuando se sientan capaces

de adoptar una nueva; esto se convierte en una herramienta importante para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud.

Es así como estos dos modelos teóricos se convierten en una opción para desarrollar la ruta crítica del proyecto de capacitación alimentaria en los adultos mayores en tanto que ofrece conceptualizaciones validas para la intervención; estas bases teóricas se complementan en diversos aspectos entre ellos está, el que los adultos mayores del INAPAN desayunan y comen juntos por lo cual suelen adaptar los comportamientos alimenticios de sus compañeros; este aspecto lejos de representar un peligro a la vista de la teoría del aprendizaje social permite reforzar las sesiones de capacitación de tal modo que al participar en grupo, los beneficiarios del proyecto se apoyarán en mantener una dieta equilibrada y acorde a sus necesidades y a los niveles de prevención que en estas sesiones se recomienden; ya que como señala Bandura la socialización de la información permitirá que las personas se motiven en mantener una alimentación saludable de esta manera también los AM podrán motivarse para disminuir la susceptibilidad ante la diabetes.

2. CONTEXTO

2.1 La institución donde se implementa el proyecto

2.1.1 Conocimiento general de la institución.

- Localización geográfica

Nombre: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) delegación Coahuila, Ubicación física: Félix U. Gómez e Hidalgo S/N, fraccionamiento Ojo de agua, C.P. 25000, Saltillo Coahuila

Teléfono y fax: 01- (844) 412-89-63

e- mail: inapamcoah@yahoo.com.mx

Delegado: Lic. Juan Manuel Cardona Valdés.

2.1.2 Aspectos de la organización.

2.1.2.1. Antecedentes históricos

Durante más de dos décadas, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más. Esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Sin embargo, las necesidades de nuestra Gente Grande fueron cada vez mayores por lo que el 17 de enero del 2002, también por decreto presidencial, pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN). Posteriormente el 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

2.1.2.2 Objetivos

Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

2.1.2.3 Propósito

Su propósito es garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, para lo cual coordina los órdenes de gobierno y las organizaciones públicas y privadas, al brindar la promoción, atención, orientación, fomento y vigilancia de las acciones públicas, estrategias y programas en beneficio de los adultos mayores, que permitan el desarrollo de acciones transversales que involucren las políticas de trabajo, salud, educación y combate a la pobreza, promoviendo el desarrollo humano integral.

2.1.2.4 Misión

Su misión es el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por este, el proceso tendiente a brindarles empleo u ocupación, retribuciones, juntas, asistencia, oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientando a reducir las desigualdades extrema las inquietudes de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad iniciativa en un entorno social incluyente, que se sustenta en el Plan Nacional de Desarrollo.

2.1.2.5 Visión

Consolidar el INAPAM como el órgano rector de programas y acciones gerontológicas, con la participación de tres niveles de gobierno y los diferentes sectores del país.

2.1.2.6 Ejes estratégicos

Son el sustento de los programas y acciones dirigidas a esta población:

- Eje de empleo y apoyo a la economía
- Eje estratégico de salud, investigación y formación del recurso humano
- Eje estratégico de desarrollo social y comunitario.

2.1.2.7 Personas a las que atiende

Personas de 60 años o más de edad.

2.1.2.8 Formas de atención

El INAPAM preocupado por el bienestar de los adultos mayores ofrece los siguientes programas y/o servicios: afiliación, es un apoyo directo a su economía, con descuentos que van de 5 a 70% en el pago de bienes y servicios de salud, educación y recreación en más de 15 mil establecimientos en todo el país. En el sistema de transporte colectivo y metro, en los autobuses y en los servicios culturales en museos, por mencionar algunos, el descuento puede ser hasta del 100 por ciento dependiendo de cada delegación; empleo, reincorpora a los adultos mayores a la planta productiva mediante la concertación permanente con empresas e instituciones que ofrecen fuentes de trabajo a este grupo social, de acuerdo con sus

características y necesidades; capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, éste promueve el desarrollo de habilidades y destrezas a través del aprendizaje de oficios y artesanías, que les permiten producir artículos para el autoconsumo y comercialización en pequeña escala (INAPAM, 2010).

Estos programas ofrecen oportunidad de ingresos a los adultos mayores sobre todo a los que no cuentan con una pensión o algún otro ingreso externo al apoyo de los familiares. En cuanto a los apoyos en materia de salud, educación y recreación se encuentran: desarrollo social comunitario, el cual fomenta la participación activa de los adultos mayores a través de actividades educativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales; educación para la salud, lleva a cabo seminarios, cursos y pláticas dirigidos a los adultos mayores y sus familias, para promover el envejecimiento activo y fomentar, preservar y restaurar la salud (INAPAM, 2010).

Con la finalidad de estar a la vanguardia en cuanto a la atención del adulto mayor, se promueven distintas actividades para capacitar a las personas que se encargan del cuidado y atención de este grupo etario. Entre estos programas se encuentra la enseñanza, con carácter interdisciplinario. El INAPAM lleva a cabo talleres, cursos y conferencias para técnicos y profesionales que se capacitan en la atención de las personas adultas mayores a todos los niveles, esto representa una alternativa adecuada para la formación de recursos humanos en geriatría y gerontología, lo que contribuye a mejorar la calidad de los servicios para la población adulta mayor (INAPAM, 2010).

2.1.2.9 Zonas en donde opera el Programa

Los programas antes mencionados son los que operan en la delegación Coahuila, existe algunos otros como el de tercera llamada, centros de atención integral o asesoría jurídica pero solo están focalizados en algunas otras delegaciones

CAPITULO 2. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

2.1 Resultados de la evaluación diagnóstica

De acuerdo con Mokate (2000), la evaluación diagnóstica o inicial debe realizarse antes de empezar el proceso de intervención con el propósito de verificar el nivel de preparación que tienen los participantes para enfrentarse a los objetivos que se esperan lograr. En síntesis, ésta evaluación exige conocer a detalle a los posibles beneficiarios, con el propósito de adecuar el diseño de intervención (objetivos, actividades y tareas), a sus propias posibilidades y necesidades. Tratándose como en este caso de un proceso de capacitación, es necesario utilizar la evaluación diagnóstica para la realización de pronósticos que permitan una actuación preventiva ligada a los beneficiarios. Para efectos prácticos de este proyecto se realizó un diagnóstico inicial con la finalidad de conocer los datos demográficos y hábitos alimenticios de los posibles beneficiarios.

Siguiendo a Mokate (2000) se elaboró un instrumento basándose en el cuestionario “prácticas y creencias sobre estilo de vida” de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002); esto para obtener la frecuencia alimentaria habitual. Previamente a su aplicación, se realizó un análisis bibliográfico para analizar la viabilidad de dicho cuestionario, tomando en cuenta que sería aplicado a un grupo de adultos mayores. Se realizó una prueba piloto en la cual se aplicó el mismo cuestionario a 15 personas elegidas al azar pero las cuales tenían características similares al grupo que se quiere diagnosticar; lo anterior permitió definir el instrumento definitivo que fue aplicado a los 40 beneficiarios del INAPAM. Los cuales tenían las siguientes características: eran personas mayores de 60 años, independientes para satisfacer sus necesidades alimenticias y tenían las mismas posibilidades de participar o no en el proyecto.

Los resultados fueron sometidos a pruebas descriptivas en el programa estadístico SPSS versión 16, en las cuales se sacaron los porcentajes válidos correspondientes a cada una de las variables, con la finalidad de describir cada una de ellas y así detectar si existen patrones alimentarios deficientes en las personas encuestadas.

A continuación se describen los principales hallazgos según las variables analizadas.

2.1.2 Datos socio demográficos

El cuestionario utilizado para la evaluación diagnóstica arrojó los siguientes resultados: en cuanto a los datos sociodemográficos de los encuestados se observa en primer instancia que el 45% del total cuenta con una edad que va de los 66 a los 71 años de edad y el 26% tiene entre 72 y 77 años. Lo anterior pone de manifiesto que a los 60 años los adultos mayores aún son capaces de pertenecer a un grupo de apoyo en los cuales pueden desarrollar distintas actividades recreativas y artísticas. En cuanto al sexo se puede denotar que el 94% de las personas que asisten a este grupo son mujeres; en lo referente al estado civil, los resultados reflejan que el 45% son viudos, el 32 % son casados y el resto son solteros o separados.

Referente al nivel de escolaridad se puede percibir que el 29 % contaba con primaria completa, el 13% con secundaria completa y el 26 % dejó inconcluso el nivel primaria y secundaria, y solo el 19% terminó una carrera profesional. Dichos resultados permitieron encontrar un lado positivo en cuanto a la planificación de las actividades propias del proyecto, sobre todo cuando se describen algunas vivencias. En lo referente a su situación laboral, el 65% eran amas de casa, el 32 % pensionados o jubilados y el 3% se encontraba desempleado. En ese momento era evidente que se formara el grupo de intervención este estaría compuesto por mujeres adultas mayores.

2.1.3 Alimentación

La alimentación por ser un proceso indispensable para el individuo debe analizarse de manera individual, por lo tanto para este estudio se utilizó la frecuencia alimentaria como principal instrumento para recolectar dicha información, la cual arrojó los siguientes resultados: en cuanto al consumo semanal de alimentos salados el 32 % de los encuestados referían comerlos de 5 a 6 veces por semana, el 26% los consumía más de 7 veces a la semana, el 29% de 1 a 4 veces por semana y solo el 13 % mencionaba que nunca consumía dichos alimentos, probablemente la creencia de que los alimentos sin sal no tienen sabor sea una de las principales causas de los altos índices de consumo de los mismos en estas personas. No obstante, la sal no es uno de los alimentos que se deben limitar sino el consumo de gaseosas también. En esta población pudo observarse que el 54.8 % tenía un hábito de consumo de 2 a 3

veces por semana, el 9.6 % la consumía con una frecuencia de 4 a 6 y el 12.9 % más de 7 veces. En cuanto a la incidencia de consumo de azúcar pudo observarse que poco más del 50 % tenían un hábito de consumo de 1 a 2 veces por semana.

Según la norma oficial del plato del buen comer, son 3 grupos de alimentos por los cuales debe de estar constituida la dieta de la población mexicana, entre ellos se encuentran: las frutas y verduras, cereales y alimentos de origen vegetal y animal; en cuanto a la evaluación del consumo de cereales se encuentra que el 32% tenía una frecuencia de consumo de 1 a 2 veces por semana, el 32 % lo consumía más de 3 a la semana; sin embargo los encuestados consideraban como cereales solo los "Corn Flakes, Zucaritas" entre otras marcas; es decir, no tenían conocimiento de que el arroz, la sopa, el elote y la papa están incluidos en el plato del buen comer en el grupo de los cereales. Respecto al consumo de frutas se observaba que el 35% las consumía de 3 a 4 veces por semana; el 23% de 1 a 2 veces, el 26% de 5 a 6 veces por semana, el 13% tenía un hábito de consumo de más de 7 veces por semana y el 3% restante nunca ingería dichos alimentos.

En lo que se refiere a productos de origen animal, los resultados reflejaban que los lácteos eran consumidos más de 7 veces por semana por el 32% de los encuestados, el 26% los consumía de 3 a 4 veces y el 23% los ingería de 1 a 2 veces por semana. El 13% tenía un hábito de consumo de 5 a 6 veces por semana y el 6 % manifestaba no consumirlos. En cuanto al consumo de carnes, el 35% señalaba tener una frecuencia de consumo de 1 a 2 veces por semana y el 23 % de 5 a 6 veces, el resto de 3 a 4 veces por semana y solo el 3% no consumía dicho alimento. En la variable desayuna antes de comenzar alguna actividad, los resultados arrojan que solo el 45% siempre lo hacía, el 26% frecuentemente y el 19% no tenía ese hábito. Era evidente que más del 50% tenía al menos el conocimiento de que el desayuno es una de las comidas más importantes del día.

De vital relevancia para este proyecto era saber si existía interés de los encuestados en participar en el proyecto por lo cual al pedir que señalaran dicha variable el 94% mostró estar interesado en participar sin embargo el 6% manifestó no estar interesado; el 45% de los encuestados señaló que para ellos sería importante tomar en cuenta temáticas como la prevención de la diabetes, el 26% consideraba importante saber más sobre la conservación de

los alimentos, al 16% le gustaría aprender recetas de cocina y para el otro 10% era importante aprender sobre la alimentación de las personas diabéticas

2.2 Planeación del proyecto

2.2.1 Nombre del proyecto

Capacitación alimentaria como forma de prevención de la diabetes en adultas mayores del INAPAM Coahuila.

2.2.2 Fundamentación y/o justificación

En base a la importancia de la alimentación como factor prioritario para prevenir y controlar la diabetes en los adultos mayores y conscientes de que la educación es instrumento que fortalece los cambios en la misma (Secretaría de Salud, 2008), se elaboró el presente proyecto con la finalidad de contribuir a modificar positivamente los actuales hábitos y conductas de alimentación, a favor de prevenir la diabetes. Siguiendo la norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005 se conoce como capacitación alimentaria al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación con la finalidad de favorecer la adopción de una dieta correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales del individuo.

La capacitación alimentaria implica conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos en base en la adopción de conductas saludables, Becoña y Oblitas (2000), entienden por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la mejoría de la salud. Entre ellas se encuentra la alimentación correcta, ya que según estos autores es el primer paso para prevenir las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad. Esto incluye la adopción de hábitos alimenticios saludables que proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. De acuerdo a Becoña y Oblitas (2000) la mayoría de

las personas que practican hábitos alimenticios saludables no necesitan consumir suplementos alimenticios, y en el caso de los mayores, una sana alimentación propicia el envejecimiento activo y saludable y previene y controla enfermedades como la diabetes e hipertensión.

Se considera de vital importancia la implementación de proyectos de prevención de la diabetes basados en la capacitación alimentaria ya que de acuerdo a lo que señala Olaiz- Fernández, et al (2007) alrededor de 7 millones de mexicanos presentan diabetes y la mitad de ellos no lo sabe, el especialista agregó que del universo de diabéticos, 2 millones, alrededor del 28 por ciento, ya presenta complicaciones como problemas en los ojos, los pies o incluso insuficiencia renal. Hoy en día la diabetes se encuentra dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, que de no ser controladas pueden traer consigo complicaciones serias.

La Fundación para la Diabetes (2010), la define como una enfermedad metabólica caracterizada por los altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, a la glucosa que circula por la sangre se le llama glucemia, el aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. La insulina es una hormona que fabrica el páncreas y que permite que las células utilicen la glucosa de la sangre como fuente de energía; un fallo de la producción de insulina, de la acción de la misma, o de ambas cosas, genera un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

La diabetes es una enfermedad muy común. Se estima que en el mundo hay alrededor de 143 millones de personas con diabetes. La OMS considera que el 50 por ciento de las personas que tienen diabetes están sin diagnosticar (FMD, 2007). Según el INSP (2008) la diabetes tipo 2 representa el 90 por ciento de los casos de la enfermedad en el país, en el 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad en los adultos mayores, manteniéndose así hasta el 2003 con 59,912 defunciones, con una tasa de 56.8 por 100,000 habitantes.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) En México ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres.

Las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales cabe señalar que en el 2007 hubo un

tasa de número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento (ENSANUT, 2006)

La diabetes ocasiona un alto costo tanto a los individuos como a las sociedades. Este costo elevado se debe no sólo al costo de la atención médica, sino también al costo indirecto causado por la pérdida de productividad causada por invalidez y mortalidad prematura. Se ha demostrado que el costo de la atención médica de las personas con diabetes puede ser entre 2-3 veces mayor que el de la población no afectada por la diabetes (Lerman, 2007). En términos económicos los costos de la diabetes son variados, incluyen algunos ítems que pueden ser reconocidos fácilmente tales como los costos de tratamientos médicos por la diabetes o las pérdidas en salario de una persona con invalidez prematura. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) advierte que dicha enfermedad generó en 2010 costos directos por 343.2 millones de dólares y 435.2 millones de dólares por indirectos, lo que suma más de 778 millones de dólares en total. Se señala que el impacto a los bolsillos de los pacientes diabéticos alcanzará los 178.4 millones de dólares. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, en el país viven alrededor de 10 millones de diabéticos; y de ellos, el 30% desconoce que padece la enfermedad (INSP, 2010)

Del total de costos esperados, 40 millones 787 mil 547 (dólares) corresponderán a la Secretaría de Salud, con programas de diabetes para no asegurados; 113 millones 664 mil 454 para servicios de diabetes para población asegurada por el IMSS y el ISSSTE; 178 millones 477 mil 754 para el bolsillo de los pacientes diabéticos; y 10 millones 296 mil 786 vía Seguros Privados de Salud" (Arredondo, 2009: 87).

De estos factores surge la idea del proyecto capacitación alimentaria en el adulto mayor, el cual va dirigido a promover hábitos de alimentación adecuados como forma de prevención de la diabetes. Dicho proyecto se llevó a cabo con adultos mayores del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores delegación Coahuila. En el estado de Coahuila, en el año 2007 según datos del IMSS, la principal causa de muerte fue la diabetes mellitus con un índice de 663 casos, de los cuales 417 eran hombres y 246 mujeres, lo cual suma un 39.5 por ciento de

tasa de mortalidad a causa de esta enfermedad y la mayoría de las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad no cuentan con información para controlar dicho problema, por lo cual la principal consecuencia de ello son las complicaciones futuras y la muerte (IMSS, 2008).

La diabetes es un padecimiento incurable que afecta a 7 millones de mexicanos y se caracteriza por ser una enfermedad crónico degenerativa, sin embargo se puede mantener bajo control mediante un tratamiento oportuno. Especialistas del IMSS recomiendan que con una alimentación correcta es posible retrasar el desarrollo de la diabetes e incluso evitar la aparición de esta enfermedad principalmente en personas de la tercera edad (IMSS, 2010). Según estos especialistas la clave está en conocer el plato del bien comer, saber y combinar los diferentes grupos de alimentos, pero sobre todo cuidar las porciones y no abusar de las grasas y azúcares, así como adoptar estilos de vida saludable. Es por ello que este proyecto tiene como objetivo capacitar a las personas adultas mayores en temas alimentarios que les permitan prevenir la diabetes, y de esta forma evitar complicaciones futuras en estos grupos de edad.

Es importante que se tome en cuenta tanto a nivel familiar como institucional la capacitación alimentaria para mejorar la calidad de vida de este grupo de edad, primeramente porque en México los grupos mayores de 60 años representan un conjunto social cada vez más significativo, lo que implica en el mediano y largo plazo un grave problema de demanda en los servicios de los sistemas de seguridad social que atienden a la mayoría de la población (Salgado y Borjoquez, 2006); y segundo, porque la alimentación es un factor de vital importancia para conservar un óptimo nivel de salud.

2.2.3 Objetivo general

Capacitar a 35 adultas mayores del INAPAM Coahuila, sobre los principales cuidados alimentarios que deben de seguir para prevenir la diabetes tipo 2.

El proyecto se implementó en las instalaciones del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) delegación Coahuila, ubicado en Félix U. Gómez e Hidalgo S/N, fraccionamiento ojo de agua, Saltillo Coahuila.

2.2.4 Objetivos específicos

- Brindar información a las adultas mayores sobre los beneficios de una adecuada alimentación.
- Facilitar herramientas que permitan lograr un cambio de hábitos y actitudes benéficos para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
- Informar sobre las causas y consecuencias de la diabetes tipo 2 en la tercera edad.
- Lograr un cambio de creencias sobre la génesis de la enfermedad.

2.2.5 Metas

- Impartir el 100% de las sesiones programadas a las 35 personas adultas mayores beneficiarias del proyecto (cuidados alimentarios, práctica de cocina).
- Conseguir que el 70% los adultos mayores hagan un cambio en sus patrones alimentarios diarios a favor de su salud.
- Lograr un cambio de creencias sobre la génesis de la enfermedad en el 70% de las beneficiarias.

2.2.6 Plazos

El proyecto inició su marcha el 18 de marzo de 2011 y concluyó el 17 de junio de 2011, las sesiones se impartieron los días viernes de 10:00 am a 11:00 pm en el salón de usos múltiples del INAPAM específicamente con el grupo “ojo de agua” de la delegación Coahuila. El resto de la semana se utilizó para la elaboración de materiales a utilizar en cada una de las sesiones a impartidas.

2.2.7 Localización física

El proyecto se implementó en las instalaciones del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) delegación Coahuila, ubicado en Félix U. Gómez e Hidalgo S/N, fraccionamiento ojo de agua, Saltillo Coahuila.

2.2.8 Población beneficiada.

Beneficiarios directos:

- Los adultos mayores del grupo ojo de agua del INAPAM Coahuila.
- El Instituto Nacional de Las Personas Adultas Mayores.

Beneficiarios indirectos:

- Las familias de los adultos mayores.

2.2.9 Actividades

Intervención

- Hacer un diagnóstico inicial sobre el tipo de alimentación de los beneficiarios.
- Impartir pláticas educativas sobre las formas de prevenir la diabetes por medio de la alimentación
- Realizar dinámicas educativas que permitan evaluar el conocimiento adquirido por los participantes.
- Realizar talleres prácticos de cocina basados en la dieta para diabéticos con la finalidad de que los participantes apliquen los conocimientos adquiridos en cada sesión.

Evaluación

- Aplicar el cuestionario prácticas y creencias sobre estilo de vida para evaluar los cambios a raíz de la intervención.
- Elaborar la base de datos para analizar los resultados del cuestionario.
- Realizar 2 grupos focales para evaluar la satisfacción y el cambio de creencias en torno a la enfermedad.
- Transcribir y analizar la información de los grupos focales.

2.2.11 Recursos:

a) Humanos

- 1 Trabajador Social
- 1 instructor de cocina.
- 35 adultos mayores.

b) Recursos Materiales

Recursos		
b)Materiales	Precio unitario	Total
3 paquetes de hojas de máquina	\$55.00	\$165.00
36 marcadores "acua color"	\$250	\$250.00
8 Pritts	\$8.00	\$64.00
20 plumas	\$29.50	\$29.50
24 lápices	\$30.00	\$30.00
7 posters	\$7.00	\$49.00
2 cintas adhesivas	\$12.00	\$12.00
3 carpetas múltiples	\$30.00	\$90.00
2 cajas de clips mariposa	\$15.00	\$30.00
2 cajas de clips delgados	\$5.00	\$10.00
5 paquetes de hojas de máquina	\$55.00	\$275.00
4 borradores	\$2.00	\$8.00
4 pintarrones	\$22.00	\$22.00
400 copias	\$0.30	\$120.00
200 impresiones blanco y negro	\$2.00	\$400.00
150 impresiones a color	\$6.00	\$900.00
10 pliegos de papel bond	\$3.00	\$30.00
5 pliegos de papel marquilla	\$2.50	\$12.50
2 paquetes de hojas opalinas	\$85.00	\$170.00
1 juego de geometría	\$25.00	\$25.00
3 pliegos de fieltro	\$2.00	\$6.00

8 botes de pintura acrílica para tela	\$10.00	\$80.00
5 pinceles	\$5.00	\$25.00
1 compás grande	\$45.00	\$45.00
1 caja de gises	\$7.00	\$7.00
10 pliegos de mica fría	\$12.00	\$120.00
5 metros de papel contact	\$7.00	\$35.00
5 metros de cinta adhesiva velcro	\$1.50	\$7.50
1 paquete de seguritos pequeños	\$7.00	\$7.00
6 metros de hilo dorado	\$1.00	\$6.00
67 frutas de plástico	\$130.00 (caja)	\$130.00
24 huevos (1 pqte.)	\$36.00	\$36.00
1 kg de plátano	\$6.00	\$6.00
1kg de manzana	\$16.00	\$16.00
½ kg de calabacita	\$8.00	\$8.00
½ kg de zanahoria	\$4.00	\$4.00
1 melón	\$12.00	\$12.00
3 botellas de agua	\$5.00	\$15.00
1 papaya	\$20.00	\$20.00
2 paquetes de platos desechables	\$12.00	\$24.00
2 paquetes de vasos desechables	\$10.00	\$20.00
1 paquete de tenedores	\$8.00	\$16.00
2 kg de soya	\$16.00	\$32.00
1 litro de vainilla	\$28.00	\$28.00
½ kg de sal de mesa	\$5.00	\$5.00
Total		\$3,402.50

c) Técnicos

1 cañón **
1 lap top ***
1 salón
1 impresora ***
1 cámara de video ***

1 cámara fotográfica ***
1 licuadora *
1 estufa *

* Estos recursos pertenecen a la institución (INAPAM).

** Recurso proporcionado por el cuerpo académico Grupos vulnerables.

***Recurso propio del planificador del proyecto.

2.3 Implementación y operación del proyecto

En este apartado se describen las acciones realizadas durante el desarrollo del presente proyecto, dentro de las cuales se encuentran los criterios de toma de decisiones, así como los obstáculos y fortalezas que se encontraron a lo largo del desarrollo del mismo. Es evidente la importancia de la gerencia social en la construcción de políticas sociales eficientes y eficaces ya que se ha convertido en una herramienta necesaria para poder lograr procesos participativos entre los diversos actores sociales, así mismo permite basarse en criterios de equidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad, que permitan orientar la toma de decisiones, las acciones a seguir y el seguimiento y evaluación de los resultados alcanzados. La eficiencia y la eficacia comportan la capacidad de operacionalizar lo previsto y se convierten en una disposición por abandonar las ideas que se revelan como obsoletas e inútiles, al mismo tiempo que implican la capacidad del gerente de generar nuevas ideas, nuevas propuestas y nuevos modelos de actuación de ser necesario (Mokate, 1999).

Para efectos del proyecto de capacitación en el adulto mayor, la gerencia social es una herramienta indispensable para diseñar estrategias de acción eficaces, encaminadas hacia la mejora continua del proceso de ejecución, la acción social que pretende lograr un cambio no debe dejar de lado la participación de quienes lo realizan y quienes se benefician con la intervención. Toda acción social implica introducir racionalidad y organización dentro del proceso con la finalidad de llegar a cumplir un fin último. La gerencia permite tener una visión más clara sobre cómo realizar un proyecto debido a que éste necesita de una coordinación, monitoreo y evaluación y sobre todo una participación consciente encaminada a lograr el cambio (Mokate, 1999).

Aguilar (2001) plantea que un proyecto se refiere a un conjunto interrelacionado de actividades concretas coordinadas entre sí, con la finalidad de producir determinados bienes y servicios que satisfagan necesidades o resuelvan problemas; de ahí la necesidad de hacer uso de las herramientas de la gerencia social para coordinar a las instituciones con los demandantes. Esto implica abrir espacios públicos de desarrollo dirigidos a mejorar el bienestar individual y colectivo de la población, que es lo que busca tanto la gestión social como los proyectos sociales.

La gerencia social permite al responsable del proyecto convertirse en un gerente social capaz de resolver problemáticas basándose en procesos de participación y descentralización, generando una conciencia colectiva donde se reconozca que el individuo tiene voz y voto en la toma de decisiones enfocadas hacia las políticas sociales que se implementan en su comunidad. Los proyectos sociales y la gerencia social se asemejan en tanto que ofrecen posibilidades de empoderamiento del individuo en los espacios de toma de decisiones e intervención, por lo cual ésta debe desarrollarse dentro de diversos campos (salud, educación, seguridad social, etc.) que permitan la vinculación de actores institucionales con colectivos sociales, lo que permite que se genere un consenso y un reconocimiento mutuo entre las partes, siempre y cuando los individuos se asuman como titulares de derecho y puedan participar en la esfera institucional de la que forman parte.

En síntesis, la gerencia social es de vital importancia en tanto que permite lograr un diagnóstico institucional y comunitario, el cual trae como consecuencia que el responsable de cualquier proyecto pueda ser capaz de ejecutar una política social eficiente y eficaz acorde a las necesidades reales de la población, así mismo permite estar a la vanguardia en los cambios que se van generando antes, durante y después del proceso de intervención.

Para lograr dichos cambios es necesario intervenir de una manera específica y agradable para lograr los cambios de conducta deseados según Albert (2011) la conducta depende de las consecuencias que derivan de ella. Por ello al momento de iniciar el proceso de capacitación se identificaron los juegos o dinámicas que eran del agrado de quienes participaron en el proceso ya que de estos medios derivaron las consecuencias positivas y agradables; según la autora las

personas tienden a repetir aquellas conductas que van seguidas de un beneficio o recompensa no estrictamente material sino emocional. Del uso de estas actividades dependió la enseñanza eficaz. A continuación se detallan los aspectos de la gerencia social practicados durante la implementación del proyecto.

Durante noviembre de 2010 se inició la inmersión en la búsqueda de las problemáticas del adulto mayor, durante este proceso de inmersión en la bibliografía se encontraron evidencias de la falta de proyectos de capacitación alimentaria en los adultos mayores para la prevención y control de enfermedades crónicas degenerativas, debido a la focalización de programas a población más joven. Es así como se decidió poner en marcha el proyecto de capacitación alimentaria como forma de prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en las adultas mayores.

En primera instancia se pensó intervenir con este proyecto en la población beneficiaria del INDIGEM² de Saltillo, pero posteriormente se decide hacer cambios puesto que tras un diagnóstico previo a la inmersión dentro de la institución, se pudo identificar que no era una necesidad propia de esta población, puesto que los beneficiarios eran personas con menor dificultad para acceder a los alimentos adecuados, ya que llevaba un control en el comedor y con el doctor del mismo instituto lo cual evidenció la falta de interés de las personas en dicho proyecto. Finalmente el proyecto se llevó a cabo en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), institución de la cual ya se tenía un antecedente previo por visitas diagnósticas a inicios del diseño del proyecto, sin embargo se encontraron muy pocas personas con el problema de diabetes. Es así como al volver a la inmersión de la bibliografía, se enciende un foco de alerta que llamaba hacia la intervención primaria, es decir hacia la prevención, puesto que la gente que padece diabetes y lo sabe, lleva un control ya sea medico o personal; de allí la idea de girar el proyecto hacia la intervención primaria, donde surge la capacitación alimentaria como forma de prevención. Antes de poner en marcha el proyecto, se realizó un diagnóstico en esta institución, con la finalidad de que las necesidades de la población que se preveían en el proyecto, fueran las mismas que identificaban los beneficiarios respecto a la alimentación y las enfermedades crónico degenerativas. Este diagnóstico se realizó del 11 al 25 de febrero de 2011.

² Instituto de Desarrollo Integral para la Gente Mayor

Durante este proceso se encontró que eran pocas las personas que padecían diabetes, pero los beneficiarios evidencian la necesidad de conocer más sobre las enfermedades crónicas degenerativas para prevenirlas. Este aspecto de vital importancia justificó el giro en el proyecto por lo cual el objetivo se dirigió ya no al control, sino a la prevención de la diabetes tipo dos, esto respaldado sobre evidencia teórica que se analiza antes de la intervención.

Otro obstáculo presentado durante este proceso fue la falta recursos técnicos en la institución para la proyección de las sesiones educativas; sin embargo, se logra obtener el apoyo del cuerpo académico “grupos vulnerables” de la Facultad de Trabajo Social de la UA de C, el cual proporcionó el material técnico para que se llevaran a cabo las sesiones con el material adecuado, ya que con el uso de rotafolios se perdía la atención siendo que se trabajó con adultos mayores los cuales en su mayoría presentaban problemas de la vista.

En el proceso se hizo evidente no solo la falta de los recursos técnicos, sino también de recursos humanos, esto debido a que el instructor de cocina solo se encuentra por temporadas en la institución; sin embargo, al hacer parte a los beneficiarios de este problema, se encontró que dentro de ellos había gente que tenía experiencia en la preparación de comidas saludables, las cuales se interesaron en participar enseñando a sus demás compañeras a preparar dichas comidas, este proceso hizo evidente el interés de las personas en aprender y enseñar cosas que mejoran su salud y la de sus compañeros, lo cual convirtió los talleres en un proceso participativo, el cual surgió de una necesidad evidente y de la toma de decisiones en conjunto.

Después de resolver cada una de estas circunstancias se procedió a impartir cada una de las sesiones de capacitación enfocadas a la prevención de la diabetes, se iniciaron las actividades con el registro de los interesados a participar en el proyecto el día 16 de marzo, donde se registran solo 25 personas, sin embargo para el 18 de marzo se tuvo un aumento de hasta 40 personas pero no todas ellas fueron constantes en los días de actividad de la institución (miércoles y viernes), por lo cual se quedó el número de integrantes en 35 personas que son las que asistieron a las sesiones continuamente los días viernes de cada semana.

El día 21 de marzo se realizó la presentación del proyecto. En esta misma sesión se presentaron los participantes por medio de una dinámica la cual denominamos la telaraña, en la cual se

obtuvieron muy buenos resultados ya que los participantes expresaron su interés por participar en el proyecto, en un principio se integró un beneficiario del sexo masculino el cual pertenece al club de ajedrez, sin embargo en la segunda sesión ya no participó debido a su otra actividad, por lo cual el proyecto se consolidó solo con mujeres adultas mayores.

En la segunda sesión se impartió el tema de alimentación correcta; se inició con la entrega de gafetes a los participantes, posteriormente se dio la plática de alimentación correcta, cuyo objetivo fue dar a conocer los conocimientos básicos de alimentación y nutrición que fuesen de utilidad para prevenir y controlar la diabetes. Se empezó con la capacitación alimentaria puesto que antes de dar a conocer el tema de diabetes era necesario que los adultos mayores adquirieran las nociones básicas sobre alimentación. La plática se impartió en un lapso de 15 minutos, en la segunda parte se realizó una actividad dinámica en la cual se pidió a los participantes que representaran un buen y/o un mal hábito alimenticio. Esta sesión ayudó a evaluar los conocimientos que adquirieron en la plática antes dada, aunque no todas participaron en la representación por el tiempo, se les pudo evaluar puesto que participaron juzgando si se realizaban buenos o malos hábitos alimenticios.

Durante la tercera sesión se impartió el tema de “micro nutrimentos”, en la cual se expusieron los beneficios de cada uno de las vitaminas y minerales que se obtienen de los alimentos. Este tema causó un poco de revuelo en los participantes ya que la noción “micronutrientes” era algo nuevo para ellos, no obstante prestaron mucha atención a lo expuesto. Como dinámica se puso “el plato del buen comer”, del cual también se expuso referencia teórica durante la plática. La dinámica consistió en que los participantes identificarán a cual grupo pertenecía cada uno de los alimentos dentro del plato del buen comer. Un aspecto importante en esta sesión fue que la mayoría de ellas supieron colocar cada una de las figuras en su lugar correspondiente.

La actividad número cuatro en primera instancia se tenía contemplada para el día 8 de abril, sin embargo por motivos de ensayos para las olimpiadas estatales del adulto mayor, no se llevó a cabo esta sesión y se recorrió para el día 15 de abril. El tema correspondiente a esta sesión fue la higiene (de los alimentos, personal y de la vivienda). Al inicio se impartió la plática con el objetivo de dar a conocer a los participantes las principales reglas de higiene personal, de los

alimentos y la vivienda con la finalidad de que aprendieran los beneficios de mantener un ambiente limpio y adecuado. Como dinámica se hizo "el comercial". Esta dinámica sirvió para evaluar lo aprendido en las clases anteriores y durante esta sesión, la dinámica consistía en que por equipos realizarían una actividad donde debían vender la idea del porque cuidar la higiene y la alimentación.

Los días 22 y 29 de abril no hubo sesión de capacitación debido a que los beneficiarios toman sus vacaciones de semana santa, sin embargo se reanudan actividades el día 6 de mayo donde se inicia con la plática donde las compañeras conocen los beneficios de la soya y un grupo de ellas se interesa en aprender a elaborar leche de soya, esta actividad estuvo a cargo de una de las beneficiarias que fue quien enseñó a elaborar dicho producto a las demás participantes, sólo un grupo de 10 personas elaboró este producto debido a que el espacio es muy reducido y solo hay una estufa en la institución de allí que las demás solo observaron y anotaron los procedimientos mientras que las demás preparaban el producto.

En la sesión seis correspondiente al 13 de mayo se les enseñó como leer las etiquetas de los alimentos. Durante esta plática ellas rompen la creencia que al comprar un producto solo se debe leer la fecha de caducidad. Aprendieron que es necesario leer la etiqueta nutricional para conocer los ingredientes, las calorías y los tamaños de la porción; además, se les señaló que de no traer etiqueta el alimento es necesario leer la lista de ingredientes, para saber qué es lo que están consumiendo. Como dinámica se hizo la actividad "vamos de compras" la actividad se había planeado para hacerla fuera del instituto, es decir en un centro comercial, sin embargo las condiciones de transporte impedían el traslado de las personas hacia el súper mercado, por lo cual se improvisó un carrito de despensa al cual se le colocan alimentos desde lácteos, embutidos, cereales, jugos etcétera; la finalidad última de esta dinámica fue identificar si los participantes habían aprendido a leer las etiquetas pudiera, se tuvieron resultados favorables puesto que la mayoría supo identificar las partes a leer en una etiqueta, desde el tamaño de la porción hasta el contenido de vitaminas y minerales.

En la sesión siete del día 20 de mayo se impartió el tema de hipertensión, se ofreció este tema a petición de las participantes puesto que muchas de ellas tienen hipertensión. El objetivo de esta

sesión fue dar a conocer las causas y consecuencias de la hipertensión, así como los principales cuidados que se deben de seguir para controlar y detectar la enfermedad. En esta sesión como dinámica se hace “la lotería” en ella se incluyen aspectos de la alimentación, de la diabetes y de la hipertensión, el objetivo era que ellas reconocieran dichos aspectos por medio de representaciones graficas.

El día 27 de mayo se pospuso la sesión debido a un festejo sorpresa que las participantes realizan a la trabajadora social líder del grupo, por lo cual solo se les entrega un huevo a cada una de las participantes el cual debería ser entregado intacto el día 1 de junio; a cada huevo se le colocó una marca para evitar trampas, el compromiso era cuidar del huevo durante el margen del día 27 de mayo al 1 junio, el trabajo era entregar el huevo intacto a reserva de que podían hacerle modificaciones como pintarlo, disfrazarlo etcétera; esta actividad estuvo fundamentada en la enseñanza del auto cuidado el cual implica proporcionar y vivir experiencias que permitan reconocer y valorar el estado de salud de una persona. Con ella se buscó generar una mayor responsabilidad por parte de la persona respecto a su propio cuidado y que de acuerdo con Sánchez-Gavito (2002) las personas adultas mayores están cada vez más interesadas en informarse sobre sus problemas de salud con la finalidad de controlarlas y prevenirlas.

Finalmente en esta reunión se impartió el tema 1 de la diabetes; se dejó para el final esta temática debido a que la secuencia del proyecto planteaba que primero se debían de impartir las sesiones de capacitación alimentaria para después confrontar dichos conocimientos con los aspectos de prevención de la diabetes por medio de la alimentación.

En primera instancia se impartió el significado de diabetes, sus causas y síntomas, posteriormente se procedió a la dinámica la cual consistía en que presentarían su huevo y platicarían su experiencia durante el cuidado del mismo, hubo desde personas que dijeron que les fue difícil por el temor de romperlo, no obstante hubo quienes lo disfrazaron de bebe, pájaro, pato, fresa, chilindrina, flor, santa Claus, conejo, niño y algunas otras lo pintaron. La reflexión que al final se les hizo fue que así como cuidaron y se responsabilizaron de ese huevo, tienen el compromiso de cuidarse a sí mismas previniendo la diabetes a través del cuidado de su alimentación y su salud.

Esta reflexión incitó a que ellas externaran su opinión respecto a los cambios que deben de hacer para evitar esta enfermedad.

En la segunda parte del tema de diabetes se les expuso las consecuencias y medidas que deben de seguir para prevenir dicha enfermedad, en primera instancia se les habló del pie diabético, rinopatía, insuficiencia renal y demás enfermedades que aparecen como consecuencia de la diabetes; posteriormente se les habló de las medidas preventivas que deben de seguir para prevenir la diabetes dentro y fuera de casa, de las visitas a los restaurantes, la preparación y consumo de los alimentos entre otros. Este aspecto dio pie a que las participantes expusieran ciertas dudas respecto al tema e inclusive platicaron experiencias con familiares que padecen la enfermedad y señalan que las pláticas les han servido para ayudarles e informarles sobre las medidas que deben de seguir para controlar su problema.

La última actividad estuvo dirigida a los familiares de las personas beneficiarias ya que el objetivo fue que las participantes del proyecto transmitieran los conocimientos aprendidos, la dinámica estuvo basada en una capacitación alimentaria impartida por las beneficiarias del proyecto hacia sus propias familias, dicha actividad permitió identificar una evolución significativa en el patrón alimenticio de las personas.

Esta actividad estuvo fundamentada en lo que plantea Campos respecto a que el ambiente familiar en que la persona vive contribuye a formar la personalidad, a construir modelos y formas de comportarse, de hablar y de comer. Es evidente que los hijos tienden a imitar los que los padres hacen ya sea positivo o negativo (Campos, 2008); los hijos suelen alimentarse como la madre lo hace y los adultos mayores por ser personas gustosas de la preparación de la comida han transmitido conocimientos a lo largo de su vida a los miembros de la familia; este proceso se vuelve tan importante para cada una de las personas de tal manera que se hace necesario transmitir los nuevos conocimientos adquiridos para que los familiares reconozcan la capacidad de los adultos mayores de aprender cosas nuevas en la tercera edad.

Cabe señalar que de estas sesiones se cuenta con evidencias en video, fotos y grabaciones que serán presentadas posteriormente en los resultados de la evaluación.

2.4 Planeación de actividades

Cada sujeto es constructor de su propio aprendizaje, el proyecto solo proporcionó técnicas y herramientas para que dicho paso fuera fácil y motivador. Cuando se inicia un proceso de capacitación es necesario tener en cuenta las características de las personas con las que se trabaja, por ello cada una de las actividades incluidas en este proceso fueron planeadas de tal manera que se convirtieran en un medio efectivo para llegar a los objetivos deseados. Aunque pareciera tener un enfoque recreativo, sin embargo, por tratarse de adultos mayores era de vital importancia encontrar un medio divertido de aprender cosas nuevas en torno a la alimentación. De acuerdo con García (2000), las conductas cuyas consecuencias son gratificantes, agradables o percibidas de manera positiva son las que tienden a mantenerse a lo largo del tiempo.

Cada una de estas actividades estuvo planeada en base al Modelo de Creencias en Salud (MCS), el cual considera que el éxito depende del valor que le da cada individuo al cuidado de su salud y a la prevención de la enfermedad, siempre y cuando se considere susceptible a padecer la diabetes; es decir, el éxito del proyecto dependerá de la creencia o percepción que tenga el individuo de que la diabetes causada por la mala alimentación es suficientemente grave como para considerar cambiar de hábitos y prevenir la enfermedad.

Las actividades a seguir en este proyecto se basaron en las siguientes premisas:

Susceptibilidad percibida: consistió en definir a la población con la que se trabajaría y en diagnosticar sus hábitos alimenticios (evaluación inicial); gravedad percibida: consistió en transmitir los conocimientos necesarios respecto a la gravedad de padecer diabetes; beneficios percibidos: en un primer momento se impartió la capacitación alimentaria adecuada para la población mexicana para posteriormente orientar sobre las causas y consecuencias de la diabetes y así cada uno de los participantes identificaran que tan benéfico era el hacer ciertos cambios en la alimentación; la detección de barreras percibidas dependió de la autoevaluación de cada una de las personas.

En cada una de estas actividades se incluyeron algunas técnicas grupales ya que de acuerdo con Gómez (2007) permiten a los coordinadores conocer el nivel de participación y las características de las personas con quien empezará a trabajar; dichas técnicas permiten crear un ambiente

cómodo para el desarrollo de la intervención por lo cual el proyecto se inicia con una técnica de presentación grupal llamada la telaraña en la cual se motivaba a participar presentándose ante los demás participantes (*ver anexo 4*).

Al tratarse de un proyecto de capacitación alimentaria se impartieron temas de información sobre los hábitos y costumbres alimentarias benéficas y perjudiciales para la salud. Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar (CENAMEEC, 1999). En los adultos mayores los hábitos suelen estar más arraigados puesto que tienen mayor tiempo practicándolos, no obstante este, esto no quiere decir que no se puedan volver aprender nuevas costumbres alrededor de la salud y la alimentación familiar; por ello la dinámica “mis hábitos” (*ver anexo 3*) permite hacer una reflexión sobre la manera en cómo los participantes han estado alimentándose.

La compra de alimentos es otro de los factores que influyen en el proceso de alimentación por esta razón debe ser una actividad que permita organizar y tomar teniendo presente que, si se elige y compra bien, se puede lograr una mejor alimentación para uno mismo y para el resto de la familia. Comprar con criterio a veces se torna difícil, ya que son muchos los motivos que llevan a la elección o preferencia de alimentos inadecuados, principalmente los ricos en grasas saturadas y azúcares simples, y pobres en fibra. Por ejemplo: cuando se cuenta con poco tiempo para realizar la compra, o cuando se compra al tener el estómago vacío. Por lo general al ir al super mercado se eligen alimentos de bajo costo o de preferencia de quien compra; sin embargo pocas veces se toman en cuenta las propiedades nutricionales de dichos alimentos; por lo cual es necesario que las personas aprendan a leer las etiquetas nutricionales que están en los alimentos así como la lista de ingredientes, ya que de esta manera se pueden hacer elecciones más saludables y acorde al estado de salud de la familia; la etiqueta nutricional puede ayudar a determinar como un producto en particular contribuye o puede afectar la dieta.

Lo anterior hace necesaria esta actividad ya que permitirá a los beneficiarios conocer e informarse sobre los medios para elegir los alimentos más adecuados para ellos (*ver anexo 4*).

la familia, este proceso se vuelve tan importante para cada una de las personas de tal manera que

Según Bandura (1977), la conducta depende de las consecuencias que derivan de ella. Por ello es necesario que al momento de iniciar el proceso de capacitación se identifiquen los juegos o dinámicas que son del agrado de quienes participaran en el proceso ya que de estos medios derivaran las consecuencias positivas y agradables. Según el autor las personas tienden a repetir aquellas conductas que van seguidas de un beneficio o recompensa no estrictamente material sino emocional. Del uso de estas actividades dependerá la enseñanza eficaz. La lotería por ser uno de los juegos favoritos de las mujeres mexicanas constituye una forma efectiva para promover la prevención de la hipertensión puesto que al repetir cierta información de manera constante esta será reproducida más adelante.

La enseñanza del auto cuidado permite proporcionar y vivir experiencias que permitan reconocer y valorar el estado de salud de una persona. Con ella se busca generar una mayor responsabilidad por parte de la persona respecto a su propio cuidado. De acuerdo con Sánchez-Gavito (2002), las personas adultas mayores están cada vez más interesadas en informarse sobre sus problemas de salud con la finalidad de controlarlas y prevenirlas. Por ello la dinámica *el huevo* permitió a los adultos mayores reconocer el valor que tiene para ellos su salud. Este alimento por ser un objeto frágil fácil de romperse representa la salud de cada uno de ellos, la cual entre más movimiento este mayor será el riesgo de romperse. Después de los 60 años las personas se convierten en un huevo frágil, son vulnerables ante muchas enfermedades y dependerá de ellos mantenerse sanos y prevenir dichas enfermedades. Esta dinámica enriquece la enseñanza en la vejez ya que anticipa la información para predecir los cambios y mantenerse capaces de responder a ellos; debido a que en cierto modo consiste en desandar lo andado es decir consiste en adquirir nuevos aprendizajes para mejorar la salud previniendo enfermedades.

El ambiente familiar en que la persona vive contribuye a formar la personalidad, a construir modelos y formas de comportarse, de hablar y de comer. Es evidente que los hijos tienden a imitar los que los padres hacen ya sea positivo o negativo (Campos, 2008); los hijos suelen alimentarse como la madre lo hace y los adultos mayores por ser personas gustosas de la preparación de la comida han transmitido conocimientos a lo largo de su vida a los miembros de

la familia; este proceso se vuelve tan importante para cada una de las personas de tal manera que se vuelve necesario transmitir los nuevos conocimientos adquiridos para que los familiares reconozcan la capacidad de los adultos mayores de aprender cosas nuevas en la tercera edad y para obtener un impacto indirecto en las familias.

La evaluación de proyectos sociales para investigar sistemáticamente la efectividad de proyectos de intervención social diseñados para mejorar condiciones sociales de un grupo de población (Bertrand, 2006). La evaluación de proyectos en un sentido amplio también puede ser entendida como una actividad periódica, que permite dimensionar la relevancia del proyecto, su desempeño, eficiencia e impacto en relación a los objetivos del mismo (Nopo Y Robles, 2002). Para efectos de este proyecto se utilizaron dos metodologías de evaluación una cuantitativa y una cualitativa.

3.2.1 Metodología del Marco Lógico

Los indicadores utilizados para la evaluación cuantitativa y cualitativa se presentan en la Matriz de Marco Lógico (ver anexo 1) la cual se elaboró tomando en cuenta el árbol de objetivos y el árbol de problemas (ver anexo 2 y 3). En la matriz se pueden observar cada uno de los indicadores a evaluar para ambos métodos. El Marco Lógico tiene su origen a principio de los años 70, se empezó a utilizar en los programas y proyectos con el propósito de evitar tres problemas frecuentes: la presencia de múltiples objetivos, la inclusión de actividades no necesarias para su logro y los fracasos causados por la falta de métodos para el seguimiento y control. Para este proyecto se utilizó con la finalidad de definir los indicadores que se utilizarían para constatar si se cumplió con el objetivo propuesto.

3.2.3 Enfoque cuantitativo

Las evaluaciones en el ámbito nutricional iniciaron en 1992 cuando se realizó la primera conferencia internacional sobre métodos de evaluación dietética, la cual tuvo como finalidad promover el intercambio de información a nivel nacional e internacional para así fomentar la investigación sobre métodos para recolectar y analizar la información nutricional (Zacarias, 2007). Dicha conferencia trajo como resultado el establecimiento de un listado de prioridades de investigación para conducir diversos estudios en esta área. Entre las cuales destaca: el desarrollo

CAPITULO 3. EVALUACIÓN DEL PROYECTO

3.1 Metodología de evaluación

Es muy importante el uso de metodologías de evaluación de proyectos sociales para investigar sistemáticamente la efectividad de proyectos de intervención social diseñados para mejorar condiciones sociales de un grupo de población (Bertrand, 2006). La evaluación de proyectos en un sentido amplio también puede ser entendida como una actividad periódica, que permite dimensionar la relevancia del proyecto, su desempeño, eficiencia e impacto en relación a los objetivos del mismo (Ñopo Y Robles, 2002). Para efectos de este proyecto se utilizaron dos metodologías de evaluación una cuantitativa y una cualitativa.

3.2.1 Metodología del Marco Lógico

Los indicadores utilizados para la evaluación cuantitativa y cualitativa se presentan en la Matriz de Marco Lógico (*ver anexo 1*) la cual se elaboró tomando en cuenta el árbol de objetivos y el árbol de problemas (*ver anexo 2 y 3*). En la matriz se pueden observar cada uno de los indicadores a evaluar para ambos métodos. El Marco Lógico tiene su origen a principio de los años 70, se empezó a utilizar en los programas y proyectos con el propósito de evitar tres problemas frecuentes: la presencia de múltiples objetivos, la inclusión de actividades no necesarias para su logro y los fracasos causados por la falta de métodos para el seguimiento y control. Para este proyecto se utilizó con la finalidad de definir los indicadores que se utilizarían para constatar si se cumplió con el objetivo propuesto.

3.2.3 Enfoque cuantitativo

Las evaluaciones en el ámbito nutricional inician en 1992 cuando se realizó la primera conferencia internacional sobre métodos de evaluación dietética, la cual tuvo como finalidad promover el intercambio de información a nivel nacional e internacional para así fomentar la investigación sobre métodos para recolectar y analizar la información nutricional (Zacarias, 2007). Dicha conferencia trajo como resultado el establecimiento de un listado de prioridades de investigación para conducir diversos estudios en esta área. Entre las cuales destaca: el desarrollo

de métodos más eficientes y de menor costo para la recolección y análisis de la ingesta de alimentos.

Entre los métodos de recolección y análisis de la ingesta destaca la frecuencia alimentaria la cual tiene como principal objetivo conocer el consumo de alimentos que señala el plato del buen comer o anteriormente la pirámide alimentaria. Con el cuestionario de frecuencia alimentaria se puede identificar el déficit en el equilibrio alimentario del individuo, sin necesidad de realizar pruebas químicas o antropométricas. Siguiendo a García y Martínez (2005), los cuestionarios de frecuencia de consumo permiten obtener información sobre la cotidianidad del uso de los alimentos incluidos en una lista establecida. Dichos cuestionarios pueden ser diseñados de tal forma que puedan ser auto administrados, previendo las capacidades de quien los contesta.

De acuerdo con García y Martínez (2005), la evaluación debe realizarse desde etapas iniciales de cualquier programa incluidos los de nutrición comunitaria, esto con la finalidad de determinar el de conocer los hábitos alimenticios de los posibles beneficiarios.

Se utiliza la metodología cuantitativa, con el fin de analizar si el proyecto cumplió o no con los objetivos especificados desde su diseño. Para ello se planteó una evaluación de corte cuasi-experimental, con la cual se buscó identificar los cambios alimentarios antes y después de la intervención. Para ello se aplicó nuevamente el cuestionario de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002) utilizado para la evaluación diagnóstica, se aplicó a las 35 personas beneficiarias las cuales tenían las siguientes características: eran personas mayores de 60 años que participaron en todas las sesiones de capacitación, para evita los sesgos de selección se aplicó el cuestionario a todos los participantes si excepción alguna.

El cuestionario tuvo como objetivo analizar la frecuencia de consumo de 9 alimentos, clasificándose en las siguientes categorías consumo a) 1-2 veces por semana, b) 3-4 veces por semana, c) 5 a 6 veces por semana y d) Más de 7 veces por semana. Adicional a estas preguntas se incluyen, consumo de agua, horario para cada comida para identificar dichos cambios ser realiza una comparación de medias, en el programa SPSS.

Dicho cuestionario analizó la frecuencia de consumo de 9 alimentos, clasificándose en las siguientes categorías consumo a) 1-2 veces por semana b) 3-4 veces por semana c) 5 a 6 veces por semana d) Más de 7 veces por semana. Adicional a estas preguntas se incluyen, consumo de agua, horario para cada comida; además de los datos sociodemográficos del entrevistado como: edad, sexo, escolaridad y estado civil. Cada pregunta fue validada en base a cuestionarios ya aplicados y que están relacionados con el mismo tema de investigación; se utilizan estos cuestionarios para llevar una línea de base exacta en cuanto a la investigación realizada. Este cuestionario se aplicó también al final de la intervención para comparar los resultados después de la intervención del proyecto

3.2.4 Enfoque cualitativo

Dada la necesidad de explorar las probabilidades de éxito de las intervenciones primarias en el ámbito de salud de la tercera edad, se utilizó la evaluación cualitativa ya que ésta permitió dar cuenta de las creencias que tienen las adultas mayores sobre la diabetes, sus complicaciones, origen, síntomas y medidas de prevención tomadas posterior a la intervención. La técnica para la recolección de información fue el grupo focal el cual tiene origen en la tradición norteamericana aplicada principalmente a los estudios sobre televisión y marketing, su finalidad es recopilar la mayor cantidad de información posible sobre un tema definido (Romo y Castillo (2002) por su parte Picado refiere que esta técnica contribuye a comprender las actitudes, conocimientos y valores de los grupos (Picado, 2006 y Burgos 2011).

Se incluye la metodología cualitativa ya que frecuentemente los proyectos sociales se analizan solamente desde la perspectiva cuantitativa por ser esta la de mayor demanda en los proyectos de inversión social, sin embargo es evidente la necesidad de complementar esos resultados numéricos con las propias percepciones del individuo; ya que cada quien percibe y practica de manera diferente los conocimientos que se le brindan; cabe señalar que se incluye esta metodología con la finalidad de complementar los resultados cuantitativos ya que como menciona Baker (2000) las metodologías cuantitativas y cualitativas pueden tomarse como alternativas complementarias con la finalidad de que el evaluador se apoye en las fortalezas de cada método para así reducir sus debilidades por separado.

Gráfico 1. Consumo de agua al día

El enfoque cualitativo propone analizar el comportamiento humano tal como ocurre en su ámbito natural, es decir dentro de su propio concepto y ambiente, busca describir e interpretar los fenómenos desde una perspectiva holística (Picado, 2006 y Burgos, 2011). Los métodos cualitativos permiten tener una mayor aproximación entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace, de esta manera puede interpretar la información sin ser influenciado por conceptos o definiciones (Álvarez-Gayou, 2003);

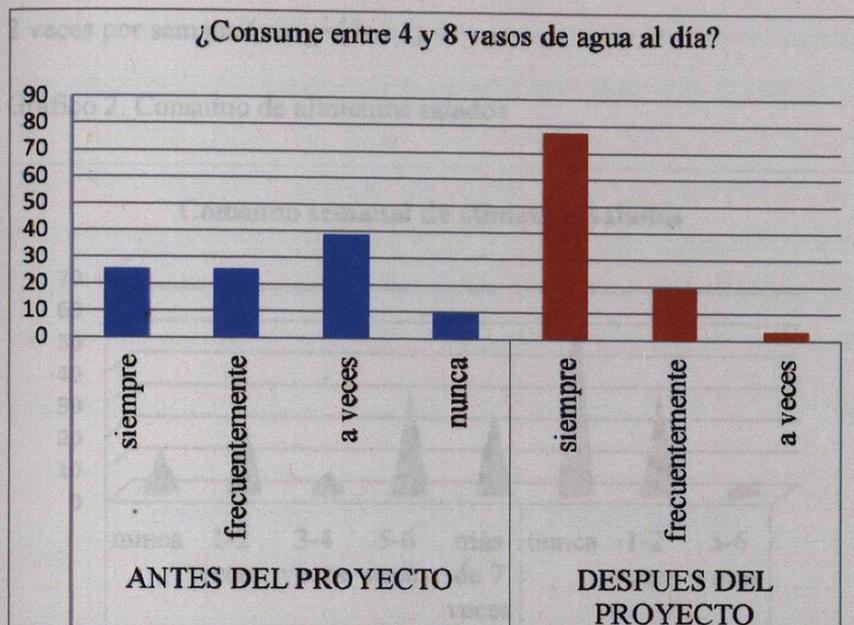
Para esta evaluación se realizó una investigación durante el mes de julio de 2011, que consistió en realizar dos grupos focales para los cuales se elaboró un guión de acuerdo con el modelo de creencias en salud, con el propósito de explorar las razones del por qué las personas adultas mayores no previenen la diabetes. La guía incluyó preguntas formuladas para explorar las creencias de susceptibilidad, complicaciones, barreras y beneficios, además de las señales para la acción incluidas en el modelo utilizado; los dos grupos focales estuvieron formados por personas beneficiarias del proyecto que voluntariamente aceptaron participar, con previo consentimiento informado. Cada grupo focal estuvo compuesto por seis personas, sin tener en cuenta algún criterio de inclusión las personas fueron escogidas al azar.

Las entrevistas fueron audio grabadas y posteriormente se procedió a la transcripción y organización de los datos. Las categorías de análisis empleadas en general fueron creencias de la diabetes, hábitos de alimentación y creencias sobre las causas y consecuencias del descontrol glucémico, así como la percepción de los beneficios del proyecto. Para verificar y validar las categorías se realizó una sesión de discusión con la Doctora Leticia Cabello experta en investigación cualitativa.

3.3 Resultados cuantitativos

Respecto a los resultados de la parte cuantitativa se pudo observar que antes del inicio del proyecto solo el 25.8 % consumía entre 4 y 8 vasos de agua al día, posterior a las sesiones de orientación se dio un cambio notable, puesto que el 77.4% de los beneficiarios manifestaron haber aumentado el consumo de agua en un promedio de 4 a 8 vasos diarios (*ver gráfico 1*).

Gráfico 1. Consumo de agua al día



La nutrición es un factor crítico para la salud del individuo. Para los adultos mayores, la nutrición se convierte en un factor muy importante para mantener su salud física y emocional. Con el paso del tiempo las papilas gustativas desaparecen progresivamente lo que trae como consecuencia la disminución en la capacidad de diferenciar entre dulce y salado (*ver gráfico 2*), este hecho influye en la preferencia alimentaria y puede determinar el consumo excesivo de dulce o salado. Al evaluar en un inicio el consumo de los alimentos salados el 60% manifestó consumirlos en un promedio de 5 a 7 veces por semana; sin embargo, los resultados cambiaron al final de la intervención ya que el 64.5% refiere no consumirlos (en los últimos 7 meses) y el 32.2% lo consume de 1 a 2 veces por semana. Lo anterior pone en evidencia que las pláticas de orientación tuvieron éxito en este aspecto de vital importancia.

Indudablemente en México el consumo de refresco es uno de los hábitos de alimentación más comunes; ya que generalmente las familias mexicanas prefieren el refresco a las aguas naturales; al hacer un diagnóstico respecto al consumo de esta bebida, los resultados reflejaron que el 54.8% tenía un hábito de consumo de 1 a 2 veces por semana; posterior a la intervención el 74.1%

manifiestó no consumirlo en los últimos 7 meses y solo el 22.5% lo utiliza en un promedio de 1 a 2 veces por semana (ver gráfico 3).

Gráfico 2. Consumo de alimentos salados

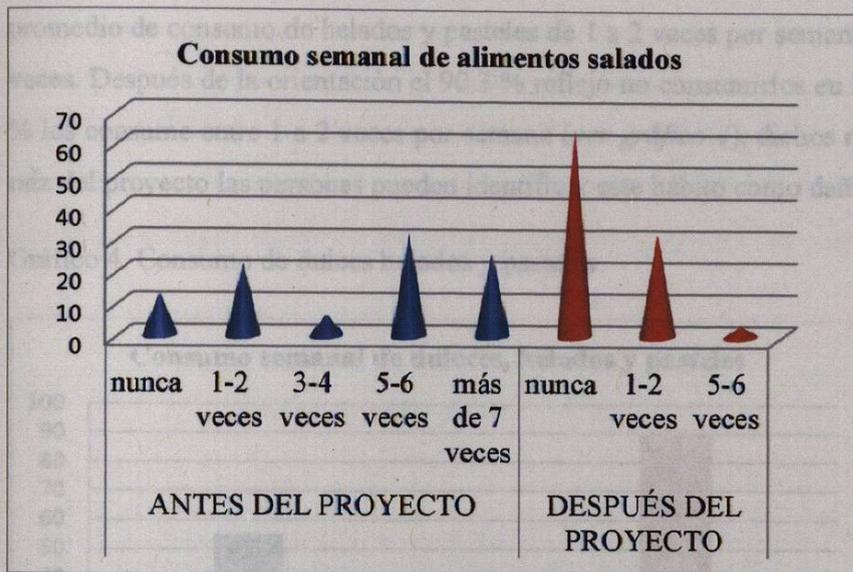
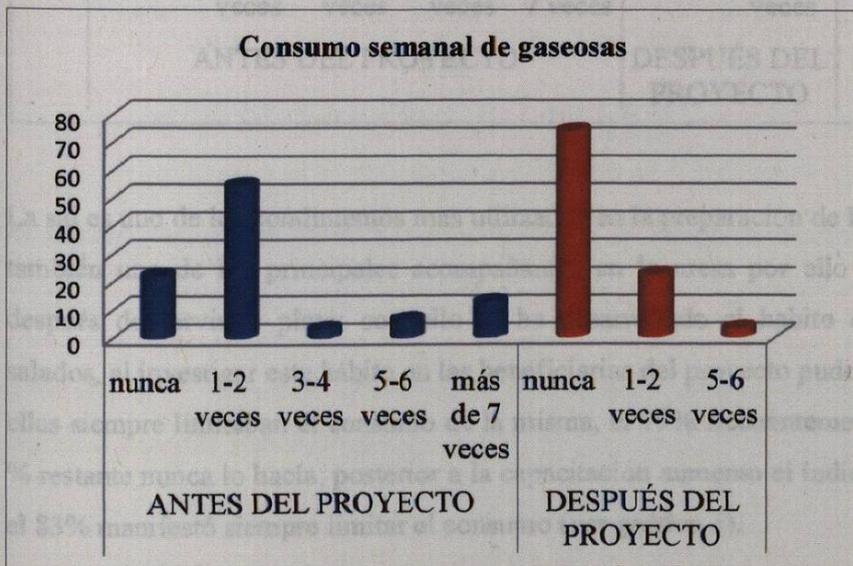
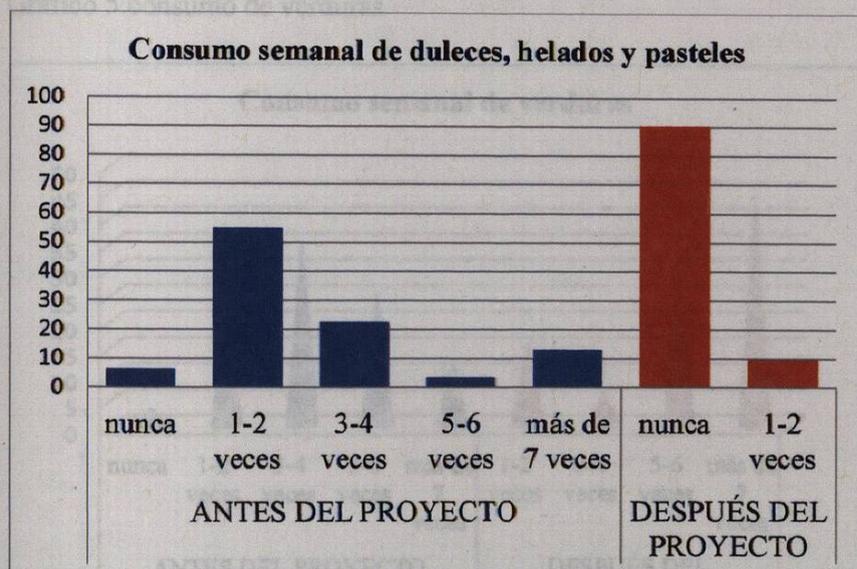


Gráfico 3. Consumo de refrescos



Como se menciona anteriormente la disminución en la capacidad para distinguir los sabores conlleva a que el adulto mayor prefiera consumir ciertos alimentos, entre ellos los pasteles por su alto sabor dulce no obstante, el exceso en el consumo de azúcar es una de las principales causas de la diabetes. Antes de iniciar el proyecto el 54% de las personas beneficiarias tenían un promedio de consumo de helados y pasteles de 1 a 2 veces por semana y el 22.5 % de entre 3 y 4 veces. Después de la orientación el 90.3 % reflejó no consumirlos en los últimos 7 meses y el 9.6 % los consume entre 1 a 2 veces por semana (*ver gráfico 4*), dichos resultados demuestran que a raíz del proyecto las personas pueden identificar este hábito como dañino para su salud.

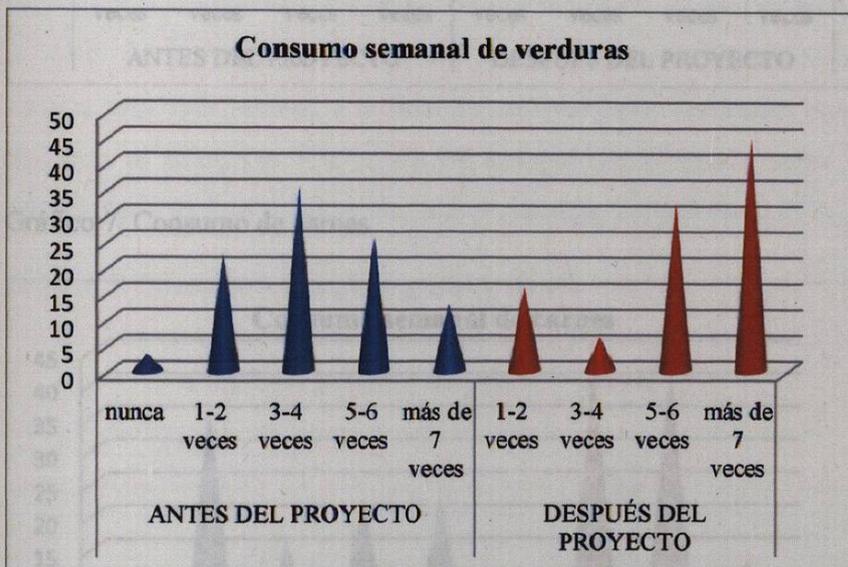
Gráfico 4. Consumo de dulces helados y pasteles



La sal es uno de los condimentos mas utilizados en la preparación de las comidas sin embargo, es también uno de los principales acompañantes en la mesa por ello la costumbre de utilizarla después de servir el plato; con ello se ha desarrollado el habito de consumir los alimentos salados, al investigar este hábito en las beneficiarias del proyecto pudo distinguirse que el 32% de ellas siempre limitaban el consumo de la misma, el 19% frecuentemente, el 16% a veces y el 32 % restante nunca lo hacía; posterior a la capacitación aumento el índice de frecuencia puesto que el 83% manifestó siempre limitar el consumo (*ver gráfico 5*).

La ingesta de frutas y verduras es una de las variables en las que se observó un cambio muy significativo al final del proyecto (ver gráfico 6 y 7) ya que en el rango de consumo de más de 7 veces por semana las verduras tuvieron un aumento del 32.26% respecto al 12.9% inicial, las verduras constituyen una fuente de fibra y vitaminas que ayudan a mantener y controlar los índices glucémicos por lo cual es indispensable el consumo de éstas durante cualquier etapa de la vida. En lo que respecta al consumo de frutas, antes del proyecto sólo el 16.12 % de las personas tenían un hábito de consumo de más de 7 veces por semana, pero al final del mismo este porcentaje aumentó a 45.16% lo cual indicó que las personas beneficiarias mejoraron su alimentación dentro de las normas alimentarias del plato del buen comer.

Gráfico 5. consumo de verduras



En cuanto a las carnes en un principio el 51.1% de las personas consumían carne roja de 1 a 4 veces por semana, al final del proyecto se incrementó este porcentaje a 83.8% (ver gráfico 8) y pero señalaron que el consumo solo era de carne blanca (pollo y pescado) ya que durante la intervención se les señaló que la carne roja se debe sustituir por pollo o pescado que son las carnes con menos contenido graso

El limitar el consumo de grasas e incrementar el consumo de proteínas debe ser una de las prioridades de toda persona que desea mejorar su salud y prevenir enfermedades como la diabetes, por lo general se consumen

Gráfico 6. Consumo de frutas

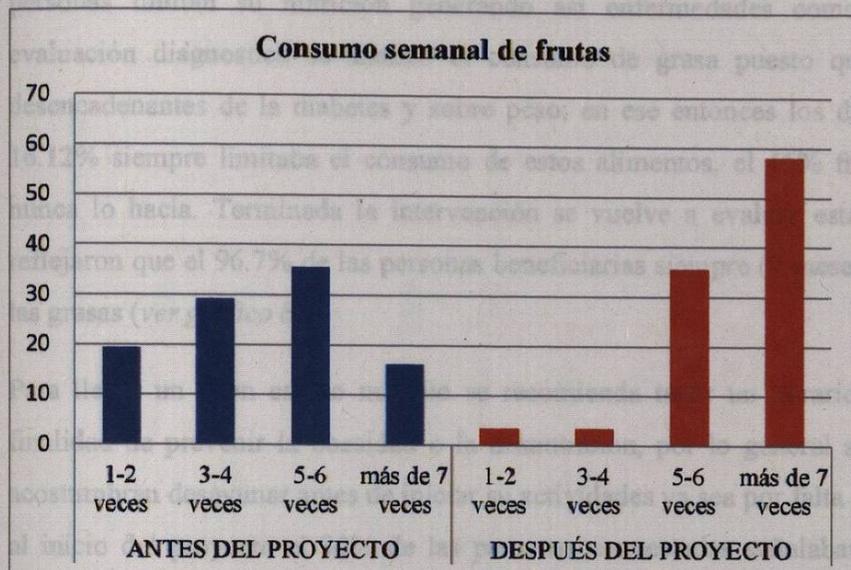
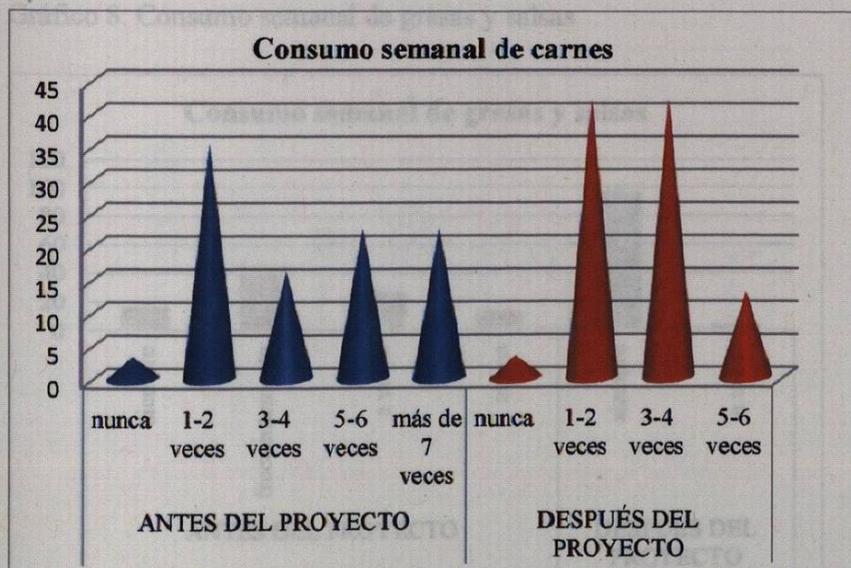


Gráfico 7. Consumo de carnes



El limitar el consumo de grasas e irritantes debe ser una de las prioridades de toda persona que desean mejorar su salud y prevenir enfermedades como la diabetes; por lo general se consumen

en mayor cantidad los alimentos fritos en vez de los cocidos; es decir, inconscientemente las personas limitan su nutrición generando así enfermedades como la diabetes. Durante la evaluación diagnóstica se analizó el consumo de grasa puesto que es uno de los factores desencadenantes de la diabetes y sobre peso; en ese entonces los datos reflejaban que solo el 16.12% siempre limitaba el consumo de estos alimentos, el 45% frecuentemente y el 12.9 % nunca lo hacía. Terminada la intervención se vuelve a evaluar esta variable y los resultados reflejaron que el 96.7% de las personas beneficiarias siempre (7 meses) limitaban el consumo de las grasas (*ver gráfico 8*).

Para llevar un buen estado nutricional se recomienda tener un horario para cada comida con la finalidad de prevenir la obesidad o la desnutrición, por lo general son pocas las personas que acostumbran desayunar antes de iniciar sus actividades ya sea por falta de tiempo o por costumbre; al inicio del proyecto el 32% de las personas encuestadas señalaban que siempre llevaban un horario para cada comida y al final del proyecto este porcentaje sube a 83.8 % (*ver gráfico 9*). Respecto al desayuno solo el 45.1% acostumbraba hacerlo antes de iniciar cada una de sus actividades y al final del proyecto este porcentaje incrementa al 87% (*ver gráfico 10*).

Gráfico 8. Consumo semanal de grasas y salsas

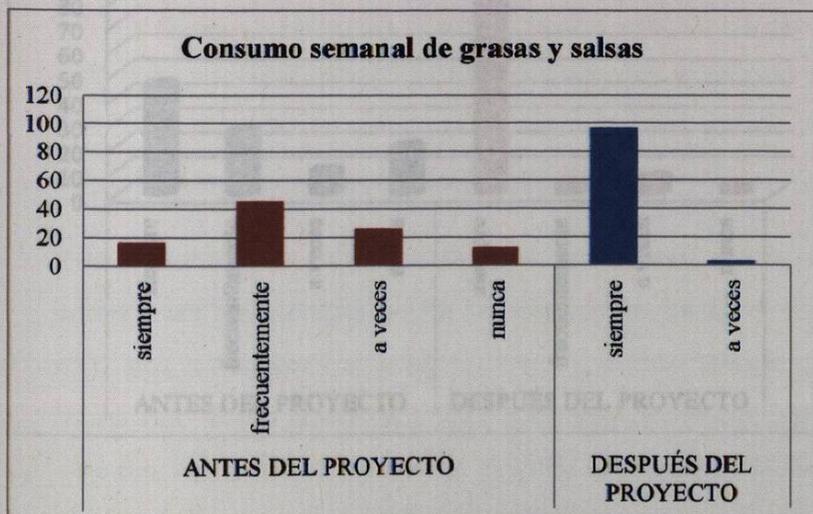
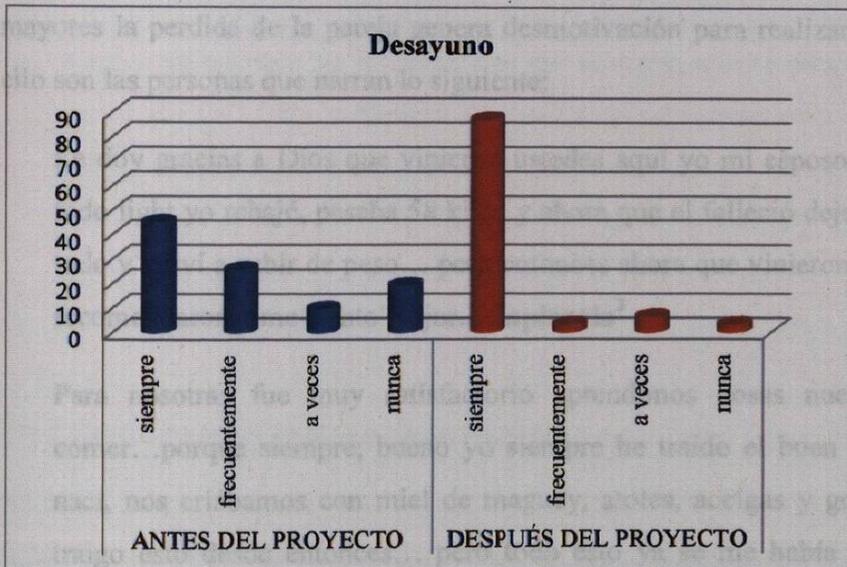


Gráfico 9. Horario para cada comida



Gráfico 10. Desayuno antes de iniciar alguna actividad



3.4 Resultados cualitativos

Los resultados de la evaluación cualitativa responden al cambio de creencias y actitudes sobre la diabetes a raíz de la intervención dentro de los cuales se destacan las siguientes categorías.

3.4.1 Beneficios

a) *Percepción del beneficio del proyecto*

Consecuente con la significancia social del adulto mayor dirigida por la edad cronológica se cree que el tener cierta edad conlleva a la resistencia de cambios en los hábitos de alimentación, es decir; se piensa que por tener mayor edad, los adultos son personas que ya saben cómo alimentarse y que no necesitan mayor información; sin embargo, el estar informado no significa que las personas practiquen lo aprendido cotidianamente, ya sea por la falta de compañía o porque no tiene quien más les motive a mejorar su calidad de vida; en el caso de los adultos mayores la pérdida de la pareja genera desmotivación para realizar ciertas actividades; caso de ello son las personas que narran lo siguiente:

Le doy gracias a Dios que vinieron ustedes aquí yo mi esposo era diabético y tomábamos todo light yo rebajé, pesaba 58 kilos y ahora que el falleció dejé la dieta y volví a comer de todo y volví a subir de peso... pero entonces ahora que vinieron empecé a comer lo que nos recomendaron y me siento mejor... **Sapiencia**³

Para nosotras fue muy satisfactorio aprendimos cosas nuevas... aprendimos el buen comer... porque siempre, bueno yo siempre he traído el buen comer porqué en donde yo nací, nos criábamos con miel de maguey, atoles, acelgas y gordas de maíz, osea que yo traigo esto desde entonces... pero todo esto ya se me había olvidado y ahora que ellas vinieron lo volvimos a recordar y yo lo que aprendí lo llevo en mi conciencia y en mi corazón y lo agradezco mucho... **Ilustración**

³ Los pseudónimos se utilizaron con el fin de mantener la confidencialidad de las beneficiarias.

b) *Transmisión de los conocimientos*

En un principio se creía que solo las personas participantes serían las impactadas con los beneficios del proyecto, sin embargo, a raíz de que se fueron desarrollando las actividades, las personas manifestaron estar transmitiendo los conocimientos aprendidos en la sesiones a sus familias; ya que dentro de ellas existe algún miembro con diabetes, y no tenían noción de los cuidados alimentarios que debían de seguir para controlar la glucosa. Con lo anterior se logró un impacto indirecto en las familias de las mujeres adultas mayores participantes; evidencia de ello son algunas de sus narrativas en las que ellas manifestaron lo siguiente:

Yo tengo un hijo diabético y no se cuida... su mujer no lo cuida pero ahora que me dijeron como cuidar la alimentación cuando se tiene diabetes le doy verduras, acelgas, brócoli, coliflor y agua de pepino, porque a mi aquí me enseñaron que si uno se alimenta bien no se muere de diabetes y yo no quiero que a mi hijo le pase nada por eso lo cuido... yo ya sé que si mi hijo me pide una pieza de pan no le voy a dar, eso le voy a dar una fruta...**Sabiduría**

A mi... yo siempre les he dicho que me sirvieron mucho estas pláticas tengo una hermana menor que yo, y ella es diabética y antes quería de comer esto y lo otro... tortillas de harina porque decía ah que al cabo de algo me he de morir y pos´ yo se lo daba, y desde que me dieron estas pláticas le he ido bajando... quiere de harina y le digo no "Lala" mira mejor come nopalitos pero porque estas platicas me sirvieron para saber alimentarla...**Respeto**

3.4.2 Creencias sobre la buena alimentación

Al inicio del proyecto las personas creían que su alimentación era variada puesto que comían de todo sin embargo no limitaban el consumo de azúcares, grasas y refresco; manifestaban que para ellas era imposible cambiar la dieta alimentaria por falta de recursos económicos; además de la falta de apoyo familiar ya que no podían hacer dos tipos de comida para los diferentes miembros de la familia. Respecto a cuidar la alimentación ellas pensaban que la gente se cuida dejando de comer tortilla y limitando el refresco; posterior a la intervención ellas manifestaron que la

alimentación correcta es el disminuir las carnes, llevar un horario de comida, desayunar y variar la comida con frutas, verduras y cereales.

3.4.3 Percepción sobre la diabetes

a) *Gravedad percibida de la enfermedad*

La gravedad que las personas atribuyen a la enfermedad está influenciada por los conocimientos derivados de la orientación recibida durante el proyecto y de la experiencia vivida a través de familiares y/o amigos que padecen las complicaciones de la enfermedad.

Con la diabetes uno se va muriendo en pedacitos porque se empiezan amputar extremidades, primero se infecta una uña y luego te cortan el dedo y luego el pie, es una enfermedad muy mala...**Dignidad**

Según el modelo de creencias en salud la gravedad surge a partir de que las personas tienen mayor conocimiento del peligro que genera la enfermedad y las consecuencias que de ella derivan; durante el proyecto se les orientó a los adultos mayores sobre las consecuencias de la diabetes; posterior al proyecto ellos perciben esta enfermedad como:

La diabetes es una enfermedad mortal pero prevenible si nosotros nos alimentamos bien no tenemos por qué tenerle miedo... **Igualdad**

b) *Creencias sobre el origen de la enfermedad*

En un principio las personas atribuían la enfermedad a los sustos. Algunas personas creían que solo la herencia, un coraje y las impresiones fuertes eran factores desencadenantes de la misma; durante el proyecto se incorporaron mujeres que ya presenciaban la enfermedad y que llevaban una mala alimentación las cuales manifestaron lo siguiente respecto al origen.

A mí me dio la diabetes porque me dio una impresión una vez que se metió un encapuchado a la casa de mi hija, me levante y aquí nomas voy viendo al hombre y me asuste....**Honradez**

3.4.4 Barreras que impiden el cambio de hábitos de alimentación

Algunas de las barreras identificadas para cambiar la alimentación tienen que ver con factores externos e internos. Entre los primeros se encuentran las limitaciones para disponer de los alimentos recomendados, ya sea por la poca variedad de alimento en los lugares donde se surte la despensa ya que por ser adultas mayores no tienen tanta posibilidad de traslado al supermercado y optan por surtir en la tienda de la esquina o mercado sobre ruedas o por las limitaciones económicas. Entre las segundas se encuentra el valor que tiene la comida en las relaciones de convivencia social para las personas que deseaban cuidarse, fue difícil abstenerse de ingerir ciertos alimentos no incluidos en su dieta; ya que ellos atribuían que la disponibilidad era tentadora y en ocasiones el obtenerse se percibía como un desaire para los anfitriones. Sin embargo manifiestan que para evitar esa contradicción ingerían solo los platillos con menor grasa y azúcar.

Según el modelo de creencias en salud la gravedad surge a partir de que las personas tienen mayor conocimiento del peligro que genera la enfermedad y las consecuencias que de ella derivan; durante el proyecto se les orientó a los adultos mayores sobre las consecuencias de la diabetes; posterior al proyecto ellos perciben esta enfermedad como una enfermedad incurable pero prevenible.

3.4.5 Falta de información por parte del sistema de salud

Cabe mencionar que durante la intervención se incorporó una persona diabética la cual se interesó en las pláticas debido a que su médico no le orientaba respecto a como controlar su diabetes.

Con los grupos focales se pudo constatar que existe una falta de información por parte del sistema de salud para los diabéticos y para los que no lo son; según la persona que se incorporó

al proyecto padeciendo diabetes los doctores no saben cómo lograr que ellos se adhieran a los tratamientos y a las recomendaciones que se les da ya que no les explican lo que deben de incluir en su dieta alimentaria. Por lo cual ella narra lo siguiente:

...me dijeron ¡tiene que cuidarse! pero pos' en el seguro no te dicen cómo y la verdad yo ni me cuidaba porque no sabía cómo... después me sentía mal a cada rato pero pos nomas me tomaba las pastillas, y yo no tenía diabetes 1, tenía la 2 y cuando se me descontroló me dijeron ¡pónganse la insulina! y le dije: porque fregados me la voy poniendo, ¡póngasela usted! y ¡no me la pongo y no me la pongo! (...) ya no venía aquí al INAPAM porque no me sentía con fuerzas y un día vine y me tope a esta muchacha (refiriéndose a la coordinadora del proyecto) y me dijo que si no quería entrar a las pláticas y vine... y antes la azúcar me subía hasta 300 pero desde que empecé a comer frutas y verduras y en estos meses no ha vuelto a sucederme eso...**Paz**

Las personas que no tienen diabetes pero que conocen a alguien que si la padece dicen considerar que los doctores están mal capacitados para diagnosticar y controlar la diabetes. Al respecto dijeron que:

Es que los doctores dan un diagnostico equivocado porque a mi esposo así le pasó, le dijeron que tenía diabetes.... Lo mandaron a que le aplicaran la insulina... pero este... el químico le dijo antes de aplicarte yo la insulina le voy hacer otro examen y salió bajo sin azúcar... muchas veces los doctores cometen muchos errores y los fregados somos nosotros...**Responsabilidad**

3.5 Discusión

Los elementos que se siguieron para esta evaluación están basados en el modelo de creencias en salud bajo el cual se plantea que los adultos mayores deberían creer que la diabetes es una enfermedad grave y que ellos están en riesgo o son susceptibles a adquirirla, por ello deberían tener recordatorios o indicadores constantes del riesgo que la enfermedad implica; sin embargo para esto debe existir un conocimiento previo que les permita adquirir los mecanismos de

prevención necesarios. La diabetes por ser una enfermedad compleja e incurable demanda muchos cuidados alimentarios y farmacéuticos, para los cuales el servicio médico no prepara a las personas que la padecen mucho menos a los que están en riesgo de padecerlas. Constantemente las personas creen que la diabetes es una enfermedad que no ataca a cualquiera y atribuyen su génesis a los antecedentes familiares y al consumo excesivo de azúcares y refrescos; sin embargo gran grupo poblacional está expuesto a dicha enfermedad por no llevar una alimentación adecuada en la cual se incluyan los nutrientes necesarios que controlen el azúcar en la sangre.

En el cuadro que a continuación se presenta evidencia los cambios logrados con el proyecto, referidos por los propios beneficiarios, los cuales atribuyen que son susceptibles ante la diabetes en tal medida que llevan una mala alimentación y no llevan un control de su glucosa, sin embargo ellos antes del proyecto consideraban que la diabetes era una enfermedad propia de las personas que tienen antecedentes familiares o que consumen muchos refrescos y azúcares, pero a raíz de la intervención ellos atribuyen el problema no solo a la herencia sino a la inadecuada alimentación; refieren que con la capacitación decidieron cambiar su alimentación puesto que no querían perder alguna extremidad, quedar ciegos e inclusive morir; además después del proyecto son capaces de identificar las barreras que no les habían permitido llevar una alimentación saludable; con esta evidencia se comprueba que los adultos mayores al haberse visto expuestos a contraer la diabetes decidieron cambiar sus patrones alimentarios para tener beneficios reflejados en una mejor salud.

Con los resultados de la evaluación diagnóstica se pudo verificar que la alimentación de las personas beneficiarias era deficiente en el sentido de que practicaban hábitos alimenticios perjudiciales para su salud, entre ellos el consumo de refresco, productos grasosos, azucarados y salados. Además debido a la falta de información alimentaria dejaban de consumir alimentos como el pescado y el pollo a pesar de sus destacadas ventajas nutricionales. Otros de los alimentos que presentaban bajo consumo eran las frutas y verduras, las cuales son una rica fuente de antioxidantes. Probablemente la falta de información sobre la alimentación no constituye un problema grave a simple vista sin embargo al envejecer los problemas de salud se hacen presentes por lo cual los adultos mayores deben de estar bien alimentados para soportar y prevenir las enfermedades crónicas; la diabetes es una enfermedad que no tiene cura y solo puede

ser controlada con la alimentación y el ejercicio. La necesidad de los proyectos de atención primaria no son necesarios en la medida que la población lo requiera sin importar edad, sexo o estado de salud.

Al final del proyecto se puede observar que las estrategias de intervención primaria son herramientas que permiten promover la mejora en la salud y alimentación de las personas adultas mayores. Se hicieron visibles ciertos cambios en la alimentación del adulto mayor dentro de los cuales se encuentra la disminución del consumo de refrescos, azúcares, y alimentos salados; lo anterior pone de manifiesto que las personas mayores a pesar de poseer costumbres alimentarias arraigadas son conscientes de que el hacer cambios en el patrón alimentario traerá beneficios para su salud.

Es indiscutible que existen intervenciones realizadas anteriormente a favor de la prevención de la diabetes, sin embargo es necesario planear nuevas estrategias de intervención que incluyan bases teóricas ya que el conocimiento junto con una actitud positiva favorece las conductas específicas de conservación y promoción de la salud. A pesar de que la clave del éxito en la prevención de la diabetes radica en favorecer o evitar ciertos comportamientos alimentarios para ello se necesita seguir una serie de pasos progresivos que faciliten la conservación de dicho objetivo. El primero de ellos consiste en el proceso cognitivo aunque no solo la transmisión del conocimiento garantiza el cambio de conducta, por lo tanto es necesario incluir estrategias motivadoras y prácticas acorde a la edad del individuo que permitan que el conocimiento perdure.

Se puede decir que este proyecto alcanzó más de las metas previstas puesto que a pesar de las limitaciones de tiempo, espacio y falta de recursos económicos y humanos la intervención se realizó satisfactoriamente. A continuación se hace un resumen del cumplimiento de las metas previstas y no previstas.

La meta referente a impartir el 100% de las sesiones fue cumplida satisfactoriamente ya que a pesar de los compromisos de los adultos mayores con la institución en días de plática, ellos mostraron interés por recuperar cada una de ellas en el tiempo no previsto.

CAPITULO 4 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO

4.1. Implicaciones del proyecto para el campo del trabajador social

El reto al que se enfrenta el Trabajador Social promotor de la salud es, el diseñar una intervención con los componentes adecuados para transmitir dichos conocimientos es decir, el problema a resolver es cómo organizar y transmitir esa información para producir el cambio deseado o al menos aumentar las probabilidades de éxito. Al trabajar con personas adultas mayores los retos se vuelven cada vez más complejos puesto que son personas con conductas arraigadas difíciles de cambiar, pero también son individuos con mayor disponibilidad de tiempo para participar en los proyectos. En la intervención se evidencio notoriamente que las personas adultas mayores al ser conscientes de la gravedad de las enfermedades a las que son vulnerables, son capaces de cambiar sus creencias a favor de su salud siempre y cuando ellos mismos sepan identificar que tan susceptibles son ante dichas enfermedades.

Sin embargo este proyecto es evidencia fiable de que el campo de actuación del Trabajador Social ya no solo se limita al área familiar sino que también se puede inmiscuir en el área de nutrición, debido a que cuenta con la capacidad de diseñar estrategias orientadas a la promoción de la alimentación saludable. Hablamos de un Trabajo Social universal que permite reconocer problemáticas relacionadas con las costumbres y estilo de vida de los seres humanos. Por poseer una mayor capacidad de análisis le es más fácil identificar la problemática para actuar de manera concreta ejemplo de ello es este proyecto dirigido a una problemática poco abordada y con mayor incidencia.

Se puede decir que este proyecto alcanzó más de las metas previstas puesto que a pesar de las limitaciones de tiempo, espacio y falta de recursos económicos y humanos la intervención se realizó satisfactoriamente. A continuación se hace un recuento del cumplimiento de las metas previstas y no previstas.

La meta referente a impartir el 100% de las sesiones fue cumplida satisfactoriamente ya que a pesar de los compromisos de los adultos mayores con la institución en días de plática, ellos mostraron interés por recuperar cada una de ellas en el tiempo no previsto.

Para impartir cada uno de los temas se elaboró un guión con información obtenida de los programas de la Secretaría de Salud y en base a información recabada bibliográficamente en él se incluye una serie de pasos a seguir en cada una de las temas. Este guión se convirtió en un logro puesto que con él se elaboró un cuadernillo que puede ser utilizado posteriormente por las personas que deseen impartir orientación alimentaria y de salud en base al tema de diabetes.

En cuanto a las metas previstas al inicio del proyecto se encontraba el conseguir el que el 70% de las personas hicieran un cambio en sus hábitos de alimentación la cual fue lograda a un nivel satisfactorio arriba del 70 % ya que el 77.4 % manifestó tener un mayor hábito de consumo de agua; en cuanto a la disminución del refresco el 79 % refirió no tomarlo a raíz de la intervención, en lo referente a la disminución en el consumo de azúcar el 90.3% informó no consumirlo; el 96.7 disminuyó el consumo de grasas, el 83.8 % adquirió el hábito de llevar un horario de comida y el 87% comenzó a desayunar antes de realizar alguna actividad.

4.2 Recomendaciones

Es evidente que seis meses no son suficientes para impartir todas las temáticas relacionadas a la alimentación y para evaluar los logros a largo plazo por lo cual se emiten las siguientes recomendaciones para intervenciones futuras.

- Involucrar a los familiares o cuidadores de los adultos mayores que no muestren apoyo para cambiar los hábitos alimenticios.
- Proponer una lista de mercados cercanos a la comunidad que ofrezcan a bajo costo una variedad de alimentos saludables.
- Realizar un diagnóstico médico que permita evaluar las condiciones de salud de las personas.
- Ampliar la duración del proyecto para evaluar los cambios a largo plazo ya que en esta intervención solo se evaluaron inmediatamente al terminar la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Albalá, C., Lebrano, M., León, E., Ham, R., Hennis, A., Palloni, A., et al. (2005). Encuesta salud, bienestar y envejecimiento. *Revista Panamericana de Salud Pública (SABE)*. 17 (5): 307-322.
- Albert, M. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Recuperado en agosto 12 de: <http://www.ampsw.org/spw/tripticos/pdf/ANEX-V.pdf>.
- Álvarez, D. y Rodríguez, Y. (2010). *Historia de la diabetes (cronología)*. Recuperado en agosto 21 de 2010 de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/cronologia_de_la_diabetes_mellitus.pdf
- Álvarez, J. (2008) Historia de la diabetes. *Humanidades Médicas*. 8(1):3-5
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México. Paidós.
- Aramburu, I., Izquierdo, A. y Romo I. (2001). Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores formales de personas afectadas por alzhéimer y ancianos con patología invalidante. *Revista multidisciplinar de Gerontología* 11(2): 64-71.
- Arauz, A., Rosello, M. y Padilla, G. (1997). Modificación de prácticas alimentarias en diabéticos no insulino dependientes: efectos de una intervención educativa multidisciplinaria. *Revista Costarricense de ciencias médicas*. 18(1):15-29.
- Aranceta, J. (2004). *Educación nutricional*, en: Aranceta, Javier, e García -Jalón, Isabel: *Nutrición aplicada y dietoterapia*. Pamplona: EUNSA,
- Araya C., Solís, B., Oliva, P., Calbacho, P., Vidal, P. y Solís B. (2008). Descripción de factores de riesgo para la salud en estudiantes de 3º año de las carreras del área de salud y humanistas de la universidad de concepción, año 2007. *Ciencia...Ahora*, 21(11): 19.
- Arredondo, A. y Zúñiga A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes of diabetes in middle income countries. The Mexican case. *Diabetes Care*; 27 (1):104-109.
- Arredondo, A. (2009). *IMPACTO ECONÓMICO DE LA DIABETES EN MÉXICO: Implicaciones para el sistema de salud, los pacientes y la sociedad*. México: INSP
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002). *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos*. Documento de Trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana
- Asociación de Diabéticos de Buenos Aires (2008). *Breve historia de la diabetes*. Recuperado en agosto 12 de 2010 de: <http://www.saludyvigor.com/Bestcollips/historia.htm>http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/causas_muerte/causasCoahuila.pdf.
- Baker, J. (2000). Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: *Manual para profesionistas*. Washington. Banco Mundial
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Nueva Jersey.
- Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública* 43(5): 464-467.
- Barrera, J; Osorio, S. (2007). Envejecimiento y Nutrición. *Revista Cubana de Investigación Biomedica*; 26 (1):1-20.
- Becoña, E; Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México, Plaza y Valdés.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (2007). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.

- Bertrán, M; (2006). Significados socioculturales de la alimentación en la ciudad de México, *Antropología y nutrición*. México: Fundación Mexicana para la Salud – Fondo Nestlé para la Nutrición –
- Borda, M. (2007). La paradoja de la malnutrición. Salud, Barranquilla. *Revista Salud Uninorte*. 23(2): 276-291. Recuperado en mayo de 2010, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000200013&lng=es.
- Burgos, N. (2011). *Investigación cualitativa miradas desde el Trabajo Social*. Espacio. Buenos aires
- Calnan, M. y Moss S. (1984). The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *Health Soc Behavior*; 25(8):198-210
- Camero, J., Curbelo, J., Martínez, M., Novales, A. y Trasanco, M. Efectividad de una intervención educativa en adultos mayores diabéticos: Policlínico "Raúl Sánchez". (2007). *Revista Ciencias Médica* 12(2):99-109. Recuperado en enero de 2011, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200012&lng=es&nrm=iso.
- Campos, V. (2008). *El valor de la familia en la sociedad del conocimiento*. Recuperado en enero de 2012, de: http://www.fad.es/sala_lectura/C2008-CONF_CAMPS.pdf.
- Castanedo, C., García, M., Noriega, M. y Quintanilla, M. (2009). *Consideraciones generales sobre el envejecimiento*. Recuperado en abril 25 de 2010, de: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap1.pdf>
- CELADE. (2006). *Desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece*. Recuperado en marzo 20 de 2010, de: <http://www.bligoo.com/media/users/0/37242/files/MinutaDesayuno160106.pdf>
- CONAPO (2002) *Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002*. Recuperado en agosto 13 de 2010, de: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=339&Itemid=15
- CONAPO. (2002). *Proyecciones de la población de México 2000-2050*. México. Recuperado en mayo 30 de 2011, de: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones>.
- CONAPO. (2008). *El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México*. Recuperado en marzo 3 de 2011, de: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>.
- CONAPO. (2009). *Comunicado de presa 23 de agosto de 2009, 28 de agosto día del adulto mayor*. Recuperado en junio 20 de 2009, de: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2009/bol090828.pdf>
- CONAPO. (2010). *Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007*. Recuperado en mayo 12 de 2010, de: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf
- CONAPO. (2010). *Población adulta mayor se mantiene activa. Boletín numero 23/2010*. Recuperado en enero 21 de 2012, de: http://www.conapo.gob.mx/prensa/2010/bol023_2010.pdf consultado
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Concha De la, L., Nava, R. y Valdés, B. (2001). El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo. *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo*. 1(2): 93-95.
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *The New England Journal of medicine*. 346 (6): 373-401.

- Dobson, M. (1776). Experiments and observations on the urine in a Diabetic. *Medical observations and inquiries by a society of physicians*, 16(5):298-316.
- ENSANUT. (2006) En FMD (2010). *Más de 300 millones de personas en el mundo en riesgo de padecer diabetes tipo 2*. recuperado en noviembre 10 de 2010, de: http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/noticias.php?id_noticias=1171.
- Falque, L., Piñero, M., Zambrano, N., Quintero, J., Gabarrón, S, Arias N. (1996) *Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados. Estado de Zulia, Venezuela*. Archivos Latinoamericanos de Nutrición (AL AN), 46(3):190-195
- FAO. (2010). Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después. Recuperado en mayo 12 de: <http://www.fao.org/DOCREP/MEETING/005/Y7106s/Y7106S07.htm#TopOfPage>. Recuperado en mayo 12 de 2010.
- Federación de Diabéticos Españoles (FEDE). (2008). *Guía de colaboración entre profesionales sanitarios y personas con diabetes*. Recuperado en mayo 12 de 2011, de: http://www.fedesp.es/bddocumentos/1guia_tipo2.pdf
- FEDE. (2010) Controlemos la diabetes recuperado en mayo 11 de 2010 de: http://www.fundaciondiabetes.org/buscador/box_search.htm?in=pq
- Federación Mexicana de Diabetes, AC. (2010). *Diabetes en números*, recuperado en agosto 21 de 2010 de: http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php
- Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad*. Barcelona, Hender, recuperado en marzo 21 de 2010 de http://revistas.colmex.mx/revistas/8/art_8_1174_8891.pdf
- García, E. (2000). En: Fernández-Ballesteros, R. *Gerontología social*. Madrid Editorial Pirámide. 473 a 492.
- García, J., Owen, E. y Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede/proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*. 15(1): 135-151.
- Garipe, Y. (2010). *Evaluación del consumo de snacks en pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo al control metabólico*. Universidad ISALUD. Disponible en: http://www.isalud.org/htm/pdf/TF_Garipe.pdf.
- Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México*. Editorial Porrúa y el Colegio de la Frontera Norte. De 217 a 294.
- IMSS. (2008). *Causas de mortalidad en Coahuila en el 2007*, recuperado en junio 8 de 2010 de: http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/Coahuila/EstadisticaDelegacional/Principales_causas_mortalidad_coahuila_2008
- IMSS. (2010). *Adulto Mayor PREVENIMSS*, recuperado en abril 26 de 2010 de: www.imss.gob.mx
- IMSS. (2010). *Alimentación saludable, clave principal para combatir la diabetes*. Comunicado N°. 21.
- INSP. (2006) Mortalidad por diabetes mellitus. Experiencia de 11 años en un hospital de segundo nivel. *Salud Pública*, México; Vol. 48(6):445-445.
- INSP. (2008). Prevalencia de dislipidemias en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la resistencia a la insulina. *Salud pública*. 50(5): 358-363.
- INSP. (2010). Feria Iberoamericana Empirika 2010. Recuperado en septiembre 12 de 2010 de: <http://www.insp.mx/noticias/insp-general/1436-participara-insp-en-la-feria-iberoamericana-empirika-2010.html>.
- INAPAM. (2008). *Servicios*, recuperado en abril 26 de 2010 de: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php?sec=3>

- International Diabetes Federation. (2009). *¿Qué es la diabetes?*, Diabetes Atlas, recuperado en agosto 21 de 2010 de: <http://www.diabetesatlas.org/es/content/what-diabetes-es>
- INP. (2004). *La empatía hace la diferencia: Guía para la atención del público con discapacidad y adulto mayor. Programas sociales Gente mayor Gente activa*. Chile. Disponible en: www.ips.gob.cl/documentos/doc.../79-la-empatia-hace-la-diferencia.
- Jacoby, R. y Oppenheimer, C. (1997). *Psychiatry in the elderly*, Oxford, Oxford University Press.
- Kasl, S y Cobb, S (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(1):246-266.
- Kirkwood T. In Ebrahim S, Kalache A, eds. (1996). *Mechanisms of Ageing in Epidemiology in Old Age*. London: BMJ Publishing Group.
- Laucirica, C. (2001). Plan municipal de prevención, diagnóstico, evaluación y control de salud integral. Escuela latinoamericana de medicina, Cuba.
- Lerman, I. (2007). La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Pública* 49(1):99-103.
- Ley General de Salud (2009). *Ley General de Salud*. Última reforma publicada DOF el 20 de Agosto de 2009. México.
- Lozano, M. (2003). Condicionantes socioeconómicos de los hábitos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares de la población Española. *Universidad Complutense de Madrid* 27(2): 11-14
- Martínez, M., Morgante, M. y Remorine, C. (2008). ¿Por qué los viejos? reflexiones desde una etnografía de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*. 6(10): 73.
- Mazza G. (2000). Alimentos funcionales y saludables. *Revista Chilena de Nutrición*,
- Mintz, S. (1996). *Tasting Food, Tasting Freedom*. Recuperado en abril 11 de 2010, de: <http://www.sidneymintz.net/food.php>
- Mokate, K. (1999). Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?. INDES
- Mokate, K. (2000). El monitoreo y la evaluación herramientas indispensables de la gerencia social. INDES.
- Ñopo y Robles (2002). *Evaluación de Programas Sociales: Importancia y metodologías* (informe).
- Olaiz- Fernández, G., Rojas, S., Aguilar, C., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes Mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la encuesta nacional de salud. 2000. *Salud Pública*. 49(3):331-337.
- OMS. (2000) *The western pacific declaration on diabetes*. Kuala Lumpur
- OMS (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Recuperado en noviembre 12 de 2011 de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
- OMS (2010). *Diabetes*. Recuperado en noviembre 2 de 2010 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- OMS. (2010). Día Mundial de la Diabetes. Documento revisado el 27 de septiembre de 2010 de: <http://www.worlddiabetesday.org/es>
- ONU. (2010). Oficina del alto comisionado para los derechos humanos. Declaración universal sobre la erradicación del hambre y malnutrición. Recuperado en mayo 20 de 2010 de: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/malnutricion.htm> consultado el 20 de mayo de 2010.
- ONU. (2010). Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas del 2000. Recuperado en mayo 20 de 2010 de: <http://www.un.org/spanish/milenio/>. Recuperado en mayo 20 de 2010

- OPS. (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington
- Orozco, R. & Molina, R. (2002). Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 3(4): 63-71
- Pérez, J. (2010). Sistema alimentario Mexicano (SAM): Una perspectiva política. *Estudios Sociológicos* 3(8): 297-313. Recuperado en diciembre de 2010, de: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/KJFLCG4H236RDLM9DYECDHMNLIT28.pdf.
- Picado, M. (2006). *Un acercamiento a la evaluación cualitativa*. Costa Rica. Banco: Centroamericano de Integración Económica.
- Pizano-Moran, R. (2005) *Conocimientos sobre Diabetes en los familiares de los diabéticos tipo 2 de la población de Jiquilpan Jalisco, Cuba*. Tesis recepcional médico Cirujano y Partero. Centro Universitario del Sur: pp. 29-48
- PND 2007-2012. (2007). *Igualdad de oportunidades*. SEDESOL, 84 -86 pp. Recuperado en abril 26 de 2010, de: <http://www.sedesol.gob.mx>.
- PRONASA 2007-2012. (2010). *Principales causas de mortalidad*. Secretaria de Salud, 23-33 pp. Recuperado en octubre 12 de 2010, de:
- Redondo, P. (2004). *Introducción a la educación para la salud*: Universidad de Costa Rica. Recuperado en febrero de 2009, de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.
- Ribeiro, M. (2004). *Hacia una política social de la familia*; México: Senado de la Republica.
- Rivera, J. y Garza, Y. (2005). *Gerontología social*, México: Universidad Autónoma de Tamaulipas
- Rodríguez, M., Olivera, A, Garrido, R. y García, R. (2002). Maltrato a los Ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Revista Cubana de Enfermería. La Habana*; 18 (3):144-153.
- Romo, M. y Castillo, C. (2002). Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (1): 14-22.
- Rubio, G. y Garfias, F. (2010) *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*: CEPAL.
- Salgado, S y Borjoquez, I. (2006). Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana, INSP. *Salud pública*; 49 (4): 11-13.
- Sánchez-Gavito. (2000). *Manual de prevención y auto cuidado para las personas adultas mayores*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Sastre G. (2000). La aventura científica de la nutrición. *Alimentación Nutrición Salud*; 17 (4): 11-17.
- Saavedra, M. (2008) *Cada año mueren 70 mil mexicanos a causa de la diabetes, informa la SSA*, La Jornada Jalisco, recuperado en agosto 13 de 2010, de <http://www.lajornadajalisco.com.mx/2008/03/02/index.php?section=sociedad&article=007n1soc>
- Secretaría de Salud (SSA). (2003). *Mensaje del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, en la inauguración del 15 Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes*. Recuperado en septiembre 28 de 2010 de: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-03-20-
- Secretaria de Salud. (2006) *MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control*

- de la diabetes, Diario Oficial de la Federación*, México. Recuperado en enero 12 de 2010 de, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>.
- Secretaría de Salud. (2008). *Boletín de información estadística 2008*. México: SSA.
- SEDESOL. (2010) *Plan Nacional de Salud 2007- 2012*. Recuperado en abril 26 de 2010 de <http://www.sedesol.gob.mx>.
- SEDESOL (2010) *programa 70 y más*. Recuperado en abril 3 de 2010, de <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=801576&pagina=2>
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfusse, R., y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública* 4(71): 335-341.
- UNAM. (2010). *El plato del buen comer, departamento de salud pública*. Recuperado en enero 31 de 2012 de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/index.html>
- UNICEF. (2005) *Grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación*: recuperado en diciembre 12 de 2009 de: (http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2003/dh_2003/gruposvulnerables.pdf
- Willis, T (1674) *Therapeutic rationales*, London1 (4), 113-116.
- Zacarias, I. (2007). *Producción y manejo de datos composición química de alimentos en nutrición*. Recuperado en enero 31 de 2012, de: <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/AH833S11>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Marco Lógico

	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminuir la incidencia de diabetes tipo 2 de los AM del INAPAM Coahuila a través de la aplicación de una serie de técnicas y actividades que permitan mejorar la alimentación	Cuestionario de hábitos alimenticios Número de actividades realizadas Entrevista grupal	Informe final del proyecto	Los AM muestran interés por mejorar su alimentación y salud
Propósito	Contribuir a la prevención de la diabetes a través de dinámicas de capacitación alimentaria	P1. Los adultos mayores que participan, al final del proyecto presentan mejores hábitos de alimentación P2. Los AM al final de la capacitación muestran mayor conocimiento sobre la importancia de cuidar el nivel de glucosa en la sangre. P3. Al final de la capacitación los AM se comprometen con los bases del Plato del Buen Comer.	Cuestionario inicial y final sobre hábitos alimenticios Entrevista grupal antes y después de iniciar la capacitación	Los adultos mayores practican cotidianamente lo aprendido en los talleres de capacitación
Componentes	<p>CI.- adultos mayores capacitados en temas de alimentación</p> <p>CI.1. Información de los riesgos y consecuencias de la</p>	<p>CI.1. Al término del proyecto los adultos mayores manifiestan haber disminuido el estrés de ansiedad y refresco.</p> <p>CI.2. adultos mayores capacitados a favor de la prevención de la diabetes</p>	<p>Participación en las dinámicas.</p> <p>Número de participantes en cada sesión</p> <p>Evaluación de la sesión familiar</p>	La capacitación a través de las dinámicas es suficiente para que los AM adquieran una actitud preventiva ante la diabetes.

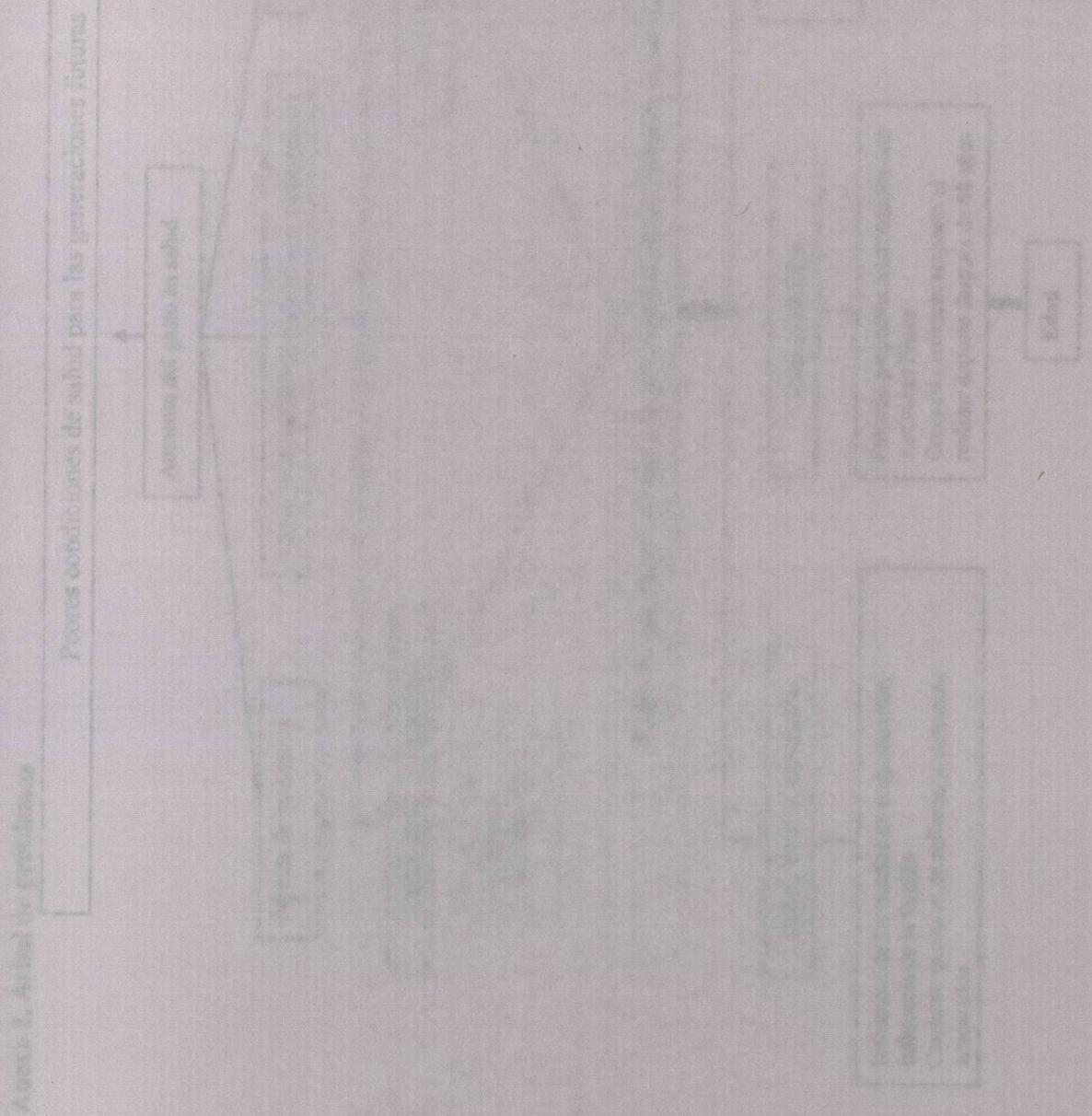
Anexos

Anexo 1. Matriz de Marco Lógico

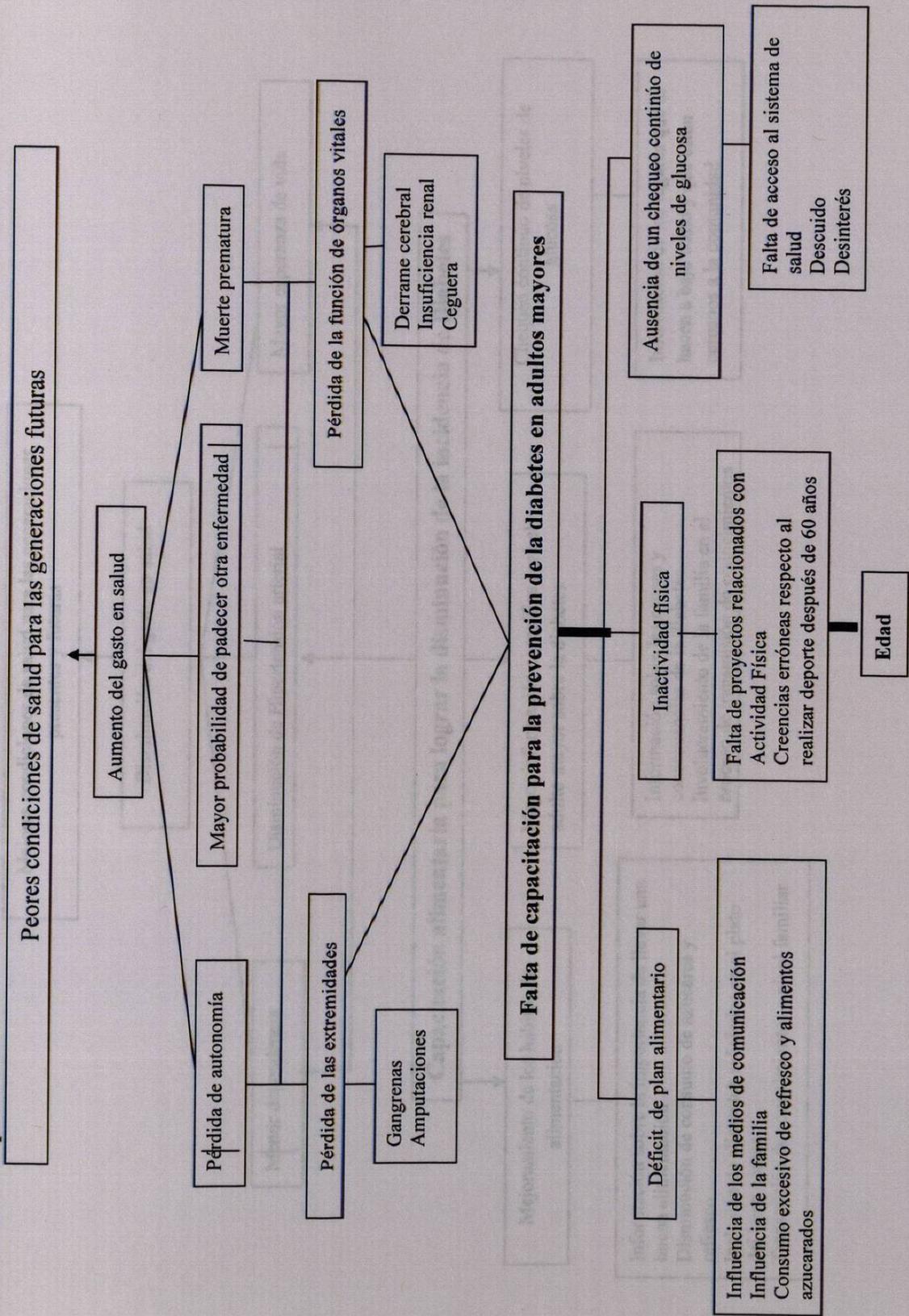
	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminuir la incidencia de diabetes tipo 2 de los AM del INAPAM Coahuila a través de la aplicación de una serie de técnicas y actividades que permiten mejorar la alimentación	Cuestionario de hábitos alimenticios Numero de actividades realizadas Entrevista grupal	Informe final del proyecto	Los AM muestran interés por mejorar su alimentación y salud
Pro-pósito	Contribuir a la prevención de la diabetes a través de dinámicas de capacitación alimentaria	P1. Los adultos mayores que participan, al final del proyecto presentan mejores hábitos de alimentación P2. Los AM al final de la capacitación muestran mayores conocimientos sobre la importancia de cuidar el nivel de glucosa en la sangre. P3. Al final de la capacitación los AM se alimentan conforme a las bases del Plato del Buen Comer.	Cuestionario inicial y final sobre hábitos alimenticios Entrevista grupal antes y después de iniciar la capacitación	Los adultos mayores practican cotidianamente lo aprendido en los talleres de capacitación
Componentes	C1.- adultos mayores capacitados en temas de alimentación C2. Información de las causas y consecuencias de la	C1.1. Al término del proyecto los adultos mayores manifiestan haber disminuido el índice de azúcares y refresco. C2.1. adultos mayores capacitados a favor de la prevención de la diabetes	Participación en las dinámicas. Número de participantes en cada sesión Evaluación de la sesión familiar	La capacitación a través de las dinámicas es suficiente para que los AM adquieran una actitud preventiva ante la diabetes.

	<p>diabetes mellitus tipo 2 a través de dinámicas motivacionales y didácticas</p> <p>C3. Se eliminan creencias erróneas sobre la etiología de la diabetes.</p>	<p>C2.2. Al término del proyecto los adultos mayores se convierten en transmisores de conocimiento sobre alimentación y prevención de diabetes</p> <p>C3.1. al término de la intervención los AM tienen mayor conocimiento sobre las causas y síntomas de la diabetes mellitus 2</p>	<p>Resultados del grupo focal antes y después</p>	
<p>Actividades</p>	<p>Actividades Componente 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de la evaluación diagnóstica 2. Pláticas de capacitación sobre alimentación correcta. 3. Aplicación de dinámicas de evaluación de conocimiento en cada sesión. <p>Actividades del componente 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar información sobre las causas y consecuencias de la diabetes tipo dos. 2. Dinámicas grupales que coadyuvan ampliar el conocimiento respecto a la enfermedad. <p>Actividades del componente 3</p>	<p>Participación en las dinámicas</p> <p>Material didáctico elaborado para cada sesión</p> <p>Numero de pláticas impartidas</p> <p>Numero de dinámicas realizadas</p> <p>Evaluación de cada dinámica</p>	<p>En todas las dinámicas se utiliza video y fotografías</p>	<p>Las actividades son suficientes para mejorar la calidad alimentaria de los AM.</p>

	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluación inicial de la sesión para constatar los conocimientos respecto a la enfermedad2. Sesión de información respecto a el origen de la enfermedad3. Aplicación de una dinámica de evaluación.			
--	--	--	--	--



Anexo 2. Árbol de problemas



Anexo 3. Árbol de objetivos

