



**GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO
SEDE REGIONAL HUEJUTLA**



PROYECTO DE DESARROLLO EDUCATIVO

“TALLER DE EDUCACIÓN ALIMENTICIA A TRAVÉS DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS CON SOYA, AMARANTO Y PAPILLAS EN LA UNIDAD MÉDICA RURAL NO. 5 DE LA COMUNIDAD DE IXCATLÁN, HUEJUTLA, HGO., CON UN GRUPO DE SEÑORAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA IMSS- OPORTUNIDADES”.

PRESENTA

FLORIDALIA RAMÍREZ CORTÉS

HUEJUTLA HGO.

ABRIL DE 2015



**GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO
SEDE REGIONAL HUEJUTLA**



PROYECTO DE DESARROLLO EDUCATIVO

“ TALLER DE EDUCACIÓN ALIMENTICIA A TRAVÉS DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS CON SOYA, AMARANTO Y PAPILLAS EN LA UNIDAD MÉDICA RURAL NO. 5 DE LA COMUNIDAD DE IXCATLÁN, HUEJUTLA, HGO., CON UN GRUPO DE SEÑORAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES”.

PRESENTA

FLORIDALIA RAMÍREZ CORTÉS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA

HUEJUTLA HGO.

ABRIL 2015

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO I CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DE UNA EDUCACIÓN ALIMENTICIA PARA ABATIR EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CON UN GRUPO DE SEÑORAS BENEFICIADAS CON EL PROGRAMA IMSS- OPORTUNIDADES DE LA COMUNIDAD DE IXCATLAN, HGO.

1. 1	Contexto social y educativo del grupo de señoras pertenecientes al programa IMSS-OPORTUNIDADES.....	1
1. 1. 1.	Descripción de la comunidad de Ixcatlan.....	2
1. 1. 2	Su cultura.....	3
1. 1. 3	Alimentación.....	7
1. 1. 3	Niveles Educativos.....	10
1. 2	Institución prestadora del servicio social	12
1. 2. 1	Programa IMSS-OPORTUNIDADES.....	21
1. 3	Descripción del grupo.....	29
1. 4	Diagnostico socioeducativo.....	37
1. 5	Planteamiento del problema.....	38
1. 6	Delimitación del problema.....	42
1. 6. 1	Explicación y análisis del problema desde una postura o enfoque teórico – metodológico.	43

1. 6. 2	Enfoques sobre el aprendizaje en los adultos.....	43
1. 6. 3	Cognitivismo.....	47
1. 6. 4	Constructivismo.....	49
1. 6. 5	Funciones del maestro mediador.....	53
1. 6. 6	¿Cómo debemos alimentarnos	55
1. 6. 7	¿Nos alimentamos adecuadamente?.....	56
1. 6. 8	La identidad nacional a través del fortalecimiento de la cultura alimentaria.....	58
1. 6. 9	Cultura alimentaria.....	60
1. 6. 10	Situación actual de la alimentación en México.....	62
1. 6. 11	Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, conceptualización y alteración de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niño	65
1. 6. 12	Vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño....	68

CAPÍTULO II

PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Taller de educación alimenticia a través de la preparación de alimentos con soya, amaranto y papillas en la unidad médica rural no. 5 de la comunidad de Ixcatlán, Huejutla, Hgo., con un grupo de señoras pertenecientes al programa IMSS-OPORTUNIDADES.

2. 1	Fundamento de la intervención.....	80
2. 2	Denominación del proyecto.....	81

2. 3	Naturaleza del proyecto	81
2. 3. 1	Descripción del proyecto.....	82
2. 3. 2	Justificación.....	85
2. 3. 3	Finalidad del proyecto.....	86
2. 3. 4	Objetivos.....	87
2. 3. 5	Metas.....	88
2. 3. 6	Beneficiarios.....	88
2. 3. 7	Localización cobertura espacial.....	89
2. 4	Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar.....	90
2. 5	Técnicas a utilizar.....	96
2. 6	Determinación de los plazos ò calendario de actividades.....	97
2. 7	Determinación de los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.	99
2. 8	Estructura organizativa y gestión del proyecto.....	112
2. 9	Indicadores de evaluación del proyecto.....	113

CAPÍTULO III

DISEÑO DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA INTERVENCIÓN

3. 1	Condicionantes sociales y/o institucionales para el desarrollo del proyecto.....	117
3. 2	Criterios teórico metodológicos de la intervención.....	120
3. 2. 1	Métodos y técnicas a utilizar para la realización del proyecto.	120

3. 3	Plan de trabajo para la intervención	124
3. 4	Evaluación y seguimiento de la intervención.....	127

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4. 1	Facilidades e inconvenientes que se presentaron durante la intervención del proyecto.....	142
4. 2	Valoración del logro en relación al objetivo general y específicos que se plantearon para resolver el problema.....	142
4. 3	Alcances y limitaciones con base a los criterios de seguimiento y evaluación del proyecto de intervención.....	145
4. 4	Modificaciones, inserciones y adecuaciones que se realizaron al proyecto de intervención.....	146
4. 5	Implicaciones del proyecto en mi formación profesional.....	147
	Conclusiones.....	148

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la educación se ha considerado un factor de suma importancia en la vida del ser humano, por lo que se han ido extendiendo los campos educativos para diferentes sectores de la población. Una de estos es la Educación de Personas Jóvenes y Adultas que actualmente se le está dando mayor importancia a través de ambientes formales y no formales; todo esto, para satisfacer las necesidades formativas que se están gestando en este mundo globalizado.

Cabe mencionar que dentro de estos espacios educativos ha sido fundamental el proyecto institucional de la Universidad Pedagógica Nacional la cual al ofertar el plan de estudios de la “Licenciatura en Intervención Educativa” con Línea específica en la Educación de Personas Jóvenes y adultas ha contribuido a la formación de aquellas personas que no tuvieron acceso a un tipo de educación formal. ¿Cómo?, haciendo proyectos para dar soluciones a distintas problemáticas, como en este caso el problema de la desnutrición de niños menores de 5 años. El proyecto se denominó “Curso – Taller de educación alimenticia a través de la preparación de alimentos con soya, amaranto y papillas en La Unidad Médica Rural No. 5 de la Comunidad de Ixcatlán, Huejutla, Hgo., pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades”.

Las instituciones como estas juegan un papel muy importante para la sociedad, el Instituto Mexicano de Seguro Social trabaja con el programa IMSS-Oportunidades generando diversos programas de atención a todos sus derechohabientes. Es por ello que como profesional en el campo de la educación, aproveché la estancia en la Unidad Médica Rural para llevar a cabo múltiples actividades en beneficio de la comunidad.

Ixcatlán es una comunidad que se encuentra aproximadamente a 29 Km. de la cabecera municipal, fue necesario permanecer en ella durante el periodo de mis prácticas profesionales en sus tres fases y en el servicio social, tiempo suficiente para obtener los elementos necesarios para realizar un proyecto socioeducativo

de intervención educativa. Para el diagnóstico se requirió de un estudio exhaustivo del contexto. Se obtuvo información como: el significado de la comunidad de Ixcatlán, datos geográficos, costumbres y tradiciones, nivel de escolaridad, cultura alimentaria, servicios, infraestructura, entre otros. Con todo ello se identificaron muchas necesidades y problemáticas que tenían que ver con la salud de las personas de la comunidad, de todo ellos elegí uno, y el más importante fue: *“La falta de una educación alimenticia para abatir el problema de la desnutrición infantil en un grupo de señoras beneficiadas con el programa IMSS-Oportunidades de la comunidad de Ixcatlán, Hgo”*. Con este primer intento de investigación se aborda el primer capítulo de este trabajo.

Ubicando bien la situación motivo de la investigación tuve la mirada de crear un proyecto de Intervención Socioeducativa el cual profundizo en el segundo capítulo, dentro de éste contemplo la denominación y naturaleza del proyecto donde describo y justifico la realidad educativa que abarca la propuesta de trabajo.

En el tercer capítulo contemplo el plan de trabajo, a su vez tomo en cuenta los factores externos condicionantes y prerrequisitos para el logro del proyecto a lo que denomino FODA. Dentro de este apartado tomo en cuenta los criterios teórico-metodológicos de la intervención, como son el diario de campo, entrevistas formales, junto con la evaluación y seguimiento de la intervención.

En el cuarto capítulo contemplo los resultados de la aplicación del proyecto donde describo las facilidades y/o problemas que surgieron en la operatización del proyecto.

También presento las conclusiones como parte final del proyecto donde revelo los alcances logrados a partir de una lectura analítica y reflexiva con miras a que en otros niveles de investigación se puedan retomar para mejorar el presente.

CAPÍTULO I

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DE UNA EDUCACIÓN ALIMENTICIA PARA ABATIR EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CON UN GRUPO DE SEÑORAS BENEFICIADAS CON EL PROGRAMA IMSS- OPORTUNIDADES DE LA COMUNIDAD DE IXCATLÀN, HGO.

1.1 CONTEXTO SOCIAL Y EDUCATIVO DEL GRUPO DE SEÑORAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES.

1.1.1 Descripción de comunidad de Ixcatlàn.

Ixcatlàn, palabra compuesta por dos vocablos náhuatl *Ixcatl= algodón* y *Tlan: lugar*, que significa “sobre algodón”. Refiere a una estación del año como el “Invierno” ya que en esta época la comunidad se encuentra cubierta por una densa capa de neblina dando la apariencia de algodón flotante sobre la comunidad.

La comunidad de Ixcatlàn cuenta con un total de 1895 habitantes, esta comunidad se encuentra ubicada a 29 km., hacia el sureste de la cabecera municipal Huejutla de Reyes, Hgo., entre los paralelos 19 y 36 de latitud Norte y 99 de longitud Oeste. La ciudad de Huejutla se localiza al sureste del Estado de Hidalgo casi es fronteriza del estado de Veracruz, al Oeste y al Norte del estado de Tamaulipas.

Los límites geográficos de la comunidad de Ixcatlàn son:

- Al Norte colinda con la comunidad de Tepeica.
- Al Este limita con las comunidades de Axcaco, Ahuehuetitla, Ahuacaixpa, Tlanepango, Ahuacatitla y Tepemaxac.
- Al Oeste con las comunidades de Cacatetitla, Ixcatepec, Las nueces, Atapa, Octatitla, Apilol, Tamalcuatitla, Nepalapa, Ahuacatitla y Acoyotitla.

- Al sur con Santa clara, La pastora y Ahuacaxtitla.

En la comunidad de Ixcatlán no hay datos precisos sobre la fecha de su fundación, sin embargo se menciona en las crónicas del Dr. Bassols¹ que dicha comunidad se fundó en el año de 1887 conservando su personalidad hasta ahora de mestizaje de cultura, ocasionando la fusión de diversos elementos sociodemográficos y orográficos.

Una de las construcciones más antiguas de esta comunidad es su iglesia, la cual se construyó en el año 1916 con la participación de todos los habitantes. El Santo Patrón de esta localidad es San Nicolás Tolentino, a este santo se le rinde una festividad los días 9 y 10 de septiembre, en donde se cita a todos para celebrar una gran Misa, además, participan distintos grupos de danzantes, como son: las Inditas y xochitines (danza de las flores). En esta festividad no pueden hacer falta los juegos pirotécnicos, bailes y el disfrute de un gustoso Tamal y atole. Para llevar a cabo esta celebración, la comunidad se organiza a fin de hacer una distribución de actividades para poder disfrutar de una grandiosa fiesta patronal en comunión con las familias y la sociedad en general.

Ante esta bonita celebración religiosa no se puede obviar el lugar ceremonial, lo mítico que es la iglesia para la población. Cabe señalar que esta obra hasta estos días no está totalmente concluida, pero poco a poco los habitantes se organizan y trabajan para dejarla concluida.

¹ Diagnóstico de la comunidad de Ixcatlán realizada por el Dr. Bassols en el año de 1990.

1.1.2 Su cultura.

Un aspecto de notable relevancia en las sociedades, es su cultura, por ello el tema que aborda el presente proyecto tiene mucha relación con su significatividad. Etimológicamente este término se deriva del latín *colere* (cultivar), su acepción primitiva se refiere al cultivo de la tierra (agricultura). Para E.B.Tylor "CULTURA" es la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad". Young da la siguiente definición de CULTURA señalando que, son "pautas más o menos organizadas y persistentes de hábitos, ideas, actitudes y valores que son transmitidos a los niños por sus mayores o por otros grupos mientras crecen".

Todos los seres humanos adoptamos diferentes formas de vivir de acuerdo a la sociedad en la que estamos inmersos.

Nuestra forma de pensar, hacer las cosas, nuestras costumbre, tradiciones, modo de vestir, comportamiento, idioma, religión, todo esto engloba cultura, hasta la forma de vivir que nos heredaban nuestros antepasados, como lo dice el autor Malinowski afirma que la cultura comprende los artefactos heredados, los bienes, los procesos técnicos, las ideas, los hábitos y los valores, Malinowski declara que no puede ser entendida por un todo, excepto como una parte de la cultura².

Si la cultura es una manifestación de la gente en sus diferentes dimensiones, no podríamos pasar por alto qué tipo de cultura festiva caracteriza a la población de Ixcatlán. Como muestra algunas de las festividades sociales y culturales de Ixcatlan, son:

² AUDREY I. El concepto de la obra de Malinowski. En Hombre y cultura de Branislaw Malinowski. México, Siglo XXI 1984. Malinowski 1931

Xantolo: esta palabra proviene de una mala pronunciación del latín sanctorum, que designaba la tradición de honrar a los fieles difuntos.³

Los nahuas la incorporaron a su lengua como Xantolo (se pronuncia shantolo).

En la comunidad se acostumbra realizar el tradicional arco compuesto por flores de muerto o cempoalxochitl, mano de león, caña de azúcar para hacer el arco; en el altar se pone la foto del familiar fallecido, la ofrenda varía dependiendo el día. El 31 de octubre se celebran a los niños difuntos, para esto los familiares colocan en el altar, dulces, frutas como mandarinas, naranjas, plátanos. El tradicional chocolate es elaborado por las señoras, (*se muele el cacao en metate junto con otros ingredientes*), además, hacen caldo de pollo con o sin verduras, pan, o algún otro alimento que al infante le gustaba en vida; el día 1 noviembre se celebran a los difuntos adultos, en el altar se ofrenda mole de pollo, tamales, chocolate, pan, aguardiente, frutas, cigarros, etc. Frente al arco se coloca un tallo de plátano en donde se colocan ceras (velas) encendidas, no puede faltar el incienso, para esto la gente compra un copalero de barro en donde se almacenan brazas (carbón) y se le agrega un aromatizante llamado copal. Finalmente el 2 de noviembre toda la comunidad se congrega en el panteón para ofrecer los alimentos a sus difuntos, al medio día se realiza una misa en ese lugar.

En el tiempo de celebración la gente acostumbra a disfrazarse y forman cuadrillas de enmascarados para bailar en los patios de las casas de la comunidad, para esto no puede faltar la música tradicional de tríos o bandas de viento, las cuadrillas cobran una cuota por cada baile que ofrecen en las casas.

Esta manifestación cultural de Xantolo aun persiste en nuestros días, sobre todo la diversidad de preparativos alimenticios que las familias hacen en honor a sus fieles difuntos. Estas actividades a través del tiempo se han ido transmitiendo a las

³ <http://homorodans.blogspot.com/2004/10/xantolo-la-fiesta-de-todos-los-santos.html>

generaciones jóvenes quienes en lo sucesivo proseguirán con este ciclo de celebraciones. Así como se da realce a la cuestión alimenticia en estas festividades, quisiéramos que las generaciones actuales se interesaran por este tipo cultura, de alimentarse bien, no tan solo en estas fechas. Generalmente las familias aprovechan estas fiestas para la convivencia popular teniendo como elemento insustituible “la comida” que en este caso es muy rica en nuestra región; sin embargo hay que hacer una mayor labor social de tal manera que no se consideren solo estos espacios como momentos únicos para invertir tiempo y dinero para la convivencia familiar.

Como podemos ver existe una arraigada forma de cómo las familias junto con sus autoridades se organizan para realizar eventos de interés común, esa condición social me permitió realizar acciones de diagnóstico identificando a aquellos actores sociales (familias) que pudieran integrar un grupo de trabajo cuyo propósito era promover una educación alimenticia favorable.

La preocupación por indagar acerca de este aspecto por parte de las personas de la comunidad, motivó que a partir de un diagnóstico sociológico y socioeconómico se de atención a los sujetos más importantes de las familias, es decir un trabajo de sensibilización directa específicamente a un grupo de señoras que pertenecen al programa antes IMSS-Oportunidades hoy PROSPERA que son madres de familia que tienen hijos menores de cinco años con avanzado estado de desnutrición.

Otras fechas de festividad social comunitaria son: el 10 y 15 de mayo y 23 de octubre día del médico, se reúne toda la comunidad para celebrar el día de las madres, día del maestro y día del médico. En cada una de estas se genera toda una organización y por supuesto, un considerable egreso económico.

Algunas otras actividades rutinarias de los habitantes son para beneficio común: cada quince días realizan faenas de limpieza comunitaria efectuada por los señores y una vez a la semana las señoras barren las calles de la comunidad.

Los jefes de familia se dedican al cultivo de maíz y café. Las mujeres se dedican a las labores del hogar, muy temprano se dedican a ir a traer la leña y agua de las tomas vecinales, posteriormente preparan los alimentos para enviar a los hijos a la escuela y también para llevarle comida al esposo en su lugar de trabajo; por las tardes, se dedican a lavar ropa y realizar las tareas faltantes de la casa.

Respecto al idioma, las personas mayores de la comunidad hablan el nahuatl al 100% y los jóvenes hablan el español y nauatl.

El vestuario típico de la comunidad lo conforman mayormente las personas de la tercera edad (calzones y camisas-cotonos de manta), ambos de color blanco, además llevan consigo un sombrero de paja, un machete con funda, sin olvidar los clásicos huaraches de llanta o de cuero. Los hombres jóvenes visten pantalón de mezclilla o de vestir con camisas o playeras y zapatos de tipo casual. En las mujeres mayores el atuendo se compone de blusa blanca de manta con bordados de hilos de colores vistosos y nahuas floreadas, su calzado consta de huaraches tradicionales o de plástico, aunque cabe indicar que la mayoría prefiere andar descalzo. El vestuario de las mujeres jóvenes es: blusa y falda o pantalón, de calzado llevan zapatillas o huaraches de plástico.

Como se observa, la forma de vida de la gente de este lugar influye mucho en la formación de los valores culturales, las generaciones adultas hacia las generaciones jóvenes. Esta manifestación ha hecho mella en algo tan delicado como lo es la alimentación de la población infantil. 3 de cada 10 familias atienden adecuadamente a los pequeños menores de cinco años, pocas son las familias que alimentan bien a sus hijos. El factor principal es el económico y como se ha señalado en párrafos anteriores las acciones sociales y familiares. Algunas familias que cultivan la tierra y obtienen alimentos naturales, no todos son aprovechados en la dieta de los pequeños, la mayor parte de ello se venden y muy poco es lo que se consume.

1.1.3 Alimentación.

Alimentación. Concepto por demás importante en el presente trabajo. Alimento se define como cualquier sustancia que sirve para nutrir por medio de la absorción y la asimilación.⁴ Se hace referencia a esta concepción porque: la alimentación es parte de la cultura, ya que cada pueblo tiene distintas formas de alimentación a lo que llamamos cultura alimentaria. Con este término se entiende "no sólo la forma en que se consumen los alimentos, sino también cómo se producen y en qué cantidad, qué parte se destina a la familia, cómo se distribuyen en la familia y qué parte se vende."⁵

Es preciso aludir que los avances tecnológicos de este siglo han propiciado cambios en la conducta humana, uno de estos cambios, se encuentra en la alimentación. Datos importantes emitidos por la Organización Mundial de la Salud señalan que la influencia de los medios digitales en la población infantil y joven es enorme, a tal grado que el consumismo de alimentos chatarra en las últimas décadas ha aumentado en un 80 %.

En la comunidad de Ixcatlán, los alimentos que más se consumen son: el frijol, maíz, tomate pequeño, chile y hierbas comestibles que los habitantes denominan: quelite, verdolaga, mesis, cilantro y soyo. Estos son alimentos naturales que se producen allí mismo y que los antepasados heredaron a sus ancestros.

Dada la influencia del mercado global y a la marcada aculturación de las personas en cuanto a la adquisición de alimentos, el consumo mayor se observa en

⁴ Diccionario Enciclopédico Universal, Edición 1994.

⁵ (2) Valencia, E. Sistema Alimentario Mexicano. Cuadernos de nutrición 5 (2). México, 1981, pp. 34-41.

productos de baja calidad nutritiva (comida chatarra) o en el no aprovechamiento de los alimentos que las mismas familias producen a nivel local.

Cambios que se han dado en la alimentación.

La gente ha ido introduciendo nuevos alimentos industrializados, como son: refrescos, chiles, frijol, tomate, verduras enlatados, embutidos, etc.

En entrevistas directas realizadas a 12 señoras de la comunidad, constaté lo siguiente: en la comunidad se realizan por costumbre, sólo 2 comidas, aproximadamente, a las 11:00 Hrs. a.m. y 16:00 Hrs. p.m.

Ordinariamente al despertarse las familias consumen solo café con o sin leche acompañado de un pan en el caso de que exista dinero para comprarlo, de lo contrario solo toman café; la comida que predomina son la enchiladas ya que por lo menos 5 veces o más a la semana, preparan este alimento el cual consta de una tortilla doblada con salsa de tomate con chile o con puro chile, en ocasiones le colocan un poco de queso, o carne de res, pollo o cerdo. Sin embargo se pudo constatar que la mayor parte de la población, comen sólo tortilla con un poco de salsa, frijoles, chayote, quelite (hojas tiernas de camote, chayote u otra hierba), pemuches, calabaza, etc.

Mi pregunta al notar esta forma de vida fue ¿Por qué las familias no aprovechan todo lo que la naturaleza les ofrece? Además de frutas y legumbres algunas familias pueden aprovechar productos avícolas y porcinos que son los más comunes en el lugar.

Por ejemplo: hay una variedad de árboles frutales como: la naranja, limón, mandarina, mango, papaya, chicozapote, limas, ciruelas, jobo, chalahuite, pahua, aguacate, plátano (tipos de plátanos tabasco, macho y manzano), durazno y guayaba.

- Hortalizas: acelgas, quelites, verdolagas, lechugas, pemuche, chayote y calabaza.
- Cultivos de maíz, frijol, café y cacahuete.

- Plantas de ornato como: rosas, bugambilias, tulipanes, violetas, nochebuena, flor de muerto, jazmines, palmilla, santa cruz, girasoles, flor de muerto, mano de león y gardenias.
- Plantas medicinales como: romero, epazote, nopal, sábila, ojite, guayabo, manzanilla, pimienta, etc.

La naturaleza les favorece es muy importante el clima y el tipo de tierra que existe en la comunidad. El clima es templado húmedo, con tendencia a volverse caluroso durante el verano, estación en donde se tiene precipitación fluvial y que en ocasiones es abundante y tormentosa, esto beneficia a la vegetación por lo que siempre se ven verdes y llenos de vida.

Existe una variedad de suelos según el lugar en donde se encuentren. En las partes bajas o planas hay tierras fértiles conocidas con el nombre de “Tierra Vega”, de consistencia porosa, de color café oscuro o negro son ideales para la agricultura, en algunas partes de la comunidad hay tierra rojiza y chiclosa que sirve para hacer ollas.

En las zonas boscosas, encontramos sembradíos de café con gran cantidad de humedad y un porcentaje alto de nitrógeno, potasio y fósforo.

Con base a esto, pude darme cuenta de que esta población produce varias hortalizas y frutas las cuales se pueden aprovechar y con ello obtener alimentos más nutritivos. Otro aspecto que observé a través de visitas domiciliarias fue que la dieta número uno de las familias es la tortilla, chile y el frijol, este último lo preparan de diferentes maneras, los hacen fritos, en bocoles, empanadas, con epazote y la mayoría de las veces es acompañado con huevo. Solo una vez a la semana preparan otros alimentos como, arroz, sopa, caldo de pollo.

Existen otros datos que pudieron figurar como base para incrementar los niveles nutricionales de las comidas.

En entrevistas realizadas a buena parte de las familias, arrojaron los siguientes datos: en la comunidad de Ixcatlán consumen carne 2 ó 3 veces por semana (los más pudientes), para esto se les preguntó a las señoras si tienen en sus casas animales domésticos como pollos, vacas y cerdos, un 90% contestó que tiene pollos y un 10% cerdos, al igual que algunos consumen este tipo de carne o dejan a las gallinas para que pongan huevos y que forma parte de su dieta. En cuanto a los cerdos, la mayoría los vende o los matan para posteriormente vender la carne en canal.

Las carnes tienen diferentes formas de preparación. La forma de consumo de la carne de pollo es en caldo con fideo o en salsa roja y la carne de cerdo la preparan con salsa roja o verde o nada más la fríen y la consumen con enchiladas.

Por considerarse a las enchiladas y a los bocoles como la dieta común entre las personas, podemos pensar que su nivel de alimentación es bajo, aunado a esto, se encuentra el nivel socioeconómico que en realidad no es tan favorable para la mayor parte de la población.

1.1.4 Niveles educativos.

Ixcatlán ha seguido trabajando en la construcción de escuelas u otros servicios para beneficio de su población.

En primer lugar cito al Centro de Educación Preescolar Indígena que alberga a 60 niños distribuidos en sus tres grados con sus educadoras respectivas. Sus instalaciones son de concreto y están en condiciones favorables.

La Escuela Primaria “José María Pino Suárez” la cual se construyó en el año de 1976, fue el centro educativo donde llevé a cabo esta investigación concluyendo con la puesta en marcha del proyecto de intervención socioeducativo denominado:

“La falta de una educación alimenticia para abatir el problema de la desnutrición infantil en un grupo de señoras beneficiadas con el programa IMSS-Oportunidades”.

El propósito central se dirigió a crear en las familias atendidas una nueva cultura alimentaria para con sus hijos menores de 5 años. Elevar con mejores dietas el nivel nutricional de los alimentos como fuente principal para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades.

La Escuela Técnica fundada en el año 1983 se encuentra en la parte sur de la comunidad con excelentes instalaciones y un buen número de alumnos adolescentes ganosos de trabajar en su formación educacional.

En el nivel medio superior está un Tele bachillerato también con instalaciones adecuadas para el servicio educativo donde los jóvenes encuentran la oportunidad de prepararse para el futuro, ya que cuenta con el personal capacitado, aunque no posee espacios recreativos por tener un área territorial muy pequeña.

Por otra parte, datos recabados en el año 2007 en el censo que realiza año con año la Unidad Médica Rural No. 5, se hace referencia al nivel educativo de la comunidad de Ixcatlán, dichos datos muestran que solo el 13% de la población adulta culminó la educación primaria, un 15% la secundaria, 10% la Preparatoria, 5% han culminado una carrera universitaria, lo que significa que más de la mitad de la población adulta no tuvo ningún tipo de formación lo cual equivale a un 57%.

Existe un alto índice de analfabetismo, algunas personas solo cursaron la primaria o secundaria, completa o incompleta, muy pocos concluyeron el nivel medio superior y las personas preparadas que son muy pocas tuvieron que salir a las ciudades cercanas para terminar una carrera profesional, ya que podemos ver que hay Médicos, maestros, Ingenieros, Licenciados, etc.

Ante esta realidad, se puede decir que influyen muchos factores que impidieron que algunas personas continuaran con sus estudios, uno de estos y creo que fue el principal, es la falta de recursos económicos, otro es que el número de integrantes en las familias es amplio, por lo tanto, no es posible solventar el gasto

que se genera en cuanto a la manutención de estas familias, mucho menos los gastos que se tendrían que emplear para la educación de sus hijos, ya que su prioridad o preocupación es la de cómo conseguir el alimento diario.

El analfabetismo predomina más en las personas adultas, lo constaté mediante observaciones que realicé en las pláticas del Curso-taller implementado en el programa IMSS-Oportunidades, ya que en ocasiones les solicitaba que elaboran láminas de algunos temas y nadie quería hacerlas, para esto les preguntaba si sabían leer y escribir, del total, solo dos personas dijeron que si y las demás dijeron que nunca habían ido a la escuela.

1.2 Institución prestadora del servicio social.

La Unidad Médica Rural No. 5 de Ixcatlán Huejutla, Hgo. , perteneciente a la Zona Huejutla II, contaba con una población adscrita de 2568 pacientes de los cuales 1895 (73.7%) habitaban en la sede y 673 (26.2) habitaban en las localidades de acción Intensiva (LAI).

Las LAI's son poblaciones que se encuentran colindando a la sede, Ixcatlán, las cuales son:

- Tepemaxac se encuentra ubicada a 6 kilómetros con una división política y una población de 405 habitantes adscritos en programa..
- Ahuacatitla se encuentra ubicada a 4 km., con una población de 175 habitantes.
- Cacatetitla se encuentra ubicada a 4 km. de la sede con una población de 93 habitantes.

Cabe mencionar que un 74% de la población de Ixcatlàn estaba adscrita al programa IMSS-Oportunidades. Con respecto a la distribución por sexo, encontramos lo siguiente: el 50.5% de la población era femenina y un 49.5% era masculina. El grupo de menores de 5 años que es de suma importancia era de 353 infantes, es decir un 12.2% de la población total del universo de trabajo. La población adolescente constituía un 21.6% de la población total con un número de adolescentes de 542 de 10 a 19 años. El grupo de adultos que comprendía entre los 20 a 59 años era de 1207 habitantes que corresponde a un 48.2%, en tanto que el grupo de la tercera edad estaba representado por 176 individuos que equivalía al 7% de la población⁶.

Recursos para la salud

La UMR No. 5, era administrada por un médico y dos auxiliares de enfermería, apoyados por una estructura comunitaria voluntaria de 4 asistentes rurales, 5 comités de salud, conformados por 42 promotoras sociales voluntarias, a su vez toda la comunidad participaba de manera voluntaria en el aseo de dicha unidad.

Así mismo, las Unidades Médicas Rurales de la Zona Huejutla II, contaban con el apoyo del Hospital Regional de Oportunidades No. 21 ubicado en la ciudad de Huejutla, en cual brindaba atención de segundo nivel, contando solamente con especialistas de: medicina interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría.

Se contaba también con un equipo zonal integrado por un asesor y un promotor de acción comunitaria, los cuales se encargaban de asesorar y de supervisar el trabajo médico y administrativo de la UMR, así como el cumplimiento de las metas programadas en los diferentes aspectos de atención.

Recursos materiales.

⁶ Archivos de la UMR No. 5, año 2006.

La UMR No. 5 contaba con las siguientes instalaciones: sala de espera, consultorio médico, sala de exploración, sala de observación con 2 camas y un closet, farmacia, baño para pacientes, cuarto con baño exclusivo para el médico, instalación eléctrica, hidráulica y de gas, red de frío, estufa para esterilización, sistema de radiocomunicación, bodega acondicionada para sesiones educativas, así como un mobiliario instrumental, sillas, 2 escritorios, material de limpieza, etc.

Estos materiales y la infraestructura hacían posible su funcionamiento en beneficio de la sociedad derechohabiente.

Recursos económicos.

El aporte financiero estuvo dado al 100% por el programa IMSS-Oportunidades.

Recursos humanos.

El equipo de salud estuvo conformado por un médico en servicio social, que era el responsable de su operación, así como por un auxiliar de área médica de base y una suplente.

El reclutamiento del personal médico se realizaba a través del proceso de selección de médicos que cubren un servicio social regulado por la Secretaría de Salud, el Programa les asignaba una Unidad Médica bajo la supervisión y asesoría de un equipo zonal conformado por un médico asesor, un Promotor de Acción Comunitaria y un Técnico Polivalente.

Las plazas que no se lograban cubrir con médicos en servicio social se ocupaban mediante contrataciones temporales de médicos titulados, a fin de mantener siempre la presencia de un médico en la UMR.

En la Unidad Médica Rural No. 5, se encontraba laborando la Dra. Diana Mejía Olvera pasante de Medicina, la cual realizó sus estudios en la Universidad Nacional

de Tamaulipas. Su estancia en esta unidad fue de un año ya que sólo estuvo realizando su servicio social que comprendió del 21 de febrero del 2007 al 30 de enero del 2008; su horario de trabajo fue de 8:00 a.m. a 13:00 p.m. y de 15:00 pm. a 18:00 pm. o en caso de que hubiera urgencias laboraba las 24 hrs. Su función dentro de la Unidad Médica fue de Directora, se encargaba de coordinar todas las actividades, además de dar sus respectivas consultas. El compromiso que la Doctora tenía con la clínica era la de proporcionar bienestar de la comunidad mediante el tratamiento, prevención o curación de enfermedades.

La doctora no solo se dedicaba a dar consultas, también daba pláticas en el programa de Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) a las señoras embarazadas, señoras que tenían hijos desnutridos, además de realizar visitas domiciliarias. La doctora no entendía el dialecto Nahuatl que es la lengua materna de los habitantes de ese lugar, ella solicitaba la ayuda de un traductor para dar las consultas. Por ejemplo: cuando llegaba un paciente y comenzaba a hablar, ella con un gesto miraba a alguien que estuviera cerca y le solicitaba la traducción de la lengua nauatl al español; dentro de su consultorio pedía la colaboración de su enfermero para que estuviera junto a ella, éste era el traductor tanto del paciente como de la doctora, ya que en ocasiones el paciente no entendía las indicaciones de la doctora, porque ella hablaba solo español.

Por lo que se observa, la doctora hacía un gran esfuerzo por aprender esta lengua, aprendió lo básico, pronunciaba algunas palabras como: *en la mañana, medio día, en la noche*. Estas le servían para recetar algunos medicamentos que los pacientes tenían que tomar 3 veces al día, ella les indicaba: *ud. se va tomar una pastilla en la mañana, otra al medio día y otra en la noche*, enseñándoles el medicamento, en caso de no saberle explicar lo hacía con señas o dentro de la receta ponía un recado anotando las horas en las que el paciente iba a tomar el medicamento, en caso de que no hubiera receta les anotaba en la caja o frasco del medicamento.

La doctora es nativa de la ciudad de Tula de Allende, Hgo., ella comentó que son muy distintas las formas de vida de Ixcatlán y las de su pueblo, sobretodo en la cuestión alimentaria; a ella le llamó mucho la atención las comidas que se preparan en la comunidad de Ixcatlán, por ejemplo las formas de hacer las tortillas le parecían muy ricas, especialmente las enchiladas. Visitaba a los habitantes de la localidad para saber sus formas de vida y su cultura, además de aprender algunas actividades que ellos realizaban como son: moler el nixtamal en metate, hacer tortillas y cocerlas con leña, bordar, etc.

En cuanto a su desempeño dentro de la clínica, era una persona muy amable con los pacientes, trataba de atender a todos los que alcanzaban ficha, sin embargo en ocasiones se desesperaba a tal grado de decir que ya no los iba a atender porque eran demasiados pacientes. Como estrategia optaba por atender a los que realmente están muy enfermos, ya que en la entrevista realizada me dijo que algunos solo asistían por una simple gripa u otras enfermedades que se pueden atender y prevenir en casa, por lo era necesario programar pláticas de cómo tratar enfermedades de menor grado. Durante una jornada de trabajo atendía a 35 pacientes pero había días que sobrepasaban los 50.

La relación que tiene con los pacientes es buena, en cuanto al trato especialmente con los niños, ya que cuando llegaban, los abrazaba. El trabajo era muy absorbente ya que la comunidad atendida venía de un universo de 1895 habitantes. Había pacientes que por su situación de enfermedad les tenía que dar seguimiento, ya que si no se contaba con los recursos necesarios para atenderlos, veía la manera de cómo ayudarlos, es decir trasladándolos al seguro social de Huejutla. En ocasiones ella personalmente los trasladaba en su camioneta y estaba al tanto de su evolución.

La doctora se caracterizó por ser una persona alegre, simpática, amable, manteniendo una comunicación amena con las personas de la comunidad.

Como personal auxiliar de área médica, se contó con dos elementos originarios de la misma localidad cuya escolaridad era de primaria y secundaria

dominaban el idioma náuatl, competencia que ayudaba mucho a la doctora al momento de trabajar en las comunidades circunvecinas. Las personas aspirantes para ser parte de la unidad médica como requisito debían recibir un curso de dos meses de adiestramiento en un hospital rural, así como un curso formativo para ser certificadas como Auxiliar Técnico de Enfermería.

Este personal, denominado auxiliar de área médica, recibe un adiestramiento continuo de parte del médico encargado de la unidad para desempeñar sus funciones, que consisten en el cuidado de pacientes, manejo de equipo e instrumental médico; apoyo al médico para entender los valores culturales, las actitudes de la población relacionadas con la salud, la medicina, la higiene y las costumbres particulares de atender su salud.

Este equipo de salud mantiene estrecha coordinación de trabajo con los grupos voluntarios y la población en general, para realizar acciones conjuntas de la salud. Para garantizar la calidad de los servicios, se cuenta con un programa de capacitación continua y adiestramiento.

Otra de las personas que laboraba dentro de esta unidad era el auxiliar del área médica, enfermero Rubén Gómez Castro quien realizó sus estudios en el ICESH de la ciudad de Huejutla donde concluyó su licenciatura. Es nativo de la comunidad de Ixcatlan, lleva viviendo 47 años en el barrio Tlachiquitl y en la unidad lleva laborando 123 años, el horario de trabajo que desarrollaba era de 8:00 a.m. a 13:00 p.m. y de 15:00 a 18:00 Hrs. p.m.

El llevaba el registro de las enfermedades de los pacientes de la comunidad, el control de medicamentos, además tenía la obligación de ayudar a la doctora con los expedientes; del mismo modo, pesar, medir y checar la presión antes de ir a la consulta.

El enfermero mantenía una estrecha relación con los vecinos de la comunidad ya que no solo lo respetaban, sino porque lo consideraban como un gran líder, ya que muchas de las decisiones que se tomaban en la comunidad se las comentaban a

él para que éste les diera su opinión, incluso era amigo de todos, ya que a veces iban señoras o señores al consultorio para comentarle algún problema o pedir algún consejo.

En lo que respecta a su desempeño laboral, trataba de manera afable a todas las personas que asistían a la clínica, les explicaba con paciencia qué era lo que tenían que hacer, en caso de no poderles atender les daba una explicación y les decía que fueran otro día (les da una cita), en agradecimiento ese gesto humano algunas personas le llevaban obsequios como: galletas, café, refrescos, frutas, etc.

Una labor muy bonita del enfermero eran las pláticas a las titulares del programa a los jóvenes que asistían al programa Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). Dentro de estos talleres observé que el enfermero tenía mucha facilidad de palabra (nauatl y español), dependiendo con quien tuviera las sesiones). Además, el alto y amplio dominio de los temas a tratar hacía que estos no fueran tediosos para las personas, los adecuaba de acuerdo a los sujetos con la finalidad de que ellos adquirieran un aprendizaje significativo. Al término de la sesiones les realizaba una evaluación para saber el nivel de aprendizaje.

Organización Voluntaria para la Salud:

La organización comunitaria que se promovía en este aspecto se sustenta en los usos y costumbres locales y en los recursos terapéuticos de la medicina tradicional. Estaba integrada por:

Asamblea Comunal: la Asamblea Comunal representa el nivel superior de decisiones de la organización comunitaria.

Comité de Salud: lo integran de tres a seis miembros de la comunidad elegidos en asamblea, representa el principal órgano de gestoría local y es un vínculo importante entre la comunidad y los servicios de salud. Está formado por un presidente y vocales de salud, saneamiento, nutrición, educación y control, para el

desempeño de sus funciones, reciben asesoría de los promotores de acción comunitaria y del personal de la unidad médica.

Constituía asimismo, la vía para captar y transmitir opiniones de la población sobre los servicios prestados por el equipo de salud.

Las integrantes del comité de salud de la comunidad de Ixcatlan eran:

Presidenta: Señora Valentina Hernández Hernández.

Vocales

Barrio Xochiallo: Agustina Hernández Castro y Juana Gomes Castro

Barrio Tlacuapa: señoras Lucia Hernández Hernández y Carmela Hernández Hernández.

Barrio Apetláco: Señora Rosa Hernández Castro.

Barrio cuatempa: señoras: Antonia Vazquez Hernández.

Barrio Tlachiquitl: señoras Criseria Gómez Hernández y Cirila Ramos Hernández.

Barrio Tlamaya: señoras Eulalia Meza Hernández y Ofelia Ramírez Hernández.

Barrio Talica: Felipa Martines Hernández y Graciela Hernández Hernández.

Barrio Ahuacaixpa: Juventina Amador Hernández.

Los comités de salud junto con las promotoras rurales organizaban las actividades que se llevaban a cabo en la comunidad, visitaban 10 casas para vigilar la prevención de varias acciones preventivas como por ejemplo la descarcharización o cloración de mantos acuíferos.

Las Vocales del programa IMSS-Oportunidades lo conformaban las señoras:

- Reyna Hernández Hernández
- Elvia Gómez Castro
- Ursula Ramírez Bautista

- Ma. Criseria Hernández Hernández
- Ma. Brigido Hernández
- Ma. Virginia Castro Castro
- Mónica Martínez Hernández

Promotores(as) Voluntarios(as) Rurales:

Eran en su mayoría, mujeres seleccionadas por la comunidad y capacitadas por el Programa para promover la salud entre un grupo de familias de la localidad, incluida la propia.

Las promotoras voluntarias realizaban visitas domiciliarias a las familias para identificar personas en riesgo y derivarlas a la unidad médica.

Promovían acciones de saneamiento básico, mejoramiento sanitario de la vivienda, control de fauna nociva, orientación en salud sexual, reproductiva y ginecológica, promoción y orientación nutricional y vacunación, padecimientos crónico degenerativos y enfermedades infecto contagiosas, asimismo, vigilaban que se llevaran a cabo las actividades acordadas en las asambleas.

Periódicamente participaban en la planeación de actividades de salud, se reunían con el equipo de salud para recibir orientación y asesoría e informar sobre sus actividades.

Terapeutas Tradicionales.

Eran hombres y mujeres de la comunidad que contaban con un amplio reconocimiento a su capacidad de curar y que utilizaban recursos terapéuticos locales para atender diversos problemas de salud. Se les conoce como parteras, curanderos, hueseros, rezadores, yerberos y sobadores, entre otros.

La interrelación con estos recursos comunitarios de salud se basaba en el respeto, reconocimiento, corresponsabilidad y complementación, mediante estrategias de trabajo y apoyo mutuo.

Los Asistentes Rurales iniciaron su formación a partir de 1984 para acercar servicios de salud a comunidades dispersas, son personas de la comunidad elegidos en asamblea que realizan trabajo voluntario para atender la salud de la población que radica en localidades denominadas de acción intensiva con menos de 500 habitantes y carentes de infraestructura de salud. El Programa los capacita durante dos meses para diagnosticar y tratar enfermedades frecuentes y de baja complejidad, identificar y derivar a la unidad médica casos que lo ameriten o complicados, realizar actividades de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva, salud ginecológica, vigilancia de embarazadas y niños desnutridos; seguimiento y control de enfermos con padecimientos crónico degenerativos y vigilancia de tratamientos, en formar y consolidar la organización comunitaria para la salud y en la promoción del mejoramiento de la vivienda, el saneamiento básico, la producción de alimentos, el control de fauna nociva y transmisora; la salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de estrategias de comunicación educativa.

Actualmente el programa sigue proporcionado una ayuda económica mensual a los asistentes rurales de salud activos, como apoyo para el traslado a sus unidades médicas, en las que les entregan información, los reabastecen de medicamentos e insumos y reciben asesoría y capacitación continua para la resolución de necesidades específicas.

Anteriormente se menciona que dentro del Programa PROSPERA se manejan varios programas y proyectos enfocados al autocuidado de la salud, destinado a comunidades marginadas que no tienen acceso a servicios de salud, de segundo y tercer nivel. Cabe mencionar que la comunidad de Ixcatlan tiene acceso a estos servicios, ya que reciben pláticas, con la finalidad de educarlos para que ellos gocen de una buena salud. Por otra parte, también se daban pláticas dirigidas a las

familias con mayor riesgo, es decir, las que no cuentan con condiciones adecuadas de vivienda y tienen miembros desnutridos, hipertensos, diabéticos, etc.

1.2.1. Programa IMSS-OPORTUNIDADES.

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-COPLAMAR, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El Programa recibió un renovado impulso a partir del año 2002 al denominársele como "IMSS-Oportunidades".

El Programa IMSS-Oportunidades, es financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país.

El Programa IMSS-Oportunidades privilegia la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud y propicia para ello la existencia de una organización comunitaria que mediante la aplicación de una estrategia de comunicación educativa participa en la promoción de la salud, asimismo, favorece la vinculación de la medicina institucional con la medicina tradicional mexicana.

El IMSS es el responsable del ejercicio de los recursos del Programa por lo que administra y contabiliza separada y pormenorizadamente los fondos para la operación del Programa IMSS-Oportunidades con independencia total del manejo y operación de sus propios recursos.

A continuación se citan los apartados más relevantes y que se vinculan normativamente con el presente proyecto socioeducativo:

Ley General de Salud:

La Ley General de Salud reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud.

El artículo 27 define como servicios básicos de salud los de:

- Educación para la salud, promoción del saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- Prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- Atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- Atención materna infantil;
- Planificación familiar.
- Prevención y control de las enfermedades bucodentales;
- Promoción del mejoramiento de la nutrición.
- Disponibilidad del cuadro básico de medicamentos y otros recursos esenciales a la salud.

Cabe mencionar que este artículo si coincide con las acciones emprendidas por la Unidad Médico Rural No. 5

Los artículos 35 y 36, establecen los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación en relación con los servicios a población abierta. La ubicación del Programa en zonas marginadas o de menor desarrollo económico y social, lo exime del cobro de cuotas de recuperación, por lo que la población como contraprestación, asume el compromiso de participar en la realización de acciones que contribuyan a mejorar su estado de salud.

Los artículos 57 y 58 definen la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes.

II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud.

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.

IV. Información, a las autoridades competentes, de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud.

Estas actividades se realizan a través de pláticas con toda la población no adscrita y adscrita al programa IMSS-Oportunidades.

Para responder a las necesidades de la población beneficiaria y en apego a las estrategias de atención primaria a la salud, se instrumentó un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) de atención cuyos servicios son gratuitos.

Las principales actividades del MAIS que realizan los equipos de salud con la organización de voluntarios de la comunidad, se detallan a continuación:

- Salud Reproductiva y Materno Infantil
- Salud Ginecológica
- Salud Integral del Adolescente
- Alimentación y Nutrición Familiar

Mejorar y mantener los niveles adecuados de nutrición del niño, así como de la mujer embarazada, mediante la valoración periódica del peso/edad en el niño y peso/talla de acuerdo a edad gestacional de la embarazada; identificación de los factores de riesgo; capacitación a las madres en el uso adecuado y preparación de los alimentos de consumo local y familiar e incorporación de los desnutridos moderados y severos al Centro de Recuperación Nutricional (CEREN) en unidades que atienden población indígena.

Acciones:

1. Valoración periódica del estado nutricional de los menores de 5 años.
2. Tratamiento dietoterapéutico específico y vigilancia del niño desnutrido hasta su recuperación.
3. Capacitación a las madres para la elaboración de dietas familiares de alto valor nutritivo y bajo costo.
4. Valoración del estado nutricional de las embarazadas y en etapa de lactancia.
5. Promoción y demostración de técnicas para la producción y aprovechamiento de huertos, de granjas de especies menores y de los recursos locales alimentarios.
6. Identificación, derivación, seguimiento y control conjuntamente con los voluntarios de la comunidad de embarazadas, en etapa de lactancia y niños desnutridos, con el fin de promover su incorporación a las acciones de orientación alimentaria.
 - Vacunación Universal
 - Enfermedades de las Vías Respiratorias y Tuberculosis
 - Enfermedades Asociadas al Inadecuado Saneamiento del Medio
 - Enfermedades Crónico-Degenerativas
 - Enfermedades transmitidas por Vectores
 - Actividades Médico-Asistenciales

Objetivos del programa IMSS-Oportunidades.

Objetivo General

El Programa IMSS-Oportunidades tiene por objeto proporcionar servicios de salud integrales de 1er. (UMR) y 2o. nivel (Hospital con especialidades), oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud de zonas rurales y urbanas marginadas; el Modelo de Atención Integral a la Salud se

sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

Objetivos Específicos

De la Atención Médica:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población ubicada dentro del ámbito geográfico de operación de IMSS-Oportunidades y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo problemas prioritarios de salud y a los factores que las condicionan.
- Prevenir los principales problemas de salud mediante la investigación y la vigilancia epidemiológica.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres, actitudes y riesgos relacionados con la salud.
- Impulsar el desarrollo técnico y humano del personal institucional que garantice la calidad, la efectividad y la eficiencia en la prestación de los servicios y la vigilancia epidemiológica.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.

De la Acción Comunitaria:

- Fomentar la participación de la comunidad en acciones orientadas a favorecer una cultura de la salud.
- Acercar los servicios de salud a la población beneficiaria con voluntarios capacitados, electos por la comunidad.
- Promover la participación de la población en acciones de desarrollo comunitario que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición.

- Incorporar a la población en acciones derivadas de políticas sectoriales e institucionales que contribuyen a disminuir los principales rezagos locales de salud.
- Apoyar a la población para el adecuado aprovechamiento de los recursos locales disponibles, incluidos los de la medicina tradicional.
- Favorecer la vinculación con otras dependencias públicas y privadas, a fin de potenciar recursos y acciones con esfuerzos dirigidos a disminuir los principales factores de riesgo para la salud de la población.
- Impulsar la organización comunitaria para la producción de bienes de autoconsumo y generación de sus propios recursos.
- Impulsar el desarrollo humano y comunitario a fin de enriquecer las relaciones armónicas entre la población.
- Desarrollar procesos de educación para la salud con calidad que coadyuven a instaurar localidades saludables.
- Promover el autocuidado de la salud integral de las mujeres a fin de mejorar su calidad de vida.

Lineamientos Generales

- Cobertura

El Programa cubre localidades marginadas rurales y urbanas en condiciones de pobreza o pobreza extrema en todo el país.

- Población Objetivo

La población beneficiaria está compuesta principalmente por campesinos e indígenas que radican en las zonas rurales marginadas, así como la población de escasos recursos de la zona urbana.

- Población Beneficiaria Adscrita

Es el total de habitantes de las localidades sede, de acción intensiva y microrregiones que son responsabilidad directa del Programa (Universo de Trabajo), más la suma de los integrantes de las familias de otras localidades del área de

influencia en la que algún miembro del núcleo familiar haya demandado atención en los últimos tres años calendario.

- Población Derechohabiente

Además se atiende en el Programa a población derechohabiente, que es la que está amparada por la seguridad social y hace uso de los servicios del Programa.

- Población Universo de Trabajo

Población de responsabilidad directa del Programa en la que se realizan acciones acorde al Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS). Corresponde al 100% de los habitantes que radican en la localidad sede de la unidad médica, Localidades de Acción Intensiva (LAI) y localidades que integran las microrregiones.

- Población Sede

Es la población de la localidad en la que se encuentra ubicada la Unidad Médica, destacando que en las localidades que cuentan con más de una institución de salud, el área geográfica se divide en sectores de responsabilidad por acuerdo interinstitucional.

- Población de Localidades de Acción Intensiva (LAI)

Es la que se encuentra ubicada dentro del área de responsabilidad directa de las unidades médicas de primer y segundo nivel en las que se desarrollan actividades inherentes a la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

- Población de Microrregión

Es la población que radica en una extensión territorial lejana a la unidad médica, la cual se incorporó al universo de trabajo como estrategia de extensión de cobertura. Están integradas por un promedio de 11 localidades las cuales no cuentan con servicios permanentes de salud y que son atendidas por asistentes rurales de salud y visitas programadas de equipos de salud conformados por una enfermera y un promotor de acción comunitaria.

- Población de Localidades Área de Influencia.

Se conforma por los integrantes de las familias en las que algún miembro del núcleo familiar haya demandado servicios de salud y que no pertenezca al Universo de Trabajo del Programa, exceptuando a los que correspondan a otra unidad médica.

Beneficiarios.

Los servicios del Programa son abiertos a la población en general, dentro del ámbito de las unidades médicas rurales o de los hospitales rurales, es decir cualquier persona puede acudir a sus instalaciones y de manera gratuita demandar la prestación del servicio.

Ejecución.

La prestación de los servicios médicos del Programa, se realiza en dos niveles de atención; se ofrecen tanto a demanda específica, como a través del programa regular de actividades de la propia comunidad. Para ello IMSS-Oportunidades cuenta con una infraestructura homogénea, conformada por los dos tipos de unidades vigentes.

1.3. Descripción del grupo.

De los programas antes mencionados tuvieron que ver con el motivo de esta investigación convertida en proyecto de carácter socioeducativo dentro de un grupo de 25 señoras que tenían hijos con desnutrición, ya que una de las estrategias del Programa para promover la participación familia fue la de desarrollar prácticas demostrativas de promoción a la salud.

Con este grupo de señoras se estuvieron realizando demostraciones de preparación de alimentos con soya, a su vez se les dio a conocer, cuáles son los nutrientes que proporciona este alimento, estas actividades se estaban realizando 2 veces por año, esto causaba que las señoras no tuvieran un aprendizaje significativo,

ya que se demostraba la preparación de varios alimentos a la vez, por lo que ellas no lograban ver todo el proceso que debería seguir para cada platillo. Preparaban solo un alimento, el más práctico.

No se cumplían con los objetivos porque:

- No hay un Instructor especializado en la preparación de alimentos con soya (en las observaciones realizadas percibí que había una persona encargada de enseñarles, sin embargo esta no se sabía todas las recetas, por los que unos alimentos no salían como lo habían planeado).
- No existía organización por parte de los miembros que se encargaban de realizar esta actividad (observe que no existía la adecuada comunicación, ya que no ponían de acuerdo para saber cuál iba a ser su función dentro de esta actividad).

Las prácticas demostrativas comprendían dos fases.

► *Fase educativa*: se orientaba y capacitaba a las familias en las obras o acciones que se realizaban en materia de autocuidado de la salud.

► *Fase práctica*: se aplican los conocimientos adquiridos en la sesión educativa de manera práctica, por ejemplo: construir un sanitario ecológico, un fogón ahorrador de leña, un piso, muro o techo; sembrar, cultivar y transformar el amaranto; realizar procedimientos de cloración del agua, preparación de alimentos con soya, etc.

Cabe mencionar que estas prácticas demostrativas de alimentos con soya se llevaban a cabo los sábados bajo un horario de variable con 25 señoras que tenían hijos menores de 5 años que mostraban desnutrición. Para esto fue necesario realizar reuniones en la que se les explicaba el objetivo que tenían estas prácticas de preparación de alimentos con soya.

El proceso seguido:

Primeramente fue necesario desparasitar a cada uno de los integrantes de las familias involucradas, a los niños desnutridos se les suministró vitaminas con la finalidad de que elevaran su peso.

Posteriormente se realizó una reunión para mostrarles las comidas y postres que podíamos hacer con la soya (anteriormente fue necesario hacer una selección de los productos con la finalidad de escoger alimentos que contenían algunos de los ingredientes que se producían en la comunidad), a su vez aprovechar los productos que se sembraban y cultivaban en la comunidad (chayotes, rábanos, huevos, etc.), esto les evitaba un gasto mayor.

Cabe mencionar que algunos ingredientes no estaban al alcance de estas familias por lo que fue necesario hablar con la Doctora Diana y comentarle este asunto, en respuesta a ello, ella manifestó “yo compro la soya y ustedes se encargan de los otros ingredientes que hagan falta”, esta problemática que se estaba presentando (no contar con estos recursos), dio pauta para que indagara sobre los apoyos que se recibían en la UBR No. 5. Al respecto, la doctora decía: “no aquí no llega ni un solo peso, en todo caso lo que llega a faltar, lo pongo yo”, al mirar la situación se solicitó al IMSS el aporte de este recurso, sin embargo no hubo una pronta respuesta

Este problema fue incrementándose más y más, cada vez eran más los gastos que tenía que hacer la doctora, por lo que se les tuvo que comentar a las señoras (tenían entendido que la soya era regalada) y ellas llegaron a un acuerdo diciendo que se iban a cooperar para comprar las cosas y así evitar que la doctora gastara, en ese entendido las señoras cada sábado preguntaban el menú para la siguiente sesión con la finalidad de que se les proporcionara la lista de ingredientes con sus respectivos precios y así dividirlos entre todo el grupo. La cooperación no rebasó los 15 pesos.

Lo anterior ocasionaba que varias señoras no asistieran a las prácticas demostrativas, su argumento era que no tenían dinero. De las 24 señoras que asistieron el primer sábado, fue disminuyendo hasta quedarnos con un grupo de 13. Estas permanecieron todas las sesiones posteriores, se notó su interés por aprender, además asistieron porque les preocupaba la salud de sus niños.

Los testimonios más escuchados fueron: “yo voy porque quiero que mi niño suba de peso”, “me da pena cuando me dicen que mi hijo está desnutrido”, “yo siento feo”, “además me gusta aprender a cocinar”, “yo voy porque quiero aprender más”, “es muy rica la soya”. Para estas 13 señoras el no tener dinero no era un impedimento ellas iban y posteriormente hacían llegar el dinero

Las señoras que preparaban alimentos con soya se preguntaban por qué solo soya, al respecto la doctora les recordaba que la soya era muy nutritiva y con esa comida los niños subirían de peso y de masa muscular. Se programaron pláticas sobre el tema los días viernes, reiterándoles a las participantes que las base más importantes de nuestra salud física y mental es una dieta equilibrada. Nuestra gente, pero principalmente los niños necesitan alimentos variados y nutritivos para un mejor desarrollo, una alternativa que les traemos como alimento nutritivo, es la soya.

Propiedades de la soya, la soya se conoce en dos modalidades:

- Fríjol de soya.
- Soya texturizada

Mezclando el fríjol de soya en la mayoría de los alimentos que consumimos diariamente, como la leche, atole, tortillas, pan, postres, golosinas, tamales, agua fresca, nieves, dulces inclusive embutidos (chorizo, salchichas, jamón, etc.), tendremos comida más nutritiva y más barata.

Un kilo de soya contiene aproximadamente la proteína de 2.50 kilos de carne sin hueso, 75 huevos, 15 litros de leche sin desgrasar o 2 kilos de queso y es 30 veces más barata que dichos productos, ya que un kilo de soya cuesta 16 pesos y

con se pueden preparar alimentos para una semana. La soya contiene vitaminas, minerales, fósforo, hierro y calcio en mayor porción que ningún otro vegetal o carne de animal.

La soya Texturizada es un estupendo sustituto de la carne, una vez preparada puede emplearse para elaborar albóndigas, picadillo, tacos y muchísimos platillos más.

Productos básicos de la soya:

1. Leche de soya: es mejor que la leche de vaca ya que contiene más calcio que esta, además resuelve los problemas de alergia y desórdenes digestivos que padecen muchas personas, especialmente de las zonas marginales. Con la leche de soya podemos preparar las mismas cosas que hacemos con la leche de vaca, como son: quesos, atoles, licuados, requesón, gelatinas, flanes, helados, agua de horchata, rompopo, yogurt.
2. Okara: (masa que se obtiene al moler el frijón): se usa para preparar varios alimentos como, albóndigas, rellenos de chiles, tamales, chorizo, etc. Además se puede convertir en alimentos dulces, como postres, panes, harinas y cereal como la granola.
3. Tofu (Queso): es un derivado muy importante de la leche. Con un poco de práctica se puede preparar queso que sirve también como un sustituto del pescado y del pollo. El suero que queda al cortarse la leche es útil como acondicionador del cabello, como loción limpiadora de la cara; en poca cantidad se utiliza como parte del caldo de una sopa para enriquecer un agua fresca de frutas o como líquido para masas.

A continuación se muestra la relación madres de familia y sus hijos.

Estas personas son las que integraron al grupo objeto de estudio.

N.P.	MADRE DE FAMILIA	HIJO MENOR DE 5 AÑOS
1.	Hernández Castro Alicia	Abdaye Itzel Martínez Hernández
2.	Castro Bautista Viviana	Cinthia Karina Hernández Castro
3.	Hernández Hernández Vicenta	Adelaida Alonso Hernández
4.	Hernández Hernández Ma. Eugenia	Janet Hernández Hernández
5.	Hernández Castro Rosa	Andrés Hernández Hernández
6.	Hernández Hernández Teresa	Luz Nereida Hernández Hernández
7.	Santos Martínez Diana	Blanca Yareli Martínez Santos
8.	Hernández Olvera Antolina	Apolinar Antonio Hernández Hernández
9.	Hernández Hernández Margarita	Gisela Tapia Hernández
10.	Bautista Hernández Paulina	Juan Carlos Hernández Bautista
11.	Hernández Hernández Flora	Lorena Lizeth castro Hernández
12.	Ramírez Hernández Ma. Isabel	Claudia Martínez Ramírez
13.	Hernández Hernández Ma. Simona	Edgar Hernández Hernández

Trabajar con un grupo de señoras es un proceso complejo por ello me di a la tarea de indagar como se conforman, qué características tienen, tipos de grupos. Al respecto retomé a González Núñez J. de Jesús: él nos dice que hay varios autores

que han definido al grupo como una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en este caso, las metas de las señoras fue que sus hijos subieran de peso mediante una alimentación adecuada. Para ello, todas las integrantes debían reconocerse como miembros activos pertenecientes al grupo rigiendo su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado y modificado.

En el proceso que se llevó durante estas sesiones, las señoras se observaban unas a otras para ver que todas estuvieran realizando las actividades programadas. En la primera sesión nadie hizo comentario alguno en relación al desempeño, sin embargo en la segunda sesión algunas señoras se empezaron a quejar de que unas no trabajaban, por ellos las señoras pusieron un reglamento interno para que la división del trabajo fuera equitativa para todas. Este reglamento funcionó a su vez propició la comunicación entre todas ellas, formando un grupo operativo

Este grupo de señoras, lo llamó grupo operativo, como lo dice el Autor Enrique Pichon Riviere que los grupos operativos se definen como grupos centrados en la tarea. Principalmente por que este grupo se propone tarea que realizar a fin de obtener un aprendizaje, en este caso como preparar la soya y que beneficios tiene para nuestra salud dicho alimento.

Ya que la finalidad de estas demostraciones fue la de promover una nueva cultura en cuanto a la alimentación. Este proceso no se da a corto plazo sin embargo, como propuesta de mejora en este rubro fue necesaria la aplicación de una serie de estrategias y acciones sociales, a fin de garantizar la asistencia y permanencia de las familias inscritas en este programa.

La conducta social se manifiesta en forma de estatus y roles; en cuanto al status y roles de cada uno de los miembros del grupo, se laboró con:

- Diana Mejía Olvera (Doctora)
- Floridalia Ramírez Cortes (Prácticas profesionales)

- Señora Josefina Islas Oaxaca (cocinera del IMSS)
- Grupo de señoras que tienen hijos desnutridos.

¿Cuál fue el rol de los involucrados?

La Doctora fungió como supervisor del grupo, Floridalia Ramírez Cortés desarrolladora del proyecto de intervención como mediadora, la señora Josefina como enseñante de las recetas con soya, por último el rol de las señoras que tenían hijos desnutridos menores de 5 años como alumnas y a su vez como madres de familia.

A nivel comunidad, había un grupo de señoras trabajando para la buena organización del sector salud. La señora Teresa tuvo el rol de iniciador contribuyente ya que esta sugería y proponía a sus compañeras actividades e ideas respecto a las acciones que debían orientar al programa. Doña Vicenta, era opinante ya que expresaba sus ideas dando alternativas de solución a las propuestas vertidas. Sin embargo hubo otras participantes como la Sra. Teresa, Diana y Alicia ellas hacían lo posible para que todo lo planeado llegara a buen fin a través de la coordinación del Técnico en procedimientos que fue la Sra. Ma. Eugenia ya que aceleraba el movimiento del grupo propugnaba mucho el trabajo colaborativo y creo fue una excelente estrategia ya que las acciones fueron favorables.

Al interior del grupo hubo una gran coordinación en cada acción que contemplaba el programa, todas realizaban según lo indicado sin perder el propósito de las sesiones. Primero la atención a las recetas a elaborar (ingredientes, productos, etc.) y posteriormente la preparación de los alimentos de manera rotativa, es decir, que se procuró que todas las integrantes pasaran a preparar diferente tipo de comidas.

Como en todo grupo social integrado a un proyecto o programa, hubo la necesidad de estimular y motivar a aquellas señoras que por situaciones de carácter

familiar ya no querían asistir, al respecto se realizaron visitas domiciliarias de convencimiento y apoyo.

Por ejemplo: la Señora Ma. Eugenia, se portaba muy seria, pasiva, mostraba una cara de enojo, a simple vista se notaba que no tenía ganas de asistir, pero ya en el transcurso de los días la fui tratando y conociendo más, y por lo tanto ella se fue sintiéndose más segura de sí misma. Este reconocimiento la hizo una señora platicadora, sonriente, además con intenciones de aprender, sin embargo los conocimientos que ella adquiriera poco los practicaba en casa, ya que no contaba con recursos económicos para adquirir los productos alimenticios.

Hubo señoras que por su estado de salud (embarazo), como la señora Alicia no podían hacer actividades pesadas como acarrear agua o alzar cosas, sin embargo ella hacía las tortillas o ayudaba a la realización de algunos guisos. Estaba muy pendiente de su hija a la hora de comer, muy interesada en poner en práctica los conocimientos adquiridos, hasta solicitó copia de las recetas culinarias.

La señora Diana es muy joven (tiene 19 años), es muy participativa, llegaba puntual a las sesiones, siempre estaba lista para empezar a realizar una tarea. Es una persona que no terminó la primaria y a pesar de eso tuvo muchas ganas de sobresalir, ya que en su casa realiza actividades como sembrar hortalizas y venderlas para adquirir recursos económicos y a su vez no depender de su marido, por que ella argumentaba que si no hiciera esto, sus hijos no comerían debido a que su esposo se va al corte y le manda dinero de vez en cuando.

Las edades de las señoras del grupo comprendían entre los 16 a los 38 años, cada una con un número variable de hijos de 1 a 7. La escolaridad mínima ostentada fue de primaria y secundaria debido a la falta de recursos económicos y por embarazos a temprana edad. Los esposos recurrían a varios oficios como albañiles, ayudantes del campo (corte de tomate, chile, etc.), algunos otros trabajaban en la ciudad de Huejutla y en la ciudad de México con sueldos muy bajos lo que significaba un limitado aporte al aspecto nutricional de sus hijos.

1.4. Diagnóstico socioeducativo.

El diagnóstico social es un proceso de elaboración de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas.⁷

Un diagnóstico no se hace solo para saber qué pasa en un espacio y contexto determinado. Se elabora con dos propósitos bien definidos, orientados directamente para la acción:

- Ofrecer una información que sirva para programar acciones concretas: proyectos, programas, presentación de servicios, etc.
- Proporcionar un cuadro de situación que sirva para formular las estrategias de actuación.⁸

Para la implementación del proyecto denominado: “curso – taller de educación alimenticia a través de la preparación de alimentos con soya, amaranto y papillas en la unidad médica rural no. 5 de la comunidad de Ixcatlan, Huejutla, Hgo., con un grupo de señoras pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades” fue preciso considerar que como característica principal a la educación no formal en la cual se

⁷ Ander Egg, Ezequiel. “Pautas y Orientación para elaborar un diagnóstico comunitario”; en: Metodología y práctica de desarrollo de comunidad. Buenos Aires. Lumen, 2000; pp. 218-249.

centra la actividad del programa. La intencionalidad al aplicar el curso taller fue determinante ya que no se perdió en ningún momento el propósito planteado desde el inicio de la fase operativa.

1. 5. Planteamiento del problema.

Como se ha venido mencionando en los apartados anteriores el grupo estuvo integrado por 13 señoras con hijos menores de 5 años con problemas de desnutrición, situación por demás preocupante ya que esta problemática ocasiona secuelas en los infantes, además de la limitada acción de las madres de familia al no contar con los recursos suficientes para mejorar sus condiciones de vida.

Se preguntarán, ¿Por qué nada más se atiende el problema que padecen los niños menores de 5 años?

Básicamente porque durante la etapa de 0 a 5 años ocurren los cambios más importantes en el crecimiento y desarrollo del niño, el crecimiento alcanza las velocidades más elevadas y el desarrollo se caracteriza por el logro de importantes hitos sucesivos en periodos muy cortos de tiempo. Es durante esta fase en la que el menor logra su madurez inmunológica y adquiere habilidades y destrezas en su desarrollo psicomotor que lo preparan para su ingreso exitoso al sistema educativo formal. En un periodo tan importante para la formación del individuo, la alimentación y la nutrición ocupan un lugar central, al proporcionar la energía y los nutrimentos necesarios para soportar las exigencias del crecimiento y propiciar las condiciones para que se manifieste un desarrollo óptimo.

El ciclo pobreza–enfermedad inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, las características del patrón reproductivo (edad al procrear, número y frecuencia de los hijos) y la inapropiada atención prenatal y del parto provocan elevadas tasas de mortalidad infantil, alto riesgo de bajo peso del recién

nacido, esto se pudo constatar mediante entrevistas realizadas, al cuestionarlas si antes, durante o después del embarazo si se vitaminan, de las 13 encuestadas, solo dos contestaron que si habían planificado su embarazo, por lo que habían acudido a la clínica para recibir un asesoramiento, por lo que el Medico las vitamina antes del embarazo y en caso de que no hubiera medicamento ellos compraban vitaminas inyectables con el nombre de bedoyecta, otro factor que ya mencionamos anteriormente es que tienen hijos cada año.

La alimentación deficiente en la infancia deja huellas irreversibles. El crecimiento y desarrollo defectuosos provocarán baja estatura, mayores riesgos de enfermedad y bajo desempeño escolar. La desnutrición en menores de cinco años provoca un gran número de consecuencias en diversas áreas del sujeto. Se han documentado efectos a corto, mediano y largo plazo, a largo plazo la desnutrición afecta la capacidad de trabajo físico, el desempeño intelectual y escolar durante la adolescencia y edad adulta.

En la comunidad de Ixcatlan se les da gran cantidad de alimentación a los niños pero es muy deficiente en calidad nutritiva, las familias no consumen frutas ni verduras menos la soya o el amaranto.

¿Qué tan importante es la edad para el desarrollo de los infantes?

El periodo de los dos años de edad es una ventana de edad crítica para la promoción del crecimiento, la salud y desarrollo óptimos. Se ha justificado que ésta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes (minerales y vitaminas) y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después de que el niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla del crecimiento ocurrida anteriormente.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con el índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban

orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

La desnutrición y las deficiencias de vitaminas y minerales ocurren principalmente durante la gestación y los dos primeros años de vida.

En la comunidad las principales causas del problema de la desnutrición son:

- Falta de una cultura de buena alimentación con calidad no en cantidad.
- El incremento de comida chatarra.
- No están acostumbrados a un régimen de desayuno, comida y cena
- El no incluir en sus dietas alimentos nutritivos como verduras,
- Falta la iniciativa por parte de los padres respecto a la atención alimentaria de sus hijos
- Falta de orientación y capacitación a las familias: cuidados para el buen desarrollo físico y emocional.

Las características que puede presentar un niño desnutrido son:

- Estado físico: son delgados, de talla baja, antidinámicos. (con cuadro de fatiga).
- En los casos de desnutrición moderada, pueden tener los ojos sumidos, piel seca, una leve deshidratación, palidez, un poquito amarillos. E

En esta comunidad no existe desnutrición grave o severa.

Para poder atender esta problemática lo primero que se hizo fue explicarles a los padres de familia, de qué manera afecta la desnutrición a sus hijos, es lo básico que ellos tienen que comprender y entender, si no asimilan cuál es el problema principal, entonces no van a razonar para qué alimentarlos nutricionalmente y con qué tipo de alimentos (que alimentos pueden contribuir a una mejor alimentación),

qué actividades pueden hacer para que el niño sea más activo, sea más sociable. La convivencia social ayuda mucho a estos niños, regularmente estos niños eran temerosos precisamente porque traían una eficiencia, o porque estaban fatigados, no tenían ganas de hacer nada, porque no contaban con la suficiente energía para hacerlo.

Documentos registrados en la unidad médica No. 5 de la localidad evidencian que esta problemática ha sido persistente durante varios años, siempre se ha presentado. La desnutrición ha venido afectando principalmente a los infantes en primer lugar porque existen familias con muy poco ingreso y segundo porque aunque no se cuente con ello, no poseen una cultura del bien comer.

De todo lo anteriormente expuesto llegué a la conclusión de que la problemática debí plantearla como: ***“Determinar los factores que influyen en la adquisición de una educación alimenticia para abatir el problema de la desnutrición infantil con un grupo de señoras beneficiadas con el programa IMSS-Oportunidades de la comunidad de Ixcatlan, Hgo.”***

1.6 Delimitación del problema.

El proyecto de intervención socioeducativa fue llevado a cabo en la comunidad de Ixcatlan, Hgo., con un grupo integrado por 13 señoras que tenían hijos menores de 5 años con problemas de desnutrición, durante el

Por las características del grupo este era no formal ya que como dice el autor Cole Brembeck, “La educación no formal “se refiere a las actividades de aprendizaje que se realizan fuera del sistema educativo formalmente organizado, para educar con vistas a ciertos fines específicos con el respaldo de una persona, grupo u organización identificable.

A este taller de educación alimenticia realizado, lo considero como un espacio no formal debido a que cumple con las características que nos menciona el autor, ya que los espacios educativos no solo se dan dentro de una institución escolar sino también fuera de ellas, todas las actividades organizadas y sistematizadas realizadas fuera de una estructura formal, para impartir ciertos tipos de aprendizaje a ciertos grupos de la población ya sea niños, adultos, se les conoce como espacios no formales.

En este caso el Instituto Mexicano de Seguro Social junto con el Programa Oportunidades han creado espacios no formales para impartir Educación para el autocuidado de la salud, para ello ha implementado talleres, en donde cada una de las personas asiste una vez al mes para aprender diferentes temáticas, por lo que año tras año, ellos vienen recibiendo alrededor de 12 temas, uno de ellos el de la desnutrición.

Cabe señalar que una sola plática sobre la “desnutrición”, no es suficiente para concienciar a la gente sobre qué tan grave es esa enfermedad. Por la importancia de la temática y el número de familias involucradas fue necesario apoyar a la doctora de la Unidad Médica No. 5 a través de talleres comunitarios en donde se realizaron demostraciones de preparación de alimentos con soya, que en un principio no fue un proceso sistematizado, sin embargo cuando ya se pensó bien sobre qué tipo de proyecto desarrollar, estuvo maravilloso contar con el apoyo del personal de la clínica y de todas las familias, y así dio comienzo el Curso - Taller de Educación Alimenticia.

1.6.1. Explicación y análisis del problema desde una postura o enfoque Teórico – Metodológico.

1.6.2 Enfoques sobre el aprendizaje en los adultos.

El adulto, un ser evolutivo.

De acuerdo a la autora María Guadalupe Carranza Peña, la educación de adultos como campo de conocimiento y de práctica, manifiesta ahora:... una variedad casi asombrosa de formas y expresiones; desarrollo de personal, actualización profesional, educación profesional, educación permanente, orientación, educación básica, formación en la empresa y educación comunitaria. Potencialmente la lista interminable. Sin embargo, en esa diversidad de formas aparecen cuestiones comunes y una de ellas es la relativa al educador de adultos a sus prácticas y a sus necesidades de formación teórico-metodológicas para fundamentar y orientar su labor educativa. Nos estamos refiriendo a su visión y consecuente acción sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje. Aunque tradicionalmente se ha ubicado al educador de adultos como aquel que sólo atiende el rezago educativo en el nivel básico y la alfabetización, su labor es mucho más amplia y puede llegar incluso a considerarse como educador de adultos a los profesores de educación superior.

Sin entrar en polémica acerca de los límites y los alcances de la EA podemos estar de acuerdo en que ella forma parte, desde luego, del ámbito general de la educación. Los enfoques clásicos en la EA han insistido en la singularidad del adulto, así como las pedagogías clásicas lo ha hecho con el niño; sobre todo en relación con sus correspondientes procesos de aprendizaje; pero ello es así sólo relativamente.

Decimos relativamente porque hoy más que nunca se ve en el adulto un sujeto evolutivo, se observa al adulto como una persona que cambia en un mundo que cambia y se estudian a la fecha cada vez con más énfasis las etapas adultas.

Los enfoques más difundidos sobre el aprendizaje de los adultos puede integrarse en tres grandes vertientes, a saber: centrados en la persona, centrados en el entorno e interaccionistas. Dentro de la primera categoría se ubican aquellos cuyo eje de análisis y propuesta es la persona. Está comprendida en este enfoque la

teoría humanista con su vertiente en el aprendizaje autodirigido y otra vertiente de origen humanista pero con orientación psicoanalista, la teoría de Erikson.

Aunque se puede argumentar que esta última no es precisamente una teoría sobre el aprendizaje, se ha incluido por el uso extendido que se ha hecho de su clasificación de las edades adultas sobre todo lo relativo a la dimensión afectiva.

El segundo enfoque da mayor importancia a la influencia que el ambiente impone a la persona, en este identificamos a la **teoría conductista** a la cual también se le denomina ambientalista. Se le incluye aquí por la repercusión que ha tenido en el ámbito educativo en general y en consecuencia en el campo de EA.

El tercer enfoque incorpora un grupo de teorías que podemos hallar interaccionistas ya que atribuyen igual importancia tanto al sujeto como al contexto en el que se desenvuelven.

En este bloque situar a la Psicología Genética, básicamente constructivista, a la teoría socio-histórica de Lev Vigotski, a Jerom Brunner con su teoría cognitiva y a Ausubel con la teoría de aprendizaje significativo. También considero a Paulo Freire en este apartado y su concepción dialógica del aprendizaje. Este conjuntote de propuestas coinciden en una cuestión central; asignar al sujeto que conoce, al sujeto que aprende la capacidad para desarrollar una actividad estructurante, en tanto que el conocimiento y el aprendizaje son construcciones y no sólo copias de la realidad.

Proponen que el aprendizaje implica una reorganización y una reinterpretación de la experiencia, en virtud de los cual devienen en constructivo, interactivo e internacional. En tanto el asociacionismo conductista que los conceptos se forman mediante la integración de distintos elementos moleculares, las teorías mencionadas coinciden en el aprendizaje se logra a partir de visiones de conjunto, es decir, morales, en un marco de las relaciones significativas. En ellas se sostiene que la adquisición de nuevos conceptos suele implicar la transformación de estructuras o redes conceptuales de las cuales son parte. Estas posturas constructivistas que

ocupan por igual la formación de las estructuras intelectuales como de los problemas de desarrollo.

Un elemento importante que aporta la teoría socio-histórica Vigostkiana es la relevancia de la interacción social en las adquisiciones cognoscitivas, elemento valioso para la educación de adultos.

Para Vigotsky el aprendizaje humano implica lo social y es proceso por el cual los sujetos logran participar en la vida intelectual de los demás. Esto significa que la comprensión crece no sólo con la ejecución y coordinación de acciones, si no también por medio de conversaciones sostenidas con otros individuos, ya que el lenguaje es un medio poderoso para enseñar y aprender la cultura y es igual que la experiencia física una fuente para la construcción del pensamiento. Como se puede observar esta concepción se identifica fuertemente con el aprendizaje significativo y diálogo sostenido por Freire.

El concepto de andamiaje desarrollado por Brunner también puede ser útil en el proceso de enseñanza-aprendizaje con adultos y se refiere específicamente al conjunto de relaciones tutoriales del educador con el educando, las cuales deben ser cambiantes, ajustándose a las necesidades demandadas por el educando mismas que tienden a decrecer en la medida en que alcanza mayor autonomía como productor de desarrollo de estrategias propias de aprendizaje y en consecuente desarrollo de competencias cognoscitivas.

En las mismas líneas interaccionistas Piaget señala que lo realmente importante en el proceso de aprendizaje es la actividad desarrollada por el sujeto, acción y experiencias que pueden ser tanto físicas como simbólicas. Explica los procesos de aprendizaje como formas concretas de asimilación-acomodación cuyo logro fundamental es la operación.

De ahí que se hable de aprendizaje operatorio, es decir, acción interiorizada y reversible. Para Piaget pensar, aprender, es operar, es manejar la información de manera comprensiva en estructuras de conjunto y que guardan una lógica desde el

punto de vista y necesidad del sujeto que aprende. Aunque los mecanismos de conocimientos son invariables (tanto niños como adultos aprenden a partir de múltiples y sucesivas asimilaciones y acomodaciones), las estructuras cognitivas que se van construyendo tienden hacia un desarrollo y complejización, de tal manera que las competencias superiores siempre entrañan el dominio de las que preceden. Así se genera el desarrollo desde las operaciones sensomotrices, sensoriomotrices, pasando por las operatorio- concretas, y hasta llegar a las formales. Hacia estas últimas se orientan los logros y aprendizajes de las personas adultas, este tipo de aprendizaje comporta la capacidad de abstracción sobre la realidad y la de operar con un aprendizaje hipotético-deductivo.

Una mediación pedagógica clave en todas las teorías de corte constructivista incluida la Piagetiana, es el conflicto o desequilibrio, concebido como las contradicciones entre las concepciones que el sujeto posee y las situaciones externas o internas que se contraponen. Las creencias o las concepciones previas que el sujeto posee bien puede servir como movilizados de esquemas razonamiento y las acciones que propendan el restablecimiento de una coherencia o equilibrio problemas. En fin, bajo la consideración de que el adulto es un ser en evolución se puede sostener en su naturaleza constructiva.

Los procesos de enseñanza aprendizaje emprendidos con los adultos han de tener en cuenta la naturaleza activa del sujeto que aprende así como el hecho de que el conocimiento y su transformación, implican todo un conjunto de interacciones y relaciones reales y simbólicas. A partir de este marco los procesos educativos con adultos han de considerar las posibilidades de recuperación de las distintas teorías que ofrecen no solo constructos teóricos sobre los aprendizajes no en conjunto, ya ahora bastante considerable en las mediaciones pedagógicas susceptibles de ser aplicadas en la educación de adultos.⁹

⁹ Valenzuela Ma. De Lourdes y Gómez Gallardo. UPN Memoria Foro Nacional. Nuevos Rostros y Esperanzas para viejos Desafíos. La Educación las Personas Adultas en México. 1995: pp. 175-178 Tomo II

1.6.3 Cognitivismo.

En un sentido estricto de cognición (de cognoscente, conocimiento...) es la búsqueda o adquisición, organización y uso de conocimientos a imagen y semejanza de un ordenador, o viceversa de la mente humana.

El establecimiento de una analogía (mente-ordenador) ha permitido profundizar en los pormenores del paradigma cognitivista y por supuesto del funcionamiento y construcción de los ordenadores. Claro que la analogía es un recurso o un pretexto metodológico de alto valor heurístico para el desarrollo científico de los aspectos implicados.

Sus antecedentes están en los aportes de la lingüística, la teoría de la información y la cibernética, así como los de la propia psicología: la gestalt, la psicología genética y la psicología sociocultural.

Todo lo anterior motivado por la revolución científica – técnica, la explosión de la información.

Motivado por la revolución científica – técnica, la explosión de la información, y a los trascendentales cambios en las comunicaciones y la informática.

Al Cognositivismo le interesa la representación mental y por ello las categorías o dimensiones de lo cognitivo: la atención, la percepción, la memoria, la inteligencia, el lenguaje, el pensamiento, y para explicarlo puede, y de hecho acude a múltiples enfoques uno de ellos el de procesamiento de la información; y como las representaciones mentales guían los actos (interno o externo) de sujeto con el medio, pero también como se generan (construyen) dichas representaciones en el sujeto que conoce.

El cognitivismo refleja la posición filosófica racionalista ya que da la primacía a las representaciones internas (ideas, conceptos, etc.) del sujeto sobre los eventos o hechos externos.

Son varios los modelos teórico que los partidarios del cognitivismo han propuesto para explicar los mecanismos y e funcionamiento de la mente humana, todos los cuales aportan datos a la comprensión cada vez mas cabal de tan complejo fenómeno.

El cognitivismo está muy relacionado con el **aprendizaje significativo** término acuñado por David Ausubel y referido al aprendizaje en el ámbito escolar.

El aprendizaje es significativo en la misma medida en que se establece vínculo entre el nuevo material de aprendizaje y los conocimientos previos del alumno: si se relaciona de forma sustantiva y no arbitraria con lo que el alumno “ya sabe” estamos en presencia de un contenido potencialmente significativo.

El factor más importante que influye sobre un nuevo aprendizaje es cuánto conoce, qué claridad y precisión tiene sobre el objeto de conocimiento, cómo lo tiene organizado y qué conoce sobre lo que conoce... estos conocimientos presentes en el momento de apropiarse de nuevos conceptos, relaciones, teorías... constituyen los conocimientos previos, necesarios precisar para que haya un aprendizaje significativo.

Mediante el aprendizaje significativo el alumno construye la realidad, su conocimiento atribuyéndole significado.

El aprendizaje significativo exige:

- Presentación rigurosamente lógica de material a aprender (integridad, coherencia, significado).
- Intención del alumno por aprender.
- El maestro es un mediador que organiza situaciones de aprendizaje para enseñar no exclusivamente información sino también habilidades tanto cognoscitivas como metacognoscitivas, programando apoyo y retroalimentación continuos.
- Debiendo por ello:

- Partir siempre de lo que ya conoce el sujeto (conocimiento previo) y su nivel de desarrollo cognoscitivo.
- Programar actividades que promuevan el aprendizaje significativo de los alumnos, así como entrenar habilidades cognitivas y metacognitivas.

En énfasis de cognitivismo como su nombre lo indica está en el desarrollo de la potencialidad cognitiva del sujeto para que este se convierta en un aprendiz estratégico que sepa aprender y solucionar problemas; que lo que aprende lo haga significativamente, es decir incorporando su esencia o significado a su esquema mental.

La finalidad está en enseñar a pensar o dicho de otra manera aprender a aprender, desarrollando toda una serie de habilidades como procesadores activos, independientes y críticos de conocimiento. ¹⁰

1.6.2. Constructivismo.

El constructivismo es una respuesta histórica a los problemas del hombre y la mujer de hoy ante la avalancha extraordinaria de información y medios electrónicos y de comunicación que facilitan y promueven su empleo, a veces indiscriminado, superficial y limitado.

En una época caracterizada por la revolución tecnológica y por la explosión de información científica, técnica y cultural más que tratar que hace el hombre, la preocupación se enfoca hacia cómo hacerlo, más aún como debe hacerlo, saber

¹⁰ Ferreiro Gravié, Ramón (1996). . Sistema AIDA para el desarrollo Integral Humano. Principios Teóricos para sustentar la Creación de ambientes de Aprendizaje.

hacer para en sucesivas aproximaciones poder comprender y explicar, cambiar transformar, criticar y crear.

Los antecedentes del paradigma constructivista se encuentran en los trabajos de Lev S. Vigotsky (1896-1934) y de Jean Piaget (1986-1980) y tiene un marcado énfasis en una búsqueda epistemológica sobre cómo se conoce la realidad, cómo se aprende, en otras palabras, la génesis y desarrollo de conocimiento y la cultura.

A diferencia de otros paradigmas psicológicos el constructivismo va muy de acuerdo con las tendencias de la ciencia, constituye un área de estudio multi e interdisciplinario, ya que en su construcción han colaborado investigadores de numerosas disciplinas como matemáticos, biólogos, lógicos, lingüistas, sociólogos, fisiólogos, pedagogos que durante más de 60 años han ido aproximándose un criterio científico hoy generalizado y aceptado como constructivista.

El constructivismo es un intento además de multi e interdisciplinario, integrador, coherente, de aportaciones relativas a diversos aspectos o factores de la educación, la enseñanza y el aprendizaje. De ahí para muchos este paradigma más que de una ciencia en particular, la psicología sea un “marco global de referencia” para el crecimiento y desarrollo personal.

El constructivismo es un paradigma científico en que convergen la concepción de aprendizaje como un proceso de construcción del conocimiento y enseñanza como una ayuda a este proceso de construcción social.

El constructivismo reconoce, pondera hace uso de los esquemas de conocimiento del sujeto. Primero explorando, averiguando cuáles son y más tarde o al mismo tiempo creando el conflicto bien entre los esquemas iniciales del alumno y la nueva situación de aprendizaje, bien entre los esquemas presentados alternativamente o entre los esquemas de diferentes alumnos a propósito de la misma situación. Nuestra posición constructivista es desde la perspectiva de trabajo colaborativo.

El constructivismo trata de responder cómo se adquiere el conocimiento considerando a éste no en su acepción estrecha: información, sino también en cuanto a capacidades, habilidades y hábitos; métodos, procedimientos, técnicas y por qué no: actitudes, valores y convicciones.

Pero no tan sólo el cómo se adquiere el contenido de enseñanza si no también como se pasa de un estado de conocimiento inferior a otro de orden superior más aún, cómo se transforma las categorías del pensamiento racional.

Se puede descubrir y/o construir el conocimiento, ¿si o no? Según la respuesta a esta pregunta se fundamenta o no la concepción constructivista de la educación, la enseñanza y el aprendizaje.

Si se dan conocimientos acabados a los niños, estos nunca se perciben a sí mismo como capaces de elaborar sus propias ideas, las cuales aunque parcialmente correctas pueden tener un cierto valor funcional y formativo. Además de inhibir la búsqueda, la confrontación, el movimiento de ideas, la hipotetización, la marginación, la fantasía y el error, se pide una sola respuesta, la dada por el maestro, la ciencia es un sistema cerrado, acotado en el tiempo de una vez y para siempre, de verdaderos a aceptar y repetir .

De lo contrario, de concebirse la ciencia como sistema abierto y al maestro como mediador entre el grupo de alumnos y el conocimiento que plantea situaciones de aprendizaje colaborativo, el niño puede y necesita descubrir y construir su conocimiento y todo lo antes planteado, la búsqueda, la hipotetización, la fantasía y hasta el error tiene implicaciones pedagógicas importantes.

El constructivismo desarrolla la capacidad de realizar aprendizaje significativo por sí mismo en una amplia gama de circunstancias para que uno “aprenda a educarse”.

El constructivismo se plantea de desarrollo personal haciendo énfasis en la actividad mental constructiva, actividad autoestructurante del sujeto para lo cual

insiste en lograr un aprendizaje significativo mediante la creación de situaciones de aprendizaje por el maestro.

Si el principal objeto de la educación es formar un hombre capaz de vivir plenamente, disfrutar y crear, trascender el aquí y el ahora, no es posible educarlo en y para la repetición, se requiere auspiciar su actividad, independencia, crítica y creativa. Se necesita desarrollar su pensamiento, sus sentimientos y valores, su actuación transformadora, así como propiciar el desarrollo de la autonomía personal (moral e intelectual) y social. Desde la perspectiva del constructivismo la finalidad es el desarrollo del niño tanto en su área intelectual como moral y social teniéndose muy en cuenta el papel condicionante de área física.

El ser humano aprende desde la etapa prenatal. El sujeto reacciona frente a los que le posibilita (relación sujeto-objeto) conocer pero siempre, aún cuando sean reflejos innatos, la actividad cognoscitiva, se asienta un patrón de organización dentro del sujeto que origina y regula dicha actividad.

Estas estructuras cognoscitivas no son rígidas se modifican en la actividad, con la experiencia y en el tiempo pero sobre todo con ayuda.

La ayuda consiste en una influencia educativa eficaz, en el ajuste constante y sostenido a las vicisitudes del proceso de construcción a partir del nivel de entrada y dado los objetivos a lograrse.

- Sin esta ayuda, puede y de hecho debe lograrse de muy diversas maneras, por ejemplo.
- Mediante una exposición teórica (conferencia, charla...) organizada y bien estructurada.
- Ofreciendo modelos de actuación y resolución de problemas.
- Dando indicadores y sugerencias para resolver una tarea.
- Permitiendo que desarrollando su estrategia para abordar y solucionar un problema.

- Creando en definitiva situaciones de aprendizaje grupal colaborativo.¹¹

1.6.4 Funciones del maestro mediador.

El papel del maestro para cumplir los principios del aprendizaje cooperativo y hacer posible el proceso de mediación en el aula, es fundamental.

Por ejemplo:

1. El maestro entre otras cosas:
2. Señala las metas de la clase, en lo académico y lo social.
3. Proporciona los objetivos temáticos en forma verbal y/o escrita.
4. Señala que los miembros del equipo se pidan cuentas unos con otros, y expliquen los criterios que se usarán.
5. Distribuye el material que debe ser utilizado y compartido por todos los equipos.
6. Describe las recompensas disponibles y como obtenerlas.
7. Anuncia y enseña las habilidades sociales asignadas proporcionando ejemplo.
8. describe el papel como maestro mediador.
9. Organiza el número óptimo para cada equipo, conformación para la tarea asignada, al igual que el tiempo disponible y los materiales a utilizar en la tarea.
10. Asigna un lugar a los equipos organizando el salón de clase para promover que el grupo comparta y exista control de ruido.

Durante la sesión, el maestro:

¹¹ Principios Teóricos para sustentar la Creación de ambientes de Aprendizaje. Ferreiro Gravié, Ramón. Sistema AIDA para el desarrollo Integral Humano. ITSON, SON, 1996.

1. Observa las habilidades sociales de los estudiantes.
2. Proporciona ayuda, respondiendo a las preguntas de los equipos o bien a partir de lo que observa.

Después de la sesión, el maestro:

1. Hace la revisión de los alumnos en seguimiento al paso 3.
2. Proporciona preguntas sobre el contenido y las habilidades sociales, que los grupos discuten y reportan el resto de clase.
3. Comunica lo observado para que cada equipo compare con sus propios hallazgos antes de reportar al resto del salón.
4. Ofrece comentarios de actividades y conductas positivas y negativas, evitando mencionar a personas o equipos específicos.
5. En privado, critica la elección por escrito, incluyendo los mejores y peores aspectos de la misma y señalando lo que hay que cambiar para la siguiente vez.

Mediación pedagógica “es aquella mediación capaz de promover y acompañar el aprendizaje de nuestros interlocutores, es decir, de promover en los educandos la tarea de construirse y de apropiarse del mundo y de sí mismo”. (Prieto y castillo, 1994)

El docente actúa como mediador entre los sujetos de aprendizaje y los objetos de conocimiento. En esa trama múltiple y variada de representaciones todos aprenden algo: educador y educando actúan aprendiendo y comunicándose aprender a aprender y a comunicarse entre sí y con los otros.¹²

¹² Ob. Cit.

1.6.5 ¿Cómo debemos alimentarnos?

Ingiere las cantidades necesarias de cada grupo alimenticio para mantenerte sano(a).

La Dra. Montserrat Atisgárraga dice que resulta sencillo llevar una buena alimentación si nos basamos en la ya famosa “pirámide alimenticia”, la cual — aunque ha creado controversia al considerarse confusa para algunos—, muestra de manera gráfica las proporciones de una adecuada nutrición.

Es curioso que en la mayoría de las dietas prohíban el grupo de cereales, donde se encuentran el pan, las pastas, el arroz, la tortilla y la papa entre muchos otros, sin embargo este grupo ocupa la **base de la pirámide**. El grupo de los cereales y tubérculos es importante fuente de energía y fibra, necesaria para el correcto desempeño físico y mental; por ello, al someternos a dietas carentes de estos alimentos nos sentimos irritables, con sueño, además de recuperar el peso perdido una vez que estos alimentos son reincorporados a la dieta habitual, así que lo ideal es ajustar la cantidad de acuerdo a las características de cada individuo.

Las verduras deben de consumirse en cantidades abundantes, ya que éstas son una excelente fuente de fibra, vitaminas y minerales, además de darle colorido y sabor a la dieta.

En el caso de las frutas, debemos de consumirlas pero no en cantidades tan vastas como las verduras, ya que estas tienen más calorías.

Los lácteos deben consumirse por lo menos una ración al día, ya que son una excelente fuente de calcio.

Los productos de origen animal deben de consumirse en cantidades moderadas ya que no necesitamos de grandes cantidades para cubrir todos los

requerimientos de proteínas en la dieta, además su cantidad estará determinada por las necesidades de cada individuo. Por otro lado cabe comentar que en este grupo debemos de preferir los alimentos con bajo contenido de grasa y colesterol.

Por último es muy importante el limitar nuestra ingesta de azúcares y grasas ya que estos alimentos nos dan MUCHA energía en poco volumen, además de ser pobres en vitaminas, minerales y fibra, así que cuando no tengas tiempo de comer te invito a que reflexiones y **no** consumas refrescos, pastelillos y cacahuates, ya que estas basando tu dieta en el pico de la pirámide.¹³

1.6.6 ¿Nos alimentamos adecuadamente?

Definimos la alimentación como el proceso por el cual nos procuramos los alimentos necesarios para mantener la vida, los seleccionamos según las disponibilidades, los preparamos según usos, costumbres, y terminamos por ingerirlos. La alimentación es un proceso voluntario y educable.

El ser humano es por naturaleza omnívoro, es decir, puede alimentarse de cualquier alimento, pero no todos los alimentos son igualmente beneficiosos.

Comer adecuadamente no es solo un acto espontáneo, requiere inteligencia y aprendizaje.

En la actualidad se esta produciendo un cambio en la alimentación debido, entre otros, a:

¹³ www.fitness.com.mx

Cambios en la forma de vida , mayor disponibilidad de alimentos , falta de tiempo para elaborar la comida , mayor lejanía de lugares de trabajo y escuela que nos obliga a comer fuera de casa , la globalización y las influencias culturales , un mayor nivel de formación y preocupación por nuestra alimentación. Nuestra forma cotidiana de comer refleja la evolución de nuestra sociedad.

Las prisas de hoy no nos dejan muchas veces tiempo para preparar una comida equilibrada y hacen que cada vez la restauración fuera del hogar sea mayor.

En España preparar una comida en el año 2000 no sobrepasaba los 20 minutos contra 1 hora y 40 minutos en 1950. Es mucho mas rápido freír un filete o huevo que elaborar un guiso tradicional.

¿Cómo nos esta influyendo en nuestra forma de comer?

En los últimos años en España hay una disminución del consumo de hidratos de carbono (pan , arroz , pasta , legumbres y un aumento del consumo de productos de origen animal (carne , huevos , leche) y de grasa saturadas (bollería y pastelería) cuyo incremento en el ultimo año ha sido de 6.8% (Son datos del panel de alimentación elaborado por el ministerio de Agricultura , Pesca y Alimentación) . Esto junto al desconocimiento, por parte de la población, de lo que es una dieta equilibrada y la creciente búsqueda de la delgadez a cualquier precio, hace que cada vez nos separemos más de una alimentación equilibrada.

Hoy en día la calidad de la dieta es mucho mejor que hace 30 años en cuanto a un mayor aporte de proteínas pero su equilibrio es menor.

Debemos aprender a comer mejor. Nosotros hemos tenido contacto con la dieta mediterránea tradicional que preparaban nuestras abuelas y madres, cocido, paella, legumbres pero nuestros niños están muy lejos de esta forma de alimentarse.

La comunidad médica y nutricional ha llegado a un consenso sobre la bondad para la salud de la dieta Mediterránea tradicional. Son características de esta dieta el

consumo de cereales y derivados (pasta , arroz , pan, legumbres , frutas y frutos secos , verduras y hortalizas , con menores cantidades de pescado , aves , huevos y derivados lácteos y aún menores proporciones de carne , todos estos alimentos condimentados con aceite de oliva y acompañados de un consumo moderado de vino tinto en la comida .

A esto debemos añadir la práctica regular de actividad física.

Hay que dedicar tiempo para enseñar a comer a los niños para ello todos somos validos. la familia en casa , los profesores en el colegio , los comedores escolares , los servicios de pediatría, médicos atención primaria , endocrinos , tecnólogos de los alimentos , farmacéuticos , dietistas y nutricionistas , personal de enfermería , medios de comunicación , deportistas de elite. Porque la nutrición importa a todos.

Aprendemos a comer mejor conforme vamos cumpliendo años, pero una alimentación inadecuada durante un tiempo prolongado es causa de aparición de muchas patologías. Por otra parte los niños que aprenden a comer alimentos saludables durante su infancia y adolescencia continuaran comiendo saludablemente en la edad adulta. ¹⁴

1.6.7 La identidad nacional a través del fortalecimiento de la cultura alimentaria.

El desarrollo histórico de las diversas sociedades ha condicionado la aparición de las naciones que en nuestros días pueblan el mundo.

¹⁴ www.Algemesi.com Isabel Armengot Montagud
 Medico. Master en dietética y nutrición humana. Especialista en Patologías Alimentarias

La integración de un pueblo precisa de la unidad territorial, que implica el desarrollo de un sentimiento de comunidad, de identificación entre sus pobladores; en dos palabras, de identidad nacional.

Leopoldo Zea señala que "todos los pueblos, en la medida en que se transforman en naciones, van buscando su definición, o la definición de su cultura, que es la definición de su personalidad".

La identidad nacional no sólo alude a los rasgos físicos que distinguen a los pueblos; en efecto, para que un pueblo pueda constituirse en nación requiere delimitar su espacio geográfico en el cual manifieste en distintas expresiones su cultura. Sin embargo, la conciencia de identidad nacional se enraíza en los aspectos moral y espiritual del ciudadano, lo que es soporte y cimiento de la integridad territorial.

Asimismo, la nación llega a ser más completa e internamente más homogénea cuando la comunidad comparte la historia, las tradiciones, la religión y las costumbres, y sobre todo, por la conciencia que tienen sus componentes de pertenecer a un solo grupo, a una sola familia, de estructurar un todo, con características únicas con respecto a los demás agregados sociales que constituyen el resto de las naciones.

En este contexto, la formación de una conciencia para alcanzar la identidad nacional puede generarse de diversos modos; no obstante, se considera que uno de los más poderosos es la identificación de antecedentes políticos y la posesión de una historia nacional.

Por ello, el significado de la toma de conciencia de la identidad nacional es de tal magnitud, que si un estado se encuentra disminuido en este aspecto, estará tan falto de homogeneidad que se expone a desaparecer, y sólo el cimiento de los valores morales puede hacer firme la sólida construcción que el Estado simboliza.

Es en este proceso de evolución cultural, en el que se gesta la identidad nacional de un pueblo, transcurren cambios continuos de conformidad con el devenir histórico. Estos cambios, en el pasado, estuvieron circunscritos en un entorno casi regional. En la actualidad, y a partir del desarrollo científico y tecnológico del presente siglo, se ha efectuado un proceso de internacionalización con efectos de distinto tipo para las naciones del mundo.

Inserta en los procesos de la historia, la nación mexicana ha creado su propia cultura, manifestada en una identidad nacional definida, con valores específicos y como resultado de esa particular situación que es el producto del mestizaje indígena-europeo, según lo manifiesta Leopoldo Zea, quien señala que "en la medida en que el país se va integrando más al mestizaje, desde un punto de vista tanto étnico como cultural, va creciendo".

Paralelamente al avance del mestizaje étnico se estableció el cultural, en el que se acrisolaron hábitos y costumbres, que en ocasiones han simulado ser diversos y contradictorios.

Conciencia de México y lo mexicano la ha habido a través de nuestra historia; lo mismo en los siglos XVI, XVII y XVIII de la Colonia, que en el siglo XIX de la Independencia y la Reforma. Sin embargo, se considera que nuestra conciencia nacional propiamente dicha, se inicia en la época de la Revolución.

En suma, nuestra cultura e identidad nacional se fortalecen con el conocimiento de nuestra historia, de las historias regionales, la creación y el disfrute de nuestra pluralidad cultural, la preservación, enriquecimiento y divulgación del patrimonio histórico, arqueológico y artístico, así como la protección del acervo cultural de los diversos grupos étnicos del país.

1.6.8 Cultura alimentaria.

Dentro de las expresiones de mayor significación y arraigo en un pueblo se encuentra la cultura alimentaria. Con este término se entiende *"no sólo la forma en que se consumen los alimentos, sino también cómo se producen y en qué cantidad, qué parte se destina a la familia, cómo se distribuyen en la familia y qué parte se vende."*

El estudio de la alimentación es un factor determinante para la comprensión integral de una cultura. A su vez, el desarrollo alimentario está condicionado en la sociedad por factores económicos, religiosos, políticos, sociales y biológicos.

El desarrollo de la cultura alimentaria es importante en la historia del hombre, no sólo por constituirse en una expresión acentuada de la vida cultural de cada pueblo, sino por contribuir al desarrollo biológico de los distintos grupos étnicos que han poblado y habitan el mundo.

En la prehistoria el hombre fue cazador y recolector, obteniendo alimento del medio ambiente sin cultivar la tierra o domesticar a los animales, lo cual redundaba en un abastecimiento de comestibles incidental e irregular. En un periodo posterior, alrededor del año 8000 a. de C., el hombre descubrió la agricultura, actividad que le amplió no solamente el panorama alimentario, permitiéndole incorporar o introducir alguna variedad de alimentos en su dieta, sino que además le proporcionó la oportunidad de construir sociedades más estructuradas.

En tal sentido, se ha escrito que "a medida que las culturas se desarrollaron, se fueron adoptando nuevos alimentos de diverso origen y distintos grados de complicación en su preparación". Cada grupo ha creado un patrón particular de alimentación, utilizando en realidad y como base un número relativamente limitado

de especies animales y vegetales. Se calcula, por ejemplo, que de los 2 millones de especies animales conocidas, tan solo aproximadamente 50 de ellas se han domesticado y empleado como alimento humano.

Para comprender la respuesta del hombre a su medio ambiente en cuanto a selección y consumo de alimentos, es conveniente examinar su comportamiento dentro de su contexto cultural.

Así puede aseverarse que la tradición cumple una función específica en la creación y mantenimiento de la cultura alimentaria, dado que la alimentación de un pueblo forma parte de sus hábitos, creencias y costumbres.

Por otra parte debe destacarse que los avances tecnológicos han propiciado cambios en la conducta humana; con mayor rapidez que en tiempos pasados, se han alterado las costumbres y las tradiciones y se han reemplazado por otras nuevas; asimismo la rapidez de los cambios ha impedido probar si tales costumbres se arraigaron en varias generaciones, y sin embargo, los nuevos hábitos se establecen rápidamente debido a las condiciones de vida constantemente cambiantes.

Desde luego, los cambios culturales alimentarios también están inmersos en ese mismo proceso de transformación acelerada. De este modo cabe afirmar, que la cultura alimentaria en México es producto del mestizaje, el que a su vez propició la propia cultura y la identidad de la nación mexicana.

1.6.9 Situación actual de la alimentación en México.

Como en la mayoría de las sociedades, el fenómeno de la transformación de los hábitos alimentarios ocurre a menudo debido al deseo de consumir "alimentos de mayor prestigio social" pan blanco en sustitución de tortillas; café soluble en lugar de

atole, tazcalate o pozol; té en sustitución de leche. Usualmente tales variaciones son perjudiciales, pues no corresponden a la realidad social sobre la que se quieren imponer o a la que se imponen, y con frecuencia agregan una pesada e innecesaria carga al ingreso familiar.

Sin embargo, también se dan cambios benéficos en los hábitos alimentarios de una población, y además inevitables en un modo de vida transnacional y en ocasiones supranacional. He aquí un objeto de la ciencia, señalar y propugnar por concientizar sobre los cambios que pueden ser perjudiciales o benéficos en la alimentación regional.

Actualmente el uso indiscriminado de los alimentos industrializados de poco valor nutritivo está modificando la dieta de los distintos grupos de la población mexicana.

Grandes empresas alimentarias llevan a cabo fuertes inversiones de publicidad. Algunas de ellas controlan el cien por ciento de la producción de alimentos para niños. Por lo que respecta a las bebidas gaseosas, las empresas multinacionales manejan el 90 por ciento del mercado. De tal suerte, estas empresas han monopolizado la producción y elaboración de algunos productos, los han difundido entre la población mexicana y han ocurrido desplazamientos de otros alimentos propios de la región, más nutritivos y de menor costo. Por mencionar un caso, se deja de comer bolillo por comer pan rebanado; se olvidan las salsas caseras y se prefiere la salsa de jitomate (catsup); y el maíz se ingiere no en tortillas o elotes sino en forma de hojuelas.

La información científica se utiliza como herramienta de la mercadotecnia; tal es el caso de la promoción comercial del contenido de fibra en las hojuelas de maíz, cuando la mezcla local de frijol y maíz proporciona generosamente la fibra necesaria al movimiento intestinal.

En amplios grupos de población se da un fenómeno de aculturación alimentaria, y simultáneamente ocurre un choque de patrones ideológicos que buscan conservar la tradición mexicana y asimismo adquirir el prestigio infundido por la publicidad a algunos alimentos industrializados.

Se ha señalado que "en las naciones en desarrollo, frente a un esquema general de escasez de alimentos, se presenta un fenómeno de penetración de la industria alimentaria multinacional que está generalmente respaldada por avances tecnológicos y de promoción, con el fin de modificar los hábitos de consumo y esquemas de producción. Ello subordina a sectores importantes de productos primarios".

La participación de la publicidad en la modificación de los hábitos de consumo es resultado del crecimiento y del desarrollo no selectivo de la industria alimentaria del país. Este crecimiento incluye la producción de alimentos industrializados y está caracterizado por un modelo agrícola que privilegia los cultivos destinados a la exportación y al consumo de los sectores de la población de más altos ingresos. La publicidad alimentaria induce fuertemente a la formación de nuevos patrones de consumo. Sus efectos más perniciosos son: modificación indiscriminada de los hábitos de consumo, encarecimiento de los alimentos, desorientación del gasto alimentario familiar, y frecuentemente contribuye al deterioro de la calidad nutritiva de la ingesta. Esto se debe principalmente a la sustitución de alimentos tradicionales de alto contenido nutritivo, por productos llamados "llenadores", de costos muy elevados, justificados por el valor "agregado" de "estatus y prestigio" que le imprimen las firmas publicitarias.

Frente a los planteamientos anteriores, que esbozan la situación alimentaria de los grupos débiles de nuestro país, el programa nacional de alimentación, entre otros propósitos, propugna por contrarrestar los efectos indeseables de la aculturación alimentaria, a través de sus dos grandes objetivos.

1. Procurar la soberanía alimentaria, y

2. Alcanzar condiciones de alimentación y nutrición que permitan el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada mexicano.

La autodeterminación y soberanía alimentaria implican la elección libre del patrón de consumo de la población y de sus componentes, "tomando en cuenta las necesidades, tradiciones, preferencias y hábitos de la población, así como los recursos, la tecnología y las posibilidades de producción".

En suma, la autodeterminación y soberanía alimentaria exigen reducir la dependencia con respecto al exterior. De aquí que sea relevante retomar la riqueza cultural alimentaria de los grupos étnicos de la región en una búsqueda que nos facilite el tránsito a una soberanía e independencia nacional en materia de alimentación.

México ha trazado en su camino histórico la definición de los valores que como nación lo sustentan. Entre ellos, hemos destacado la identidad nacional, la autodeterminación y la soberanía, inscritos en el marco de nuestra cultura alimentaria, ese noble mosaico y magnífica pluralidad que nos define y nos reafirma como mexicanos.

Como ciudadanos identificados con nuestra cultura y con nuestros valores, a través de la difusión de nuestra riqueza alimentaria pero también con el conocimiento de las influencias de civilizaciones ajenas, debemos defender con un alto espíritu nacional lo que mejor habla de nosotros como pueblo.

Mirar, atesorar y conservar nuestra identidad a través de nuestra cultura alimentaria es reconocernos desde nuestras raíces más internas.¹⁵

¹⁵ www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res054/txt9.htm#1#1

1.6.10 Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.

Conceptualización y alteraciones de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños

La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrimentos que en el niño se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

El crecimiento es un proceso por el cual se incrementa la masa corporal, debido al aumento en el número de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y el incremento en la sustancia intercelular.

El desarrollo es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

El mantenimiento de las funciones orgánicas, la actividad básica y el crecimiento y desarrollo, en gran medida, dependen del consumo habitual de alimentos que tiene el niño.

El estado de equilibrio entre el consumo y el gasto da como resultado un buen estado de nutrición, si se rompe este equilibrio por el consumo excesivo se presenta la obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición.

Las perturbaciones, en ambos problemas son graves ya que la obesidad es un factor que limita el desarrollo emocional del niño y predispone al individuo a padecer enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta, la desnutrición es más grave, por la cantidad de niños que la padecen y los factores negativos irreversibles que tienen en el crecimiento y desarrollo, disminuye su calidad de vida presente y futuro.

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad pueden presentar para toda su vida:

- Bajo crecimiento

- Menor rendimiento intelectual
- Menor capacidad física.
- Mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso.
- Mayor peligro de morir en los primeros años de vida.

Clasificación de la desnutrición por su duración e intensidad.

Se clasifica en:

Aguda:

Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

Crónica:

Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

Por su intensidad se clasifica en:

Leve:

Es cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.

Moderada:

Cuando la falta de nutrimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor

déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

Severa:

Cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño en grave peligro de muerte se manifiesta en dos formas:

Marasmo (desnutrición seca)

1. Delgadez excesiva
2. Cara de viejito
3. Llanto exagerado
4. Pelo ralo

Kwashiorkor (desnutrición con edema modificando el peso del niño)

1. Hinchazón sobre todo en pies, piernas, manos y cara.
2. Triste
3. Pelo ralo
4. Lesiones en la piel.

1.6.11 Vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.

Los indicadores de peso, talla, relacionado con la edad, parámetros antropométricos de referencia, constituyen un método apropiado, sencillo, confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y el estado de nutrición de los niños.

La vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo permite conocer la evolución física, mental y emocional del niño, así como identificar y corregir oportunamente alteraciones que obstruyan la formación plena e integral del individuo en los primeros años de su vida.

Sistematizar la vigilancia nutricional implica un reto que debe lograrse a fin de asegurar a todos los niños mexicanos una mejor calidad de vida presente y futuro.

Factores que influyen en la desnutrición.

Factores individuales y ambientales que influyen en la desnutrición como son:

- Bajo peso al nacer
- Privación de amamantamiento a seno materno
- Hijo de madre adolescente
- Aglactación y destete mal dirigidos
- Bajos ingresos económicos
- Malos hábitos alimentarios
- Higiene y saneamiento deficientes.

Actividad No.1 - Identificar a todos los menores de cinco años que viven en su área de trabajo.

- Identifique a los niños bajo su responsabilidad para establecer la meta que deba cumplir en la vigilancia nutricional.
- Incorpore a los niños en la vigilancia utilizando la tarjeta de control nutricional.

Actividad No.2 Evalúe el estado de nutrición de todo niño menor de 5 años.

Para evaluar el estado de salud y nutrición del niño deberá realizar:

1. La valoración del crecimiento.
2. La valoración del perímetro cefálico.
3. La valoración del desarrollo.

La valoración del crecimiento debe apoyarse en tres graficas de crecimiento (peso/edad, talla/edad y peso/talla) para niños y niñas.

La valoración del crecimiento adecuado se realiza con las tres graficas que indican si el peso del niño corresponde a su edad y si el peso actual del niño coincide con su talla.

- En cada consulta debe verificar:
- La edad en años y meses
- El peso en kilogramos y gramos, utilizando una bascula pesa/bebe en los menores de 2 años, bascula de plataforma para mayores de 2 años o balanza pesa/bebe para niños de 0 a 5 años.
- La talla en centímetros, utilizando infanómetro de 2 años y el estadímetro para niños mayores de 2 años
- Estado de salud del niño.

Diagnóstico del estado nutricional.

Criterios.

a. Gráfica de peso/edad.

Identifica desnutrición aguda o crónica, actual o pasada ya que el peso es el indicador.

El peso relacionado con la edad permite observar cambios rápidos en la perdida del mismo. También es un buen indicador de la recuperación del niño en caso de desnutrición.

b. Gráfica de longitud- talla/edad.

Indica desnutrición crónica y la asociación con enfermedades, perdida de peso.

El crecimiento se afecta por la desnutrición crónica y facilita las infecciones.

c. Gráfica de peso/talla.

Identifica desnutrición, menor peso para la talla y puede ser desnutrición pasada o presente.

La relación del peso con la talla es otro indicador para vigilar el crecimiento, en caso de desnutrición, déficit de peso en relación con la talla.

Criterios para la recuperación.

Se dará como recuperado cuando logre registrar en la zona de normalidad según grafica de peso/edad.

Con desnutrición severa, es decir crónica intensa, la recuperación de talla será mas lenta o quizá no sea posible, entonces se dará como recuperado cuando logre la adecuación del peso para la talla siempre y cuando la vigilancia haya sido frecuente, con la observación de mejoría y por un periodo mayor a un año y medio.

El peso del niño sea ascendente y este de acuerdo a su edad aun cuando no haya alcanzado la talla correspondiente.

No podrá considerarse como niño recuperado o con nutrición normal cuando dentro de la normalidad el peso sea descendente o muestre incremento durante tres meses consecutivos.

El principal impacto de las acciones de vigilancia es lograr y mantener la recuperación del niño detectando con desnutrición.

Valoración del desarrollo psicomotor.

La privación de los alimentos en los infantes significa no solo la escasez de los alimentos necesarios para el crecimiento y desarrollo del organismo, sino también la falta de estímulos sensoriales y de experiencias sociales para el desarrollo mental del aprendizaje del niño, que aunado a la privación de estímulos afectivos y

psicomotores propician que el individuo no alcance un pleno desarrollo de sus capacidades psicomotoras y sociales.

Para constata que el desarrollo del niño vaya acorde con su edad deberá evaluarse periódicamente el desarrollo psicomotor del menor de 5 años, en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora, paralelamente a la valoración de crecimiento físico, de acuerdo con los parámetros siguientes:

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS
C O N D U C T A S**

EDAD	LENGUAJE	SOCIAL	COORDINACIÓN MOTORA
0 a 3 meses	Llora, ríe, emite sonidos.	Mira la cara, sonrío espontáneamente.	Sigue con la mirada móviles. Gira la cabeza para seguir el móvil. Boca abajo, levanta 45° la cabeza erguida y firme la cabeza
4 o 6 meses	Balbucea "Da-da", "ma-cha".	Atiende interés al sonido. Gira la cabeza en busca del sonido.	con Intenta la presión de objetos, y la presión global a apoyándose en mano plena (barrido). Eleva el tronco y la cabeza a apoyándose en manos y antebrazos. Con ayuda haya sentarse.

				Se mantiene sentado con apoyo
7 o 9 meses	Utiliza consonantes, imita el sonido que se le enseña.	Encuentra objetos que se le ocultan inicialmente con extraños.	Presión entre la base del pulgar y el índice.	Se Gatea solo sin apoyo. Consigue pararse apoyado en muebles.
10 a 12 meses	Dada, mamá, pan, agua, oso.	Bebe de la tasa, juega "palmitas", fina. Detiene la acción a la orden de no.	Presión en pinza	Camina
13 a 18 meses	Construye frases de una sola palabra.	Se alimenta con una cuchara de tres a cinco gateando. Introduce cubos. Camina bien, del contenido. objetos grandes, solo, sin ayuda. Obedece órdenes sencillos, se viste con ayuda, juega frascos o botellas. solo.	Construye tareas	Sube escaleras
19 a 24 meses	Señala parte del cuerpo; cumple	alguna del entre arriba y de abajo. Reconoce	Hace la diferencia entre	Construye tareas Patea la pelota. Salta en el lugar. Lanza

	órdenes simples, nombre dibujo.	parte del cuerpo. cubos. Ayuda a un simples de la casa.	pelota. Sube escaleras sin apoyo.
2 a 4 años	Construye frases. Cumple órdenes complejas.	Se lava y se seca las manos. Controla esfínteres. Se pone alguna ropa. Se viste sin ayuda. Compone juegos.	Construye tareas de más de cinco cubos. Salta en un pie. Sube escaleras sin apoyo. Copia el círculo, copia la cruz.
4 a 5 años	Verbaliza acciones realiza a usar "yo".	las que empieza Compite jugando. Copia cuadrado.	el Atrapa una pelota de rebote. Brinca la cuerda.

Clasificación del resultado de evaluación.

Normal si ejecuta todas las acciones correspondientes a su edad cronológica.

Limítrofe si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica, pero si a la inmediata anterior.

Anormal si no ejecuta todas la conductas correspondientes a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

Mantener el control de acuerdo con los siguientes hallazgos.

- Cuando el desarrollo corresponde a su edad se debe dar orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo.

- Si el desarrollo no corresponde a su edad pero si a la inmediata inferior, se da orientación para favorecer el desarrollo del niño, si no logra mejoría se refiere a la unidad de salud de mayor complejidad para su atención oportuna.
- Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata inferior se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención.

Vacación de perímetro cefálico.

Medir mensualmente el perímetro cefálico, desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad.

Perímetro cefálico en relación con la edad del niño.

Clasificación:

El perímetro cefálico dentro de los percentilas 3 y 97 se considera valor normal.

El perímetro cefálico se sitúa por fuera de la curva de la normalidad, se debe referir al niño a una unidad de mayor complejidad para su atención.

Atención especializada.

1. todo niño que presente desnutrición severa deberá ser referido de inmediato al hospital más cercano.
2. Todo niño que presente alteraciones graves en su desarrollo deberá ser enviado a la unidad especializada donde se enseñe a la madre a aplicar medidas de estimulación temprana.
3. Todo niño que presente alteraciones del perímetro cefálico deberá referirse al hospital más cercano.
4. La madre deberá conocer ampliamente la importancia de la referencia cuando el niño presente problemas que requieran atenderse en una unidad de mayor complejidad.
5. Este al pendiente de la contrarreferencia y continúe la vigilancia nutricional del niño según la periodicidad que corresponda.

6. Todo niño que presente desnutrición envíelo a recibir ayuda alimenticia
7. Reciba a los niños que el personal comunitario refiera con sospecha de mala nutrición.
8. La nutricinta es un detector grueso que ayuda a la promoción de la vigilancia; para la valoración precisa el seguimiento y el control nutricional de todos los niños esta a cargo de usted.

GUIA ALIMENTARIA SEGÚN DIAGNÓSTICO Y EDAD DEL NIÑO.

DIAGNÓSTICO SEGÚN EDAD	GUÍA ALIMENTARIA
Menor de 1 año sano	<p>Alimentar al niño los primeros cuatro o seis meses de vida solo con leche materna.</p> <p>A partir de los cuatro meses, comenzar a darle otros alimentos (purés de frutas y verduras disponibles en la localidad) y su suplemento alimenticio.</p> <p>Poco a poco ir incorporando otros alimentos como papillas de cereales, de leguminosas, posteriormente huevo cocido y posteriormente carne y jugo de frutas, para que entre los ocho y doce meses coma de las mismas preparaciones que el resto de la familia.</p>
Menor de 1 año desnutrido	<p>La leche debe continuarse hasta cerca de los 2 años de edad.</p> <p>Además de la alimentación para el niño sano, conforme al a edad del niño se deberá recomendar</p>

	papillas complementaria proteico-calorías. (Suplemento alimenticio).
Niño de 1 a 4 años sano	Proporcione 3 comidas principales y entre estas administrar una colocación es decir: una ración de fruta, verdura, pan, galletas etc. Hasta los 2 años habrá que darle el suplemento alimenticio.
Niño de 1 a 4 años desnutrido	Proporcione alimentación a libre demanda, por lo menos 5 comidas al día. Seleccione conjuntamente con la madre ejemplos para las comidas diarias e incluya en ellas el suplemento alimenticio.
Niño con sobrepeso u obesidad	No deberá restringir alimentos conjuntamente con la madre ejemplos 3 comidas diarias y dos colaciones, evite golosinas y refrescos y promueva juegos que propicien el ejercicio físico.

Para lograr que la orientación sea precisa considere que en cada comida se deben utilizar alimentos que proporcionen al niño energía, proteínas y vitaminas. Según el esquema de los 3 grupos de alimentos siguientes:

Cereales y tubérculos (Energía).	Leguminosas y alimentos de origen animal (proteínas).	Frutas y Verduras (vitaminas).
Cereales: arroz, trigo,	Leguminosas: haba,	De todo tipo. Prefiera los

maíz.	lenteja, garbanzo.	regionales y de temporada.
Tubérculos: papa, camote, yuca, pasta, tortilla, pan.	De origen animal: leche, carne, huevo.	
<p>Agregar grasa u azúcar en cantidades moderadas para la preparación de alimentos.</p> <p>Evitar el exceso de sal y picante.</p>		

RECOMENDACIONES

1. En las preparaciones alimenticias aproveche los productos regionales disponibles, y las frutas y verduras de temporada.
2. La alimentación diaria debe ser variada, combinada, suficiente e higiénica.
3. Evitar el consumo de frituras, pastelillos y refrescos.
4. Cuidar la limpieza de manos, utensilios y alimentos en la preparación y el consumo de comidas.
5. Lavar las manos al niño antes de cada alimento y después de ir al baño.
6. Beber agua que haya sido hervida durante 10 minutos o potabilizada al agregar dos gotas de cloro por cada litro, dejando reposar 30 minutos.
7. Es necesario dar al niño su suplemento alimenticio.

ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA "A" EN LOS MENORES DE 5 AÑOS.

La deficiencia de vitamina A propicia en los niños:

- Enfermedades infecciosas.
- Retardo en el crecimiento
- Resequedad en los ojos.

- Ceguera nocturna.
- Mayor riesgo de muerte.

Promueva durante el año el consumo de alimentos ricos en vitamina A como zanahoria, jitomate, acelgas, espinacas, papaya, naranja, entre otros.

- La vitamina A se presenta en frascos de 50 dosis y se ministra con gotero.
- Los niños de 7 a 11 meses reciben 2 gotas cada 6 meses.
- Los niños de 1 a 5 años reciben 4 gotas cada 6 meses.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE APOYO.

Las recomendaciones siguientes deberán realizarse paralelamente a la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo.

- Control pre y posnatal de las mujeres embarazadas y lactantes.
- Aplicación del esquema de vacunación en niños y embarazadas.
- Utilización de alimentos regionales disponibles en la localidad.
- Promoción de huertos familiares, crías de especies menores y saneamiento básico.
- Capacitación permanente de las madres de familia.¹⁶

¹⁶ www.monografias.com/trabajos26/vigilancia-nutricion/vigilancia-nutricion.shtml#clasif#clasif

CAPÍTULO II

PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

TALLER DE EDUCACIÓN ALIMENTICIA A TRAVÉS DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS CON SOYA, AMARANTO Y PAPILLAS EN LA UNIDAD MEDICO RURAL NO. 5 DE LA COMUNIDAD DE IXCATLÀN, HUEJUTLA, HGO. CON UN GRUPO DE SEÑORAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA IMSS- OPORTUNIDADES

2.1. Fundamento de la intervención.

El término INTERVENCIÓN es un concepto amplio puesto que se utiliza y ajusta a muchos contextos y situaciones.

El término intervención no es unívoco. Es más bien ambiguo, multifacético, camaleónico... Así, puede denotar: corrección, educación, enriquecimiento, prevención, rehabilitación, modificación, remedio, prestación de servicios, estimulación, mejoría, terapia, entrenamiento, tratamiento... y hasta la no intervención puede considerarse una forma de intervención (Román y García 1990).

Una definición general del término intervención podría ser:

“una labor contribuyente a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las

actuaciones que desde ellas se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general” (Plata, 1992).¹⁷

La intervención operativa del proyecto se dio bajo un enfoque socioeducativo lo cual implicó el involucramiento de personas de la comunidad donde estuvo presente la modalidad de educación no formal, a través de este se atendió directamente a los niños menores de 5 años cuyas madres pertenecían al programa IMSS-Oportunidades.

2.2. Denominación del proyecto.

“Taller de educación alimenticia a través de la preparación de alimentos con soya, amaranto y papillas en la Unidad Médico Rural No. 5 de la Comunidad de Ixcatlán, Huejutla, Hgo., con un grupo de señoras pertenecientes al programa Oportunidades”.

2.3. Naturaleza del proyecto.

Por las características del ámbito socioeducativo del contexto donde se realizó el proceso de indagación considerando las tres fases de las prácticas profesionales como estudiante de la Licenciatura en Intervención Educativa; el trabajo operativo del proyecto en referencia dirige sus directrices hacia el campo de la intervención socioeducativa. Esta se caracteriza porque para su evolución metodológica será prioritaria la participación de todos los involucrados.

Descriptivamente se hizo alusión al programa IMSS-OPORTUNIDADES, esta institución es el espacio central normativo en el cual estuvo inmerso el presente

¹⁷La intervención educativa y social: elaboración de proyecto. documento elaborado por Lidia Cabrera Pérez y Miriam González Alfonso. P. 1

proyecto, asimismo se tuvo como entidad específica a los talleres comunitarios que el mismo programa IMSS-Oportunidades contempla. Dentro de sus componentes se ubica la temática a desarrollar con las beneficiarias que son trece señoras que tienen hijos menores de 5 años que padecían desnutrición. Esta preocupación de intervención se llevó a cabo con la finalidad de desarrollar en el grupo, nuevas formas de concebir los procedimientos del arte culinario, es decir, integrar como cultura social familiar dietas alimenticias con mayor nivel nutricional para los menores.

Se estructuró como Curso Taller debido a que su desarrollo se llevó a cabo mediante un proceso de contraste entre teoría y práctica, además de exigirse como producto, que las señoras lograran la elaboración de alimentos obtenidos a través de una práctica de desarrollo sustentable, porque ellas emprendieron un proyecto productivo de autoconsumo teniendo como cultivo el frijol de “soya”, asimismo, se complementó con el manejo del amaranto y la papilla.

2.3.1. Descripción del Proyecto.

Como cito en los apartados anteriores, realicé mis prácticas profesionales en la comunidad de Ixcatlàn, dentro del programa IMSS-Oportunidades con un grupo de trece señoras que tienen hijos menores de 5 años que padecen desnutrición.

El programa IMSS-Oportunidades por largo tiempo ha creado modelos de atención inclinados hacia varios aspectos relacionados con el autocuidado de la salud, denominado “Educación para la Salud”, estos son: Acción comunitaria, salud y atención médica, dentro de estas se trabajan diferentes géneros como son: participación de voluntarios, nutrición (sesiones educativas, granjas, huertos, conservación de alimentos), proyectos educativos, Nutrición (centro de Educación nutricional), suplemento alimentario, sesiones educativas, preparación y consumo de alimentos), salud reproductiva, comunicación educativa, empoderamiento de la mujer

campesina e indígena, comunidades saludables, tecnología apropiada, saneamiento básico, atención integral al adolescente, salud ginecológica y enfermedades crónico degenerativas.

En este modelo de Atención en el cual me enfoqué aún no se había operatizado en la Unidad Médica de Ixcatlan, sin embargo nuestra misión fue desarrollar todo un proceso de trabajo bajo la modalidad de curso-taller considerando que en el manual de microrregiones del IMSS-Oportunidades, nos propuso la opción para que las comunidades realicen proyectos productivos para el mejoramiento nutricional e ingreso familiar. En este sentido como ejemplo cito el siguiente:

Proyectos productivos para la nutrición e ingreso familiar.

De los apoyos e instancias institucionales.

Una de las estrategias del Programa IMSS-Oportunidades para promover la participación familiar, es la de impulsar proyectos productivos. Los grupos organizados reciben apoyo financiero, capacitación técnica y administrativa para llevar a cabo actividades productivas que les permitan obtener alimentos y mejorar su economía.

Dichos proyectos cuentan con asesoría y seguimiento de los supervisores y promotores de Acción Comunitaria, así como del equipo de salud.

Los proyectos productivos se llevan a cabo con la asignación de recursos del Programa, apoyo de presidentes municipales y de otras instancias gubernamentales y no gubernamentales. Además, las familias beneficiadas destinan recursos propios o material de la región, así como la mano de obra y el terreno o local donde se pretende realizar el proyecto, con el aprovechamiento racional de los recursos naturales locales. De ser posible, se cuenta con el apoyo de especialistas externos que asesoran y dan seguimiento a los proyectos. El monto que se asigna a cada

proyecto es de máximo 30 mil pesos y los recursos que asigna el Programa a esta actividad varían de acuerdo con la disponibilidad presupuestal.

Los proyectos productivos sólo se pueden realizar en las localidades atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades. Por lo que el objetivo de los proyectos productivos es impulsar y apoyar a familias, grupos y asociaciones para que conjunten esfuerzos, experiencias productivas y recursos que les permitan mejorar su producción alimentaria, introducir cultivos de alto contenido nutricional y actividades pecuarias para disponer de una mayor cantidad de proteína de origen animal y vegetal, y obtener beneficios económicos¹⁸.

Se preguntarán ¿Por qué al proyecto lo considero como un Taller de educación alimenticia?, porque es un proceso en el cual las señoras y yo nos apropiáramos de los conocimientos básicos sobre la valoración, la obtención y el consumo de los alimentos con soya.

El proyecto no se limitó a enseñar “qué” y “cómo” debemos comer, propuso más bien un proceso que inició con el “por qué” y “para qué comer”. Para esto se implementó una alternativa nutricional, la cual fue agregar la soya a los alimentos de consumo diario.

Por otra parte considero importante hacer mención que este curso taller se presentó con la finalidad de disminuir la desnutrición infantil, así como también, evitar que se siguiera incrementando el número de niños desnutridos a través de la capacitación de las madres de familia. Las señoras obtuvieron conocimientos de cómo sembrar y cosechar el frijol de soya, a su vez aprendieron que la soya es rica en proteína y aceites nutrientes esenciales para el crecimiento de las personas de todas las edades. Se aprovechó la producción de alimentos de la región (verduras, frutas, cereales y tubérculos, leguminosas y productos de origen animal), para optimizarlos dentro de las recetas con soya. También se les enseñó a preparar las

¹⁸ 12 Manual micro regiones • octubre de 2004.

papillas nutrisano para niños y nutritiva para las señoras embarazadas¹⁹. A su vez se incluyó dentro de este proyecto, el alimento llamado amaranto²⁰ y sus múltiples formas de preparación.

La segunda fase del proyecto consistió en llevar a la práctica los conocimientos adquiridos:

- La siembra y cuidado del frijol de soya.
- Cosecha del frijol de soya.
- Preparación de alimentos para autoconsumo y para comercializarlos.
- Preparación de papillas nutritiva y nutrisano.
- Preparación de alimentos con amaranto..

2.3.2. Justificación.

Cabe señalar que las trece familias con las que se trabajó eran de bajos recursos. Factor desfavorable porque las familias tenían entre 8 a 10 integrantes. Pocas madres de familia fueron a la escuela, algunas (13) solo tenían estudios de educación primaria y ya no se interesaron en seguir estudiando.

Básicamente el trabajo desarrollado estuvo centrado en la atención a los infantes menores de 5 años trabajando directamente con las madres de familia ya que ellas tenían la responsabilidad de proporcionar los cuidados y alimentos a sus hijos. Esta acción en coordinación con la UMR No. 5 de Ixcatlan, Hgo., fue adecuada

¹⁹ Se cuenta con dos tipos de suplementos alimenticios: uno que se prepara y consume en forma de *papilla* (**NUTRISANO**)y se destina a niñas y niños de entre 4 meses y 23 meses de edad y de 2 hasta 5 años si se encuentran con algún grado de desnutrición o en vías de recuperación, y otro que se prepara y consume en forma de *bebida* (**NUTRIVIDA**) para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

²⁰ El amaranto puede ser la planta más nutritiva del mundo. Los botánicos y nutriólogos han estudiado el amaranto, y han encontrado una gran cualidad nutritiva, en especial un alto contenido de proteínas, calcio, ácido fólico y vitamina C. Semillas del amaranto tostado proveen una fuente de proteínas superior, que puede satisfacer gran parte de la ración recomendada de proteínas para niños

porque además de dotarnos de apoyo (insumos alimenticios) orientaba sobre la dieta nutricional para este grupo etareo. Por ejemplo: qué complicaciones sufre un niño cuando es alimentado deficientemente, por qué influye en la talla, peso y estatura. Una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas lo cual conduce a la desnutrición.

La desnutrición es un problema que atañe a toda la comunidad, siendo adultos, jóvenes y niños. La población menor de 5 años es la más vulnerable, por ello la prioridad del IMSS de erradicar este terrible problema que año tras año va en aumento además de los problemas económicos del país.

A pesar de la adversidad contextual donde se operó el proyecto fue posible implementar acciones muy puntuales que impactaron en las señoras y en los infantes, su contribución en el desarrollo de las actividades dio muestra de su interés por mejorar su calidad de vida. Como coordinadora del proyecto puedo decir que aporté y recibí muchos conocimientos respecto a este delicado tema que es la “desnutrición Infantil”, sin embargo falta mucho por hacer y aprender.

Con todo lo realizado las señoras tuvieron una adecuada Educación alimenticia y que a través de esta, seguirán contribuyendo en acrecentar esos conocimientos en otros hogares, además de permitirse atender a los más necesitados que son sus hijos.

2.3.3. Finalidad del proyecto.

El proyecto se realizó con la finalidad de abatir la desnutrición de 13 niños menores de 5 años de la comunidad de Ixcatlan, para ello fue necesario mejorar los hábitos alimenticios que persiste en las madres de estos menores al no preparar alimentos más nutritivos. Es por ello que se crea el proyecto para que las señoras aprendieran nuevas formas de alimentar aprovechando los aportes de la UMR No. 5 .

2.3.4. Objetivos

Objetivo general

- Mejorar la dieta alimenticia de los niños menores de 5 años cuyas mamás pertenecen al programa IMSS-Oportunidades de la UMR No. 5 de la comunidad de Ixcatlan, con la finalidad de abatir la desnutrición infantil.

Objetivos específicos

- Presentar el proyecto al centro de salud y comunidad beneficiaria.
- Investigar teórica y metodológicamente los temas del plato del bien comer.
- Conocer y aprovechar los alimentos que se producen en la comunidad.
- Conocer los hábitos alimenticios de las familias involucradas en el proyecto.
- Manejar la información precisa de los temas elegidos, a fin de enfatizar las desventajas que posee la desnutrición en niños menores de 5 años.
- Dar a conocer qué es la soya, la papilla, el amaranto y su valor nutricional al transformarse en un platillo ordinario.
- Diversificar la dieta ordinaria implementando el consumo de postres, comidas, lácteos, teniendo como componente el frijol de soya y el amaranto.
- Aprovechar el suplemento alimenticio de nutritiva y nutrisano.

2.3.5. METAS

Las metas que se plantearon y que de alguna manera se lograron, fueron:

1. Sensibilizar a los directivos de IMSS sobre la prioridad de financiamiento de proyectos como este como un medio factible y pertinente en beneficio de las comunidades de mayor marginación en un lapso de tiempo de una semana.
2. Lograr en un periodo de 1 semana sensibilizar a las 13 señoras de la importancia que tiene el alimento en la vida y señalar la relación que existe entre la alimentación, desarrollo físico, mental y social del niño.
3. Que las 13 señoras lleguen a conocer, valorar y aprovechar mejor los alimentos que la biodiversidad y las tradiciones alimentarias les ofrecen, con atención a los principios de una alimentación completa, variada e higiénica en entornos afectivos en un lapso de tiempo de 1 semana.
4. Lograr en un periodo de 13 semanas que las 13 señoras se apropien de conocimientos relativos a la soya, papilla y el amaranto sobre el valor nutricional y a su vez cómo la podemos transformar en ricos alimentos.
5. Erradicar el consumo de alimentos chatarra al término del proyecto.
6. Que los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas consuman el suplemento alimenticio: nutrisano y nutrivida.
7. Disminuir el nivel de desnutrición de los 13 niños menores de 5 años.
8. Lograr que las 13 señoras adquieran una nueva cultura alimenticia.

2.3.6. Beneficiarios.

Los beneficiarios directos fueron los niños y niñas menores de 5 años quienes entraron en un proceso de recuperación de talla, y peso, además de las señoras

madres de familia, y las que se encontraban en la etapa de embarazo o lactancia al capacitarlas para el autocuidado de su salud y el de su familia.

Con los conocimientos obtenidos serán capaces de alimentarse sanamente.

Cabe mencionar que se persiguió obtener un aprendizaje significativo en todo el proceso, para que ellas hagan uso de sus habilidades para la autosuficiencia y la vendimia de alimentos.

2.3.7. Localización física y cobertura espacial.

El Curso-Taller de educación alimenticia se puso en marcha en la comunidad de Ixcatlan, Huejutla, Hgo. dentro de la Unidad Médica Rural No. 5, en un espacio áulico donde se realizaron las actividades de enseñanza y práctica..

Esta comunidad se encuentra situada a 29 km., hacia el sureste de la cabecera municipal que es Huejutla de Reyes Hgo., entre los paralelos 19 y 36 de latitud Norte y 99 de longitud Oeste.

Los límites geográficos de Ixcatlan son:

- Al Norte colinda con la comunidad de Tepeica.
- Al Este con las comunidades de Axcaco, Ahuehuetitla, Ahuacaixpa, Tlanepango, Ahuacatitla y Tepemaxac.
- Al Oeste con las comunidades de Cacatetitla, Ixcatepec, Las nueces, Atapa, Octatitla, Apilol, Tamalcuatitla, Nepalapa, Ahuacatitla y Acoyotipa.
- Al sur con Santa clara, La pastora y Ahuacatitla.

2.4. ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS REALIZADAS.

META	PRODUCTO	ACTIVIDADES	TAREAS	TÉCNICAS
1.- Sensibilizar a los directivos de IMSS sobre la prioridad de financiamiento de proyectos como este como un medio factible y pertinente en beneficio de las comunidades de mayor marginación, en un lapso de tiempo de una semana.	Política institucional con sentido humanístico.	Exposición del proyecto. - Misión - Visión	-Elección del espacio. -Citar a los involucrados. -Elección de los materiales: técnicos y didácticos.	-Expositiva. -Trabajo individual. - Plenaria.
2.- Lograr en un periodo de 1 semana	Madres de familia concientizada	Platicas con las madres de familia.	Convocatoria para las asistentes.	Expositiva. Reflexiva.

<p>sensibilizar a las 13 señoras sobre la importancia que tiene el alimento en la vida y señalar la relación que existe entre la alimentación, desarrollo físico y mental del niño.</p>	<p>s sobre la importancia de una adecuada alimentación.</p>	<p>Intercambio de información. - Selección de materiales. -Realización de láminas. -Realización de un periódico mural.</p>	<p>Revisión previa del trabajo a realizar. Solicitar la presencia de la Doctora. Dinámica: Actividad preliminar. Desarrollar la temática correspondiente Retroalimentación por parte de la doctora.</p>	<p>Coparticipativa.</p>
<p>3.- Que las 13 señoras</p>	<p>Madres con habilidades</p>	<p>Platicas con las madres de</p>	<p>Aviso previo a las madres de</p>	<p>-Expositiva.</p>

<p>lleguen a conocer, valorar y aprovechar mejor los alimentos que la biodiversidad y las tradiciones alimentarias les ofrecen, con atención a los principios de una alimentación completa, variada e higiénica en entornos afectivos, en un lapso de tiempo de 1 semana.</p>	<p>para aprovechar los recursos alimenticios.</p>	<p>familia.</p> <p>Recolección de materiales.</p>	<p>familia.</p> <p>Preparación del tema.</p> <p>Organizar el espacio para la sesión.</p> <p>Elección de los materiales técnicos y didácticos a aplicar.</p>	<p>-Trabajo en grupo.</p> <p>-Discusión y reflexión.</p> <p>- Conocimiento colectivo.</p> <p>-Escritos.</p>
<p>4.- Lograr en un periodo de 13 semanas que las 13</p>	<p>señoras con habilidades culinarias de cómo</p>	<p>Platicas referidas al nutrimento.</p>	<p>Aviso previo para asistir al curso-taller.</p> <p>Elección del</p>	<p>-Auditivas</p> <p>-Vivenciales</p>

señoras se apropien de conocimientos relativos a la soya, suplemento alimenticio y el amaranto sobre el valor nutricional y a su vez cómo la podemos transformar en ricos alimentos.	alimentar a sus menores de 5 años.	Discusión del tema, por parte de las asistentes. Retroalimentación. Preparación de alimentos.	espacio. Investigar la información. Seleccionar la información. Elegir el proceso metodológico. Exponer la información. Selección del menú. Obtención de productos alimenticios.	-Expositiva -Demostrativa.
5.- Erradicar el consumo de alimentos	13 señoras concientizadas acerca de	Solicitar la presencia del grupo de	Aviso previo a las mamás.	-Exposición -Discusión y

<p>chatarra al término del proyecto.</p>	<p>los daños que provoca el consumir alimentos chatarra.</p>	<p>señoras.</p> <p>Platicas acerca de los daños que provoca el consumir alimentos chatarra.</p> <p>Discusión del tema.</p>	<p>Selección del lugar.</p> <p>Investigar la información.</p> <p>Selección de la información.</p> <p>Selección de los materiales.</p> <p>Exposición del material.</p>	<p>reflexión.</p>
<p>6.- Disminuir el nivel de desnutrición de los 13 niños menores de 5 años.</p>	<p>13 niños sin desnutrición.</p>	<p>Solicitar la presencia de madre e hijo.</p> <p>Pase de lista.</p> <p>Llevar un control de la</p>	<p>Aviso previo.</p> <p>Solicitar la presencia del Médico.</p> <p>Pesar y medir a los niños.</p>	<p>-Individual.</p> <p>-Coayuda.</p>

		talla. Platicas personalizadas.	Desparasitar Vitaminar. Chequeo médico.	
7.- Lograr que las 13 señoras adquieran una nueva cultura alimenticia.	Señoras con habilidades para realizar alimentos adecuados para su familia.	Exposición de diversos platillos. Platicas sobre la importancia de una adecuada alimentación.	Cada señora prepare un platillo en su casa.	- Exposición individual -Reflexión. -Vivénciales.

2.5. Técnicas a utilizar.

Exposición individual: es una técnica que se utiliza para explicar un tema a un grupo.

Vivénciales: Se caracterizan por crear una situación peculiar donde nos involucramos, nos hacen vivir una situación, nos relacionamos y adoptamos actitudes espontáneas, su objetivo es: Animar, Cohesionar, Crear un ambiente fraterno y participativo

Discusión y reflexión: Se identifica por ser una actividad que se realiza en forma colectiva, en donde todos los participantes dan sus puntos de vista acerca del tema, y con esto se da el aprendizaje en grupo.

Auditivas: esta técnica es de mucha ayuda para las personas que no saben leer y escribir, por lo que solo llegan a captar por medio de los sonidos.

Coparticipación: se caracteriza por la ayuda que se dan todos los miembros del grupo, además les permite expresar sus conocimientos adquiridos en la sesión.

2.6 Determinación de los plazos o calendario de actividades.

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	3	1	2	3	4
1. Exposición del proyecto.	■																							
2. Pláticas con las madres de familia.		■																						
3. Pláticas con las madres de familia.			■																					
4. Pláticas referidas al nutrimento.				■																				
5. Preparación de alimentos.					■										■	■			■	■				
6. Pláticas acerca de los daños que provoca el consumir alimentos chatarra.														■										
7. Participación del grupo. Seguimiento y control de la talla.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

2.7 Determinación de los recursos necesarios para poder llevar a cabo el proyecto.

ACTIVIDAD	RECURSOS HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICOS	FINANCIEROS
Exposición del proyecto.	Encargados de la UMR No. 5: Químico Enrique Piña Hernández, Dra. Irán Camacho Hernández, Ing. Galileo Salvador Meyer, Dra. Diana Mejía Olvera, Auxiliar Enfermero Rubén Gómez Castro, Vocales de oportunidades, Juez Auxiliar Sr. Aristeo Hernández, Integrantes del comité de salud. Grupo de señoras con las que se trabajará este proyecto. Prestador del servicio social.	4 pliegos de papel bond. 1 caja de Marcadores. 50 hojas tamaño carta blancas. Impresiones del proyecto.		Papel bond \$ 8.00 Marcadores \$ 45.00 Hojas \$ 5.00 Impresiones \$70.00

Platicas con las madres de familia.	Enfermero. Doctora. Alumna LIE Grupo de señoras.	2 metros de papel capple. 2 pliegos de papel crepé. 20 Hojas de color. 20 impresiones. Un litro de Resistol. Una caja de Marcadores. 1 regla de 30 cm. 1 pistola de silicón. 5 barras de silicón. 1 tijera. 2 revistas. 1 sobre de diamantina. 2 pliegos de papel bond.	Uso de la computadora. Uso del Internet.	Papel capple. \$16.00 Papel crepé. \$8.00 Hojas de color. \$10.00 Impresiones \$25.00 Resistol \$30.00 Regla de 30 cm. \$7.00 Pistola de silicón \$25.00 Barras de silicón \$ 5.00 Tijera \$ 15.00 Revistas \$50.00 Diamantina \$ 10.00 Papel bond \$4.00
Platicas con las madres de familia.	Doctora. Alumna LIE Grupo de señoras.	6 pliegos de papel bond. 1 caja de Marcadores. 1 pieza de diurex. 1 paquete de fichas bibliográficas.	Uso de la computadora. Uso del Internet.	Papel bond \$12.00 Diurex \$9.00 Estambre \$15.00 Fichas bibliograficas \$ 10.00

		1 bola de estambre.		
Platicas referidas al nutrimento.	Doctora Enfermero Alumna LIE Nutriólogo. Grupo de señoras.	3 pliegos de papel bond. Una caja de marcadores. Diurex. Fichas bibliográficas. Impresiones Tijeras Resistol		Papel bond \$ 6.00 Fichas bibliograficas \$10.00 Impresiones \$20.00
Preparación de alimentos.	Alumna LIE. Grupo de señoras.	Utensilios de cocina: 4 cubetas 3 bandejas 2 vaporeras 4 cucharas grandes 1 cucharón 1 metro de tela 26 tenedores (cucharas) 26 vasos 26 platos extendidos		Cubetas \$25.00 Bandejas \$15.00 Vaporeras \$600.00 Cucharas grandes \$60.00 Cucharón \$30.00 Metro de tela \$20.00 Tenedores (cucharas) \$104.00 Vasos \$58.00 Platos extendidos \$156.00 Platos hondos. \$156.00

<p>Preparación del grano (frijol de soya).</p> <p>Comida: Gorditas con ensalada de verduras.</p> <p>Postre: Yogurt</p> <p>Bebida: agua de Horchata.</p>		<p>26 platos hondos.</p> <p>1 estufa con horno.</p> <p>2 sartén grandes</p> <p>3 cacerolas (chica, mediana y grande)</p> <p>1 par de guantes</p> <p>2 mesas</p> <p>Leña</p> <p>1 tanque de gas</p> <p>1 colador</p> <p>4 cuchillos</p> <p>4 kilos de fríjol de soya.</p> <p>Agua</p> <p>Okara (masa de la soya)</p> <p>1 kg. de jitomate</p> <p>2 cabezas de ajo.</p> <p>1 kg. de cebolla.</p>		<p>Sartén grandes \$180.00</p> <p>Cacerolas (chica, mediana y grande) \$450.00</p> <p>Par de guantes \$30.00</p> <p>Mesas \$400.00</p> <p>Tanque de gas \$290</p> <p>Colador \$10.00</p> <p>Cuchillos \$100.00</p> <p>Soya \$32.00</p> <p>Jitomate \$20.00</p> <p>Cebolla \$10.00</p> <p>Chile \$8.00</p> <p>Paquete de maseca \$70.00</p> <p>Cilantro \$ 10.00</p>
---	--	--	--	---

		<p>½ kg. de chile.</p> <p>1 paquete de Maseca.</p> <p>2 rollos de cilantro</p> <p>1 kg. de pepino</p> <p>1 kg. de rábano.</p> <p>1 pieza de lechuga.</p> <p>½ de kg. de Limón.</p> <p>1 kg. de sal.</p> <p>10 litros de Leche de soya</p> <p>3 litros de yogurt natural</p> <p>3 latas de leche evaporada.</p> <p>2 kg. de azúcar.</p> <p>2 lata de mermelada de durazno.</p> <p>2 lata de almíbar de durazno.</p> <p>1 litro de horchata.</p> <p>¼ kg. de canela en polvo.</p>		<p>Pepino \$15.00</p> <p>Rábano \$10.00</p> <p>Lechuga \$7.00</p> <p>Limón \$6.00</p> <p>Sal \$6.00</p> <p>Yogurt \$60.00</p> <p>Leche condensada \$ 24.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p> <p>Mermelada \$ 30.00</p> <p>Almíbar \$40..00</p> <p>Horchata \$ 27.00</p> <p>Canela \$ 7.00</p>
--	--	---	--	---

<p>Comida: Picadillo</p> <p>Postre: Batido de plátano.</p> <p>Bebida: atole de coco</p>		<p>2 kg. de frijol del soya.</p> <p>Okara.</p> <p>Leche de soya.</p> <p>1 kg. de papa.</p> <p>1 kg. de zanahoria.</p> <p>1 kg. de jitomate.</p> <p>1 kg. de cebolla.</p> <p>1 rollo de cilantro.</p> <p>1 kg. de chayote.</p> <p>2 cabezas de ajo.</p> <p>Pimienta</p> <p>Clavo</p> <p>3 kg. de plátano tabasco.</p> <p>½ de coco rallado.</p> <p>2 kg. de azúcar.</p> <p>1 kg. de sal.</p> <p>¼ de canela entera.</p> <p>Un paquete de maseca.</p>		<p>Soya \$32.00</p> <p>Papa \$8.00</p> <p>Zanahoria \$10.00</p> <p>Jitomate \$20.00</p> <p>Cebolla \$10.00</p> <p>Cilantro \$10.00</p> <p>Chayote \$5.00</p> <p>Ajo \$9.00</p> <p>Pimienta \$5.00</p> <p>Clavo \$5.00</p> <p>Plátano \$24.00</p> <p>Coco \$20.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p> <p>Sal \$6.00</p> <p>Canela \$7.00</p>
---	--	---	--	---

<p>Comida: tortitas con queso.</p> <p>Postre: Tamales dulces.</p> <p>Bebida: Atole de masa con leche de soya.</p>		<p>2 kg. de fríjol de soya.</p> <p>Okara</p> <p>Queso de soya.</p> <p>1 kg. de huevos.</p> <p>1kg. de aceite</p> <p>1kg. de harina.</p> <p>10 kg. de masa de maíz.</p> <p>1 sobre de pintura roja comestible.</p> <p>½ kg. de pasas.</p> <p>¼ de royal.</p> <p>3 barras de Mantequilla.</p> <p>2 kg. de azúcar.</p> <p>10 litros de leche de soya.</p> <p>2 kg. de fríjol de soya.</p>		<p>Soya \$ 32.00</p> <p>Huevo \$12.00</p> <p>Aceite \$18.00</p> <p>Harina \$8.00</p> <p>Pintura \$10.00</p> <p>Pasas \$15.00</p> <p>Royal \$5.00</p> <p>Mantequilla \$15.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p>
---	--	---	--	---

<p>Comida: chorizo de soya con nopales.</p> <p>Postre: flan de Okara.</p> <p>Bebida: licuado de fruta.</p>		<p>2 kg. de soya texturizada.</p> <p>10 bolsas de nopales.</p> <p>3 kg. de huevo.</p> <p>1 kg. sal.</p> <p>2 litros de aceite.</p> <p>¼ kg. de Chile huajillo.</p> <p>¼ kg de chile chino.</p> <p>Clavo.</p> <p>Pimienta</p> <p>Orégano</p> <p>4 cabezas de ajo.</p> <p>Laurel.</p> <p>1 litro de vinagre.</p> <p>Okara</p> <p>2 kg. de azúcar.</p> <p>10 litros de leche de soya.</p>		<p>Frijol de Soya \$32.00</p> <p>Soya texturizada \$32.00</p> <p>Nopales \$30.00</p> <p>Huevo \$26.00</p> <p>Sal \$6.00</p> <p>Aceite \$18.00</p> <p>Chiles \$30.00</p> <p>Clavo \$5.00</p> <p>Pimienta \$5.00</p> <p>Orégano \$5.00</p> <p>Ajo \$12.00</p> <p>Laurel \$5.00</p> <p>Vinagre \$8.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p>
--	--	--	--	--

<p>Comida: albóndigas.</p> <p>Postre: dulce de Okara con leche de soya.</p> <p>Bebida: arroz con leche.</p>		<p>2 kg. de fríjol del soya.</p> <p>10 de masa de maíz.</p> <p>1 kg. de Jitomate</p> <p>1 kg. de huevo.</p> <p>1 Kg. de zanahoria</p> <p>1 calabaza.</p> <p>1 kg. de cebolla.</p> <p>2 cabezas de ajo.</p> <p>2 rollos de hierbabuena.</p> <p>1 kg. de papas.</p> <p>1 kg. de sal.</p> <p>Pimienta</p> <p>Comino</p> <p>10 litros de leche de soya.</p> <p>Azúcar.</p> <p>Canela en polvo entera.</p> <p>1 kg. de arroz.</p> <p>2 kg. de fríjol del soya.</p>		<p>Soya \$ 32.00</p> <p>Jitomate \$20.00</p> <p>Huevo \$12.00</p> <p>Zanahoria \$ 10.00</p> <p>Calabaza \$8.00</p> <p>Cebolla \$10.00</p> <p>Ajo \$ 6.00</p>
---	--	---	--	--

<p>Comida: quesadillas con queso de soya.</p> <p>Ceviche de okara.</p>		<p>10 kg. de masa de maíz.</p> <p>1 kg. de hongos.</p> <p>1 kg. de cebolla.</p> <p>1 kg. jitomate</p> <p>2 manojos de Cilantro</p> <p>8 latas de atún.</p> <p>10 litros de leche de soya.</p> <p>1 kg. de huevo.</p> <p>2 sobre de Maicena natural.</p> <p>Canela</p> <p>Vainilla</p> <p>1 kg. de limón</p> <p>1 kg. de sal</p> <p>Un paquete de Carbonato</p> <p>2 kg. de azúcar.</p> <p>Agua</p> <p>20 naranjas</p>		<p>Hierbabuena \$6.00</p> <p>Papas \$8.00</p> <p>Sal \$ 6.00</p> <p>Pimienta \$ 5.00</p> <p>Comino \$5.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p> <p>Canela \$7.00</p> <p>Arroz. \$10.00</p> <p>Soya \$ 32.00</p> <p>Hongos \$ 40.00</p> <p>Cebolla \$10.00</p>
--	--	---	--	--

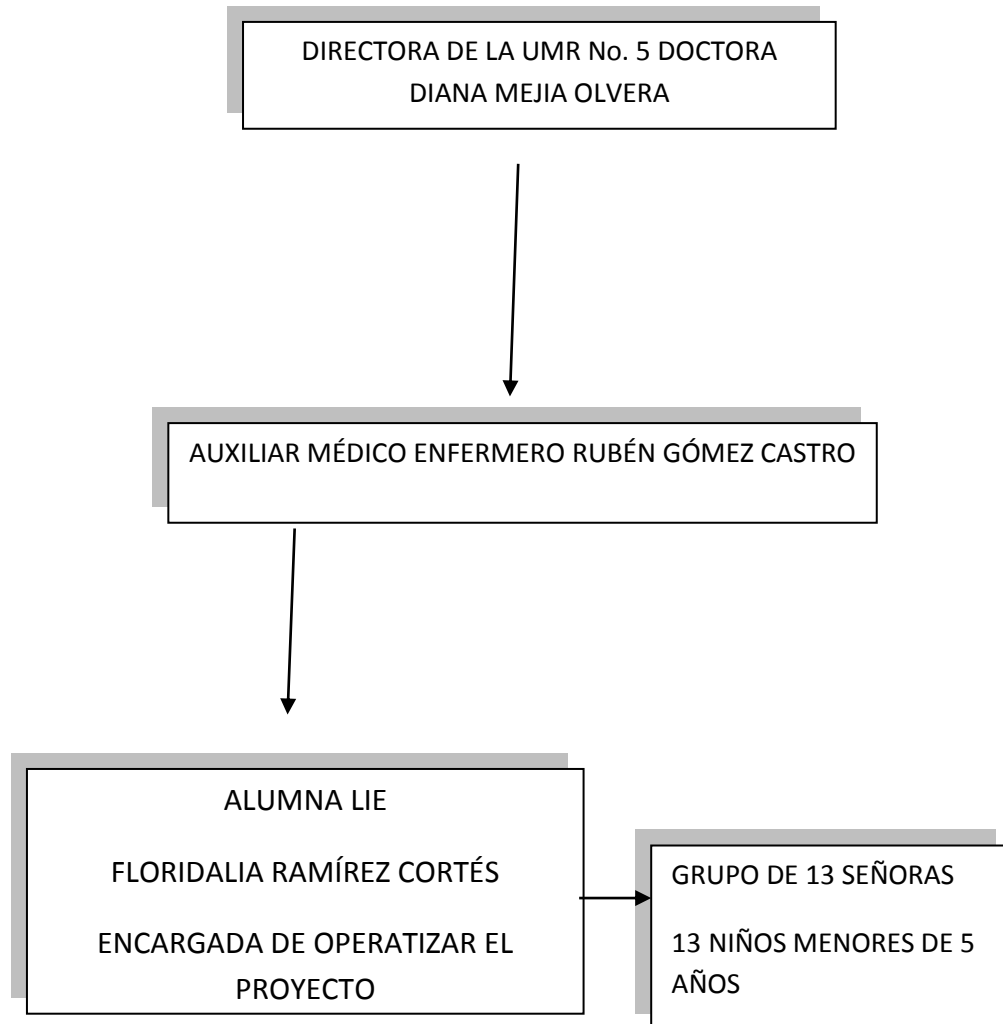
<p>Postre: dulce de limón.</p> <p>Bebida: agua de naranja.</p>		<p>2 kg. de Fríjol del soya.</p> <p>½ de amaranto reventado.</p> <p>1 rollo de cilantro.</p> <p>Queso de soya.</p> <p>12 litros de Leche de soya</p> <p>1 litro de aceite</p> <p>3 kg. de tortillas</p> <p>2 kg. de azúcar</p> <p>Canela</p> <p>13 sobre de complemento alimenticio nutritiva y nutrisano.</p> <p>Agua</p>		<p>Jitomate \$10.00</p> <p>Cilantro \$10.00</p> <p>Atun \$104.00</p> <p>Huevo \$12.00</p> <p>Maicena \$8.00</p> <p>Canela \$7.00</p> <p>Vainilla \$27.00</p> <p>Limón \$5.00</p> <p>Sal \$6.00</p> <p>Carbonato \$3.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p>
<p>Comida: tacos de amaranto.</p> <p>Bebida: atole de amaranto.</p> <p>Postre: complemento alimenticio.</p>		<p>Frutas de temporada: plátano, manzana, etc.</p> <p>2 kg. Bistec de pollo</p> <p>1 kg. de huevo.</p> <p>½ kg. de harina de amaranto.</p>		<p>Soya \$32.00</p> <p>Amaranto \$40.00</p> <p>Cilantro \$5.00</p> <p>Aceite \$ 18.00</p> <p>Tortillas \$24.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p>

<p>Comida: bistec con amaranto.</p> <p>Postre: palanquetas de amaranto.</p> <p>Bebida: agua de frutas.</p>		<p>1 kg. de amaranto reventado.</p> <p>1kg. de sal</p> <p>Pimienta</p> <p>1 litro de Aceite</p> <p>2 kg. de Azúcar</p> <p>3 barras de Margarina.</p> <p>Vainilla</p> <p>Agua</p> <p>Fruta de temporada.</p>	<p>Canela \$7.00</p> <p>Pollo \$80.00</p> <p>Huevo \$12.00</p> <p>Harina \$ 20.00</p> <p>Amaranto \$40.00</p> <p>Sal \$6.00</p> <p>Pimienta \$5.00</p> <p>Aceite \$18.00</p> <p>Azúcar \$20.00</p> <p>Margarina \$15.00</p> <p>Vainilla \$27.00</p>
<p>Realización de un periódico mural.</p> <p>Platicas acerca de los</p>	<p>Alumna LIE</p>	<p>2 metros de Papel capple.</p> <p>Hojas de colores</p> <p>Resistol</p>	<p>Papel capple \$16.00</p> <p>Hojas de colores \$10.00</p> <p>Foami \$20.00</p>

daños que provoca el consumir alimentos chatarra.		Foami Silicón 1 caja de marcadores Tijeras 3 pliegos de Papel bond.		Silicón \$5.00 Papel bond \$6.00
9.- Disminuir el nivel de desnutrición de los niños menores de 5 años.	Doctora Enfermero Alumna LIE	Bascula 100 hojas blancas 14 Carpetas Medicamentos		Hojas \$10.00
Lograr que las señoras adquieran una nueva cultura alimenticia	Doctora Alumna LIE	Mesa Hojas de color Marcadores		Hojas \$14.00

Total de gastos: \$ 4,690

2.8 Estructura organizativa y gestión del proyecto.



2.9 Indicadores de evaluación del proyecto.

Metas	Indicadores de Evaluación	Momento de evaluación	Medios para evaluar
Sensibilizar a los directivos de IMSS sobre la prioridad de financiamiento de proyectos como este como un medio factible y pertinente en beneficio de las comunidades de mayor marginación en un lapso de tiempo de una semana.	Impacto de la exposición.	Al término de la sesión.	Diario de campo.
Lograr en un periodo de 1 semana sensibilizar a las 13 señoras de la importancia que tiene el alimento en la vida y señalar la relación que existe entre la alimentación, desarrollo físico, mental y social del	Impacto de las pláticas. Formas de concebir la alimentación.	Al término de la Sesión.	Diario de campo. Estimativa Preguntas directas.

niño.			
Que las 13 señoras lleguen a conocer, valorar y aprovechar mejor los alimentos que la biodiversidad y las tradiciones alimentarias les ofrecen, con atención a los principios de una alimentación completa, variada e higiénica en entornos afectivos en un lapso de tiempo de 1 semana.	Impacto de las pláticas. Participaciones	Al término de la sesión.	Diario de campo. Observación. Diario de campo. Preguntas directas.
Lograr en un periodo de 13 semanas que las 13 señoras se apropien de conocimientos relativos a la soya, papilla y el amaranto sobre el valor nutricional y a su vez cómo la	Impacto de las pláticas. Impacto de las sesiones practicas. Formas de participación.	Al término de cada mes.	Observación Diario de campo. Preguntas directas.

podemos transformar en ricos alimentos.	Apropiación de aprendizajes tanto teóricos como prácticos.		Trabajos individuales.
Lograr que el cultivo de la soya se considere como un recurso natural de desarrollo sustentable, en un lapso de tiempo de 3 meses.	Impacto de las sesiones teóricas y practicas.	Cada fin de mes	Observación Diario de campo Preguntas directas. Trabajos individuales.
Erradicar el consumo de alimentos chatarra al término del proyecto.	Impacto de las sesiones.	Al término de la sesión.	Observación. Preguntas directas. Diario de campo.
Que los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas consuman el suplemento alimenticio: nutrisano y nutrivida.	Impacto de las sesiones teóricas y practicas.	Al término de la sesión.	Observación. Preguntas directas. Diario de campo. Trabajo individual.
Disminuir el nivel de desnutrición de los	La atención que recibe el niño en su	Cada mes	Trabajo individual

13 niños menores de 5 años.	casa. Elevación del peso.		Diario de campo Cuestionarios
Lograr que las 13 señoras adquieran una nueva cultura alimenticia.	El aspecto físico y el sabor de cada uno de los alimentos. Exposición individual. Conocimientos adquiridos durante todas las sesiones.	Durante la sesión	Trabajo individual Diario de campo. Preguntas directas.

CAPÍTULO III

DISEÑO DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA INTERVENCIÓN

3.1. Condicionantes sociales y /o institucionales para el desarrollo del proyecto.

La planeación educativa se origina paralelamente a la necesidad de atender la demanda social de educación y de resolver sus problemas de eficiencia de los servicios educativos. Puede definirse como un proceso que busca anticiparse al futuro en materia educativa y que mediante la identificación de líneas de acción, determina los recursos y estrategias más apropiadas para el logro de fines, objetivos y metas.

El proyecto de Intervención educativa surge a través de una necesidad detectada en la comunidad de Ixcatlán, con la finalidad de abatir la desnutrición.

Para llevar acabo el proyecto de intervención fue necesario saber los factores externos condicionantes que de una u otra forma permeaban el desarrollo del trabajo propuesto. Me refiero a aquellos factores elementos que representaron tanto las fortalezas, las oportunidades, debilidades y amenazas que no estuvieron del todo bajo nuestro control.

Parte interna:

- a) **Fortalezas:** Son los elementos positivos que los integrantes de la organización perciben (sienten) que poseen y que constituyen recursos necesarios y poderosos para alcanzar los objetivos (el fin de la organización, empresa). En este rubro considero que la sensibilidad del recurso humano fue fundamental para el logro de los objetivos.

- b) **Debilidades:** Son los elementos, recursos, habilidades, actitudes técnicas que los miembros de la organización sienten que la empresa pueden constituirse como barreras para lograr la buena marcha de la organización. Como en todos procesos estos estuvieron presentes en la fase operativa, principalmente los recursos económicos y el factor tiempo.

Fortalezas	Debilidades
<p>Se contó con especialistas como: nutriólogo, médico familiar y pediatra.</p> <p>Contamos con infraestructura.</p> <p>Se contó con material didáctico.</p> <p>Se cuenta con el apoyo de un Interventor educativo para la realización del proyecto.</p> <p>Se contó con el apoyo de la UMR No. 5 para la realización del proyecto.</p>	<p>Estos especialistas se encontraban en la ciudad de Huejutla, solo se podía tener acceso a estos servicios de medicina, a través de previa solicitud elaborada por parte de la UMR, ya que existía mucha demanda de sus servicios.</p> <p>En este caso fue un aula acondicionada para dar sesiones teóricas, más no prácticas. Además de que no se contaba con material de cocina como: Estufa con horno integrado, cacerolas, cucharones, tenedores, platos, vasos, vaporeras, cuchillos, etc.</p> <p>El material didáctico que le enviaban a la UMR fue insuficiente, ya que este es dividido entre los diferentes espacios que ha formado la Institución como son los talleres comunitarios, además de que otra parte era destinada para realizar carteles para la unidad. La papelería de la unidad es surtida cada año.</p> <p>La interventora contaba con más elementos teóricos y pedagógicos para el taller y no con un amplio conocimiento en cocina para la elaboración de platillos nutritivos.</p>

<p>La disponibilidad de tiempo de las señoras.</p>	<p>La doctora no se daba abasto con las actividades que se gestaban dentro de la UMR, por lo que le fue imposible estar en cada una de las sesiones.</p>
<p>Las señoras hablaban el idioma nauatl.</p>	<p>Algunas señoras no poseían suficiente tiempo para asistir al taller, porque tenían que atender a sus familias.</p> <p>La interventora poco dominaba el idioma nauatl.</p>

Parte externa:

a) **Oportunidades:** Son aquellos factores, recursos que los integrantes de la empresa sienten (perciben) que pueden aprovechar o utilizar para hacer posible el logro de los objetivos.

b) **Amenazas:** Se refiere a los factores ambientales externos que los miembros de la empresa sienten que les puede afectar NEGATIVAMENTE, los cuales pueden ser de tipo POLÍTICO, ECONÓMICO, TECNOLÓGICO. Son, normalmente todos aquellos factores externos a la organización que se encuentran en el medio ambiente mediato y, en algunas ocasiones inmediato.

<p>Oportunidades</p>	<p>Amenazas</p>
<p>Con el programa de IMSS-Oportunidades las señoras estaban condicionadas para asistir al curso – taller.</p> <p>Las madres de familia se encontraban interesadas en la salud del menor de 5 años.</p> <p>Las madres de familia se ocupaban en las</p>	<p>Que a pesar de ello no asistan al taller.</p> <p>El desinterés por parte de algunas madres de familia.</p>

acciones del proyecto de Intervención.	Falta de recursos económicos para la compra de insumos. Que las madres de familia no llevaran a la práctica lo que se aprendía en cada una de las sesiones. Así el contrario el objetivo principal del proyecto no se cumplía al 100 %.
--	--

Aquí vemos lo importante que son las FODA, bien identificadas permiten orientar a la organización hacia un trabajo más seguro.

3.2. Criterios teórico metodológicos de la intervención.

3.2.1 Métodos y técnicas utilizadas para la realización del proyecto.

Fundamentos Epistemológicos de la investigación cualitativa

En una investigación soy muy importantes los métodos que utilizamos para poder conocer la realidad. Investigar consiste en obtener una información acerca de un objeto, conseguir un dato o una noticia sobre algo. El conocimiento es esa noticia o información acerca de ése objeto.

Para comprender la caracterización metodológica de una opción investigativa, resulta necesario y conveniente indagar por sus bases epistemológicas, de modo que se halle el sentido o la razón de ser de sus procedimientos para producir conocimiento científico.

Taylor y Bogdan señalan que lo que define la metodología es simultáneamente tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que le buscamos las respuestas a los mismos.

Es el punto de partida formal de la investigación y se caracteriza por explicitar y precisar ¿Qué es lo que se va a investigar y por qué? En este caso mi investigación estuvo enfocada a saber cuáles eran las causas de la desnutrición infantil y cómo combatirla.

La realidad epistémica requiere, para su existencia, de un sujeto cognoscente, el cual está influido por una cultura y unas relaciones sociales particulares, que hacen que la realidad dependa para su definición, comprensión y análisis, del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar de esos sujetos cognoscentes.

La fenomenología es otro pilar conceptual de la investigación social de tipo cualitativo.

Para esto tome en cuenta el espacio vivido, el tiempo vivido y las relaciones humanas vividas.

- Intuición: implica el desarrollo de los niveles de conciencia a través del ver y el escuchar.
- Análisis: el cual involucra la identificación de la estructura del fenómeno bajo estudio mediante una dialéctica (conversación/diálogo) entre el actor (participante /sujeto) y el investigador. Este conocimiento se genera a través de un proyecto conjunto en el cual interrogado e investigador, juntos, se comprometen a describir el fenómeno bajo estudio.
- Observación de los modos de aparición del fenómeno.
- Exploración en la conciencia: en este estadio del proceso, el investigador reflexiona sobre las relaciones (o afinidades estructurales) del fenómeno.
- Detención de las creencias.
- Interpretación de los significados ocultos o encubiertos: este último paso se usa en la fenomenología hermenéutica para describir la experiencia vivida en una forma tal que pueda ser valorada para informar la práctica y la ciencia.

Otro de los fundamentos que tomé en cuenta para la realización de esta investigación fue, el enfoque **hermenéutico** que es una interpretación basada en un previo conocimiento de los datos (históricos, filosóficos) de la realidad que se trata de comprender, pero que a la vez da sentido a los datos a través de un proceso inevitablemente circular, muy típico de la comprensión en cuanto método peculiar de las ciencias del espíritu. Entonces, la hermenéutica facilita el trabajo dando herramientas para comprender a un autor mejor de lo que pudieron hacerlo sus contemporáneos. Ya que para obtener los datos fue necesario analizar e investigar la historia de cada una de las personas y no nada más de estas si no también saber cual es el historial de la institución, con la finalidad de realizar un diagnóstico.

La **observación participante** fue y sigue siendo una herramienta fundamental en esta investigación. La observación participante se refiere a una práctica que consiste en vivir entre la gente que uno estudia, llegar a conocerlos, a conocer su lenguaje y sus formas de vida a través de una interacción con ellos.

Entrevistas informales, estas me ayudaron a tener información directa acerca de lo que yo quería saber, dado que en una entrevista se da entre un entrevistado y entrevistador. El objetivo de este tipo de entrevista, es mantener a los participantes hablando de cosas del interés de la investigación y cubrir aspectos de importancia para ella. La entrevista informal puede variar desde discusiones casuales, o entrevistas en profundidad, con sujetos llamados informantes clave. Para esto fue necesario realizar preguntas y de acuerdo a la respuesta ir planteando otras. Se preguntarán por qué no realicé entrevistas formales, pues debido a que las señoras no saben leer y escribir, esto resultó una limitante para ello, además siento que este tipo de entrevistas no me arrojarían datos cualitativos. Por lo que una de las ventajas y desventajas de las entrevistas informales son:

- Es adaptable y susceptible de aplicarse a toda clase de sujetos en situaciones diversas.
- Permite profundizar en temas de interés.

- Orienta posibles hipótesis y variables cuando se exploran áreas nuevas.

Entre sus **desventajas** se mencionan:

- Se requiere de mayor tiempo.
- Es más costoso por la inversión de tiempo de los entrevistadores.
 - a) Se dificulta la tabulación de los datos.
- Se requiere mucha habilidad técnica para obtener la información y mayor conocimiento del tema.

Entrevista no estructurada se encuentra la entrevista a profundidad. Esta es una entrevista personal que utiliza la indagación exhaustiva para lograr que un solo encuestado hable libremente y exprese en detalle sus creencias y sentimientos sobre un tema. El propósito de esta técnica es llegar más allá de las reacciones superficiales del encuestado y descubrir las razones fundamentales implícitas en sus actitudes y comportamiento.

Es necesario tomar en cuenta el enfoque desde el cual se plantea la investigación, el tipo de información que se pretende captar, las características de la fuente o fuentes de información y, finalmente, el tiempo del que se dispone para todo el proceso.

Sin embargo, si se quieren conocer patrones culturales, la ruta más adecuada será la de la observación participante, pero si lo que se pretende es obtener una opinión depurada sobre las posibilidades de un proyecto, el camino más pertinente será el taller.

Para llevar a cabo este proceso metodológico, no solo fueron necesarios estos métodos, también fue necesario revisar documentos escritos dentro de la clínica, libros y revistas sobre la nutrición y desnutrición infantil, páginas, Web, etc. todo esto con la finalidad de obtener información cualitativa respecto al tema que se atendió en el presente proyecto.

3.3. Plan de trabajo para la intervención.

Este apartado se cita de acuerdo al programa de actividades llevado a cabo en la fase operativa del proyecto.

A) Estrategia de intervención.

Actividad: Pláticas con la madres de familia.

Objetivo: Que las señoras optimicen los alimentos que tienen en su comunidad.

No. de sesión: 3

Fecha: 1 de marzo del 2007.

Hora: 8:00 a. m. - 9:30 p. m.

TEMA	PROPOSITO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	PRODUCTO	RECURSOS	TIEMPO
Alimentación y salud.	Uso de los alimentos que produce la comunidad de Ixcatlán.	- Exposición del tema.	Dar la bienvenida a las señoras. Explicar los grupos de		Materiales: - Papel bond. - Marcadores - Impresiones	1:30 min.

			<p>alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: frutas y verduras. - Grupo 2: Cereales y tubérculo s. - Grupo 3: Legumino sas y alimentos de origen animal. <p>Conversar con las madres de familia acerca del tema.</p> <p>Cada equipo</p>		<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinador - Encargados de la UMR No. 5. <p>Grupo de señoras.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

		<p>Realización de equipos.</p> <p>Elaboración de láminas.</p>	<p>de</p> <p>de</p> <p>dará a conocer los alimentos que tiene en su comunidad y a que grupo de alimentos pertenece.</p> <p>Invitar a las señoras para que nos comenten que comidas podemos preparar con estos alimentos.</p>			
--	--	---	--	--	--	--

3.4 Evaluación y seguimiento de la intervención.

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
1.- Sensibilizar a los directivos de IMSS sobre la prioridad de financiamiento de proyectos como este como un medio factible y pertinente en beneficio de las comunidades de mayor marginación en un lapso de tiempo de una semana.	Exposición del proyecto.	Lista de asistencia.	Asistencia Puntualidad	De las 10 señoras solo 3 llegaron puntuales, las demás llegaron tarde, lo que ocasiono inconformidad por parte de las que normalmente llegan temprano.	La exposición se iba a llevar a cabo frente a todos los relacionados con el proyecto como son: los encargados de la UMR y de la zona 2, grupo de señoras, no se logró reunir a todos juntos, por lo que a los de la zona 2 y la UMR tuvo que darles a conocer el proyecto de forma individual, por ultimo expuse el proyecto ante el grupo de señoras

				demás estaban atentas. Al término de la sesión algunas dijeron que si les firmaba el carnet seguirían yendo de lo contrario no asistirían.	
--	--	--	--	--	--

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
2.- Lograr en un periodo de 1 semana sensibilizar a las 13 señoras de la importancia que tiene el alimento en la vida y señalar la relación que existe entre la alimentación, desarrollo físico, mental y social del niño.	Platicas con las madres de familia.	Lista de asistencia. Escala estimativa. Registros de observación.	Puntualidad	Tres señoras llegaron temprano las demás media hora después.	
			Participación de las señoras.	Solo una señora no quiso participar las demás dan sus opiniones del tema.	
			Interés Actitud	Si se noto el interés de las señoras sobre todo porque están preocupadas por elevar el peso del niño. Buena, ya que si hay disposición por parte del grupo.	

		directas		estos darán frutos en la medida de que estas personas pongan en practica los conocimientos adquiridos, en este caso seria aprovechar los alimentos con las que ellas cuentan.	
--	--	----------	--	---	--

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
4.- Lograr en un periodo de 13 semanas que las 13 señoras se apropien de conocimientos relativos a la soya, papilla y el amaranto sobre el valor nutricional y a su vez cómo la podemos transformar en ricos alimentos.	<p>Explicación de los temas en donde se explicara todo lo relacionado a la soya, papilla y amaranto.</p> <p>Dar a conocer que alimentos podemos preparar con la soya, amaranto y papilla.</p> <p>Llevar a la práctica las recetas de cocina.</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Diario de campo</p> <p>Preguntas directas</p> <p>Trabajos individuales</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación de los sujetos involucrados</p> <p>Interés de los sujetos para quienes fue destinado la actividad</p> <p>Disposición</p>	<p>En estas 15 sesiones que abarcan esta meta, asistieron de 8 a 13 señoras, algunas llegaban a media sesión, por lo que se le tuvo que comentar este suceso a la doctora, ya que algunas señoras llegaban temprano y se tenían que esperar a que llegara la mayoría para comenzar con la sesión, lo que ocasionaba molestia por las que si llegaban puntual.</p> <p>Durante estas sesiones las señoras se</p>	<p>En esta meta si se tuvieron que realizar alguna modificaciones, ya que tenia contemplado dar primero toda la teoría y posteriormente la teoría, por lo que me di cuenta en la segunda sesión teórica que esto no funcionaria, ya que las señoras comenzaban a mostrar desesperación, ellas decían y cuando vamos a preparar la soya, por lo que opte por</p>

				<p>encontraban motivadas por adquirir un nuevo conocimiento, por que cuando se estaba dando la teoría ellas preguntaban cuando pasaríamos a la práctica, que ellas ya querían empezar a realizar los platillos con soya. Cuando se pase a la segunda fase (practica) primeramente se les dio a conocer la lista de recetas que podíamos preparar y ellas eligieran con cual comenzar (todo esto para que ellas se involucraran mas en el taller, además es una motivación para ellas) cuando</p>	<p>combinar la teoría y la practica lo que hizo mas amena todas estas sesiones.</p> <p>Por lo que las citaba dos veces por semana, los días miércoles a las 11 a.m. las citaba para darles la sesión teórica de una hora y los días sábados las citaba de 8 a 12 a.m. para preparar los alimentos.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>se comenzaron a dar las sesiones de practica ellas observaban cada uno de los pasos que se tenían que seguir para la realización de los platillos, el interés por aprender que mostraban era relativamente bueno, por lo que las señoras optaron por fotocopiar el recetario.</p> <p>Para estas sesiones se les solicitó que trajeran algunos utensilios de cocina y frutas y verduras que necesitaríamos para cada una de las sesiones, por lo que para esta tarea no hubo ningún</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>inconveniente.</p> <p>Al final de las sesiones se realizaba una retroalimentación mediante preguntas directas, lo que ocasionaba demasiada participación por parte de las señoras, además como el grupo es pequeño, todas ponían atención, ninguna señora se quedaba sin respuestas a las preguntas expuestas.</p> <p>Esto no quiere decir que esta meta se cumpla al 100% ya que estos se vera reflejado en el cambio de hábitos</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>alimenticios de las familias involucradas.</p> <p>Ya que tal vez aprendan a cocinar con soya y amaranto, pero si estas no preparan estos alimentos en casa de nada serviría la asistencia al taller ya que el objetivo de esta es abatir la desnutrición de sus hijos mediante una alimentación adecuada.</p>	
--	--	--	--	--	--

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
6.- Erradicar el consumo de alimentos chatarra al término del proyecto.	Exposición del tema.	<p data-bbox="636 285 936 326">Lista de asistencia</p> <p data-bbox="636 418 936 459">Diario de campo</p> <p data-bbox="636 552 936 592">Preguntas directas</p>	<p data-bbox="966 285 1115 318">Asistencia</p> <p data-bbox="966 418 1194 540">Participación de parte del grupo involucrado.</p>	<p data-bbox="1291 285 1640 570">En esta sesión solo asistieron 10 señoras de las 13 por lo que con ellas se tuvo que dar la sesión, cabe mencionar que persistió la impuntualidad.</p> <p data-bbox="1291 605 1640 1057">En cuanto a la participación que se gesta dentro del grupo, siempre hay existe un 100% de participación, sin embargo otra cosa es que la gente llegue a la concientización sobre los daños que ocasiona el consumir alimentos chatarras.</p>	

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
<p>7.- Que los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas consuman el suplemento alimenticio: nutrisano y nutrivida.</p>	<p>Platica acerca de los beneficios del consumo de estas papillas.</p> <p>Demostración de la preparación de los suplementos alimenticios</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Diario de campo</p> <p>Preguntas directas</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Disponibilidad</p>	<p>En esta sesión asistieron todas las señoras, ya que se les dijo que se repartiría la papilla.</p> <p>En cuanto a la participación por parte de las señoras fue buena, ya que en la parte teórica, estas mostraron atención, dando así sus opiniones y dudas que ellas tenían.</p> <p>En cuanto a la practica se les solicito a cada de las señoras que abriera un sobre de papilla para prepararlo, todas siguieron la indicación, además ellas comenzaron a</p>	

				<p>dar otras alternativas de preparación, según ellas para llamar la atención del niño y esto ocasiona que ellos la consuman.</p> <p>Para esta sesión de igual forma que las demás sesiones se les solicito material, cabe mencionar que cada una de ellas si trajo el material solicitado.</p>	
--	--	--	--	---	--

Meta	Actividades	Instrumentos aplicados	Indicadores evaluados	Resultados	Modificación de las actividades.
8.- Disminuir el nivel de desnutrición de los 13 niños menores de 5 años.	Pesar y Medir a cada uno de los niños.	Registro de peso y talla	El peso y talla de cada menor	<p>Al llevar un control note que las sesiones prácticas en algunas señoras estaban dando resultados, ya que en promedio por mes los niños subieron alrededor de un 1 a 2 kg.</p> <p>A su vez con este con este registro pude darme cuenta el grado de desnutrición de cada niño.</p>	

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Facilidades e inconvenientes que se presentaron en la operación del proyecto.

A esta altura del proyecto haciendo un análisis exhaustivo sobre los pros y los contras antes, durante y después de la fase operativa, puedo decir que fui muy afortunada desde mi acceso a la comunidad y a la UMR No. 5, no tuve inconveniente alguno respecto a la entidad. Los directivos tuvieron a bien otorgar las facilidades convenientes al crear condiciones básicas para el desarrollo de las actividades proporcionando los espacios educativos, material e insumos alimenticios (papillas, amaranto, frijol de soya, etc.). Existió coordinación entre las autoridades municipales y la Unidad Médica en virtud de que la población demanda mucho los servicios médicos.

Creo haber experimentado pocos inconvenientes, en un principio al trabajar con el grupo de señoras la asistencia era irregular pero conforme fue pasando el tiempo se fueron identificando las ventajas al asistir al curso taller, sobretodo por tratarse de temas relacionados con la preparación de alimenticios. Como en todo proyecto, no fue una tarea fácil tuve que realizar visitas domiciliarias para reorganizar a la población involucrada en los momentos críticos: sensibilización, participación, falta de recursos, acompañamiento y seguimiento del programa.

4.2. Valoración del logro en relación al objetivo general y específicos que se plantearon para resolver el problema.

Este aspecto fue el punto nodal del proyecto ya que fijaron las directrices en cuanto a las actividades planteadas para lograr las metas.

Las metas estaban unidas entre si para llegar al objetivo deseado.

La primera meta enfocada a la sensibilización de los directivos del IMSS sobre la prioridad de financiamiento de proyectos, básicamente no se logró en su totalidad. En este caso se justifica ya que no todos los sujetos relacionados con el proyecto del IMSS se presentaron a la UMR para conocerlo y así poder identificarse. Lo que si se efectuó fue establecer compromisos de trabajo, se llegó al acuerdo que ellos si apoyarían a través de visitas de capacitación y orientación ya que no existe el apoyo con recursos económicos.

La segunda meta estuvo enfocada a sensibilizar a las señoras sobre la importancia de una adecuada alimentación y la relación que existe entre el desarrollo físico y social del niño, a lo cual considero que esta depende de los hábitos alimenticios que tiene cada una de estas familias, es muy difícil que las personas cambien estos hábitos por otros, sin embargo esto queda a reflexión por parte de cada una de las señoras, ya que para que todas las metas se cumplieran dependía de un trabajo colaborativo. En el contexto social comunitario la acción de las madres fue difícil darle seguimiento, sin embargo ellas hacían lo propio para el bienestar de sus hijos, esa actitud era diferente al interior del grupo porque ahí interactuábamos más directamente.

En la tercera meta me enfoqué a que las señoras aprovecharan lo que se cultivaba en la comunidad, ya que esta es rica en frutas y verduras, que muchas veces la gente no aprovecha por no saber cómo prepararlas o simplemente porque no saben que éstas les hace un buen provecho para su organismo. Al respecto puedo manifestar que como es un proceso a mediano plazo, las familias poco a poco fueron dándole importancia a estas recomendaciones.

La meta cuatro encaminada al conocimiento del valor nutricional de la soya, amaranto y papilla y su procesamiento para aprovechar sus nutrientes, se cumplió en la medida que ellas obtuvieran los conocimientos necesarios para preparar dichos alimentos. ¿Cómo me cercioré de ello? pues, al final de este curso realicé una evaluación en donde solicité a cada una de las señora, traer un platillo, fue

sorprendente verlas llegar con los platillos correspondientes. Esta involucramiento me motivó mucho porque a medida que avanzaba en el proyecto de intervención, la actitud de las familias fue reforzándose de manera propositiva, lo cual permitió concretar una de las metas más importantes de todo el plan de trabajo que fue cambiar el hábito alimenticio que a su vez se traduce en un buen desarrollo físico y mental de sus hijos menores de 5 años.

Mi meta más ambiciosa fue disminuir los niveles de desnutrición en niños menores de 5 años, de esta rescato lo siguiente: solo 5 niños superaron la desnutrición de un nivel extremo a un nivel medio, esto se debió a la preocupación por parte de sus mamás, ya que ellas hicieron caso a las platicas que se les fue dando, otros 6 niños elevaron su peso en el transcurso del taller los cuales presentaban un nivel muy somero de desnutrición pero no llegaron al peso deseado, finalmente solo 2 niños no subieron nada de peso se mantuvieron en su estado inicial al igual que la actitud de sus madres al no mostrar interés.

Cabe mencionar que durante la operatización del proyecto se presentaron algunos inconvenientes tales como: la inasistencia (había días en las que ellas no se presentaban, argumentando alguna festividad de la comunidad), la falta de recursos económicos (se tuvieron que hacer actividades para sacar fondos, como venta de ropa de uso, en ocasiones no quedaba más remedio que pedirles a las señoras de 5 ó 10 pesos para solventar los gastos), la falta de un espacio adecuado (cocina), la falta de utensilios de cocina. Sin embargo estos no fueron un impedimento para que no se siguiera con el curso- taller. Se buscaron los medios, por ejemplo se cocinaba afuera del aula donde realizábamos fogatas para cocer los alimentos.

Por otra parte es importante mencionar que el espacio que me brindó la UMR No. 5, fue de gran ayuda para poner en práctica los conocimientos adquiridos en la licenciatura durante 4 años de carrera, ya que aprendí a hacer investigación, a conocer más de cerca de un grupo de personas adultas que con sus múltiples ocupaciones, actitudes y necesidades tuvieron la amabilidad y disposición de apoyarme. Además a través de la práctica en el contexto adquirí conocimientos sobre la preparación de alimentos teniendo como materia prima la soya, el amaranto

y las papillas, ya que al principio no tenía la técnica, solo tenía en mis manos un recetario. A partir de esa experiencia puedo decir que estoy capacitada para trabajar este tipo de talleres aplicando teoría y práctica.

4.3. Alcances y limitaciones con base a los criterios de seguimiento y evaluación del proyecto de intervención.

Mostrar los detalles respecto a los alcances y limitaciones del proyecto desarrollado me lleva a reconocer de acuerdo a una valoración cualitativa lo que hice desde un principio, así como los productos alcanzados. Reconozco que antes, durante y después de la operación del dicho proyecto hubo ideas no tan trabajadas como por ejemplo la cantidad de actividades que había pensado para cada fase, (organización, planeación, operación y evaluación del proyecto). En la fase organizativa me vi en la necesidad de delimitar el número de participantes ya que no todas las familias interesadas tenían el tiempo para asistir a la UMR. y/o conformar el grupo. Para planear ajusté las acciones de acuerdo a los recursos básicos más orientados a la infraestructura pero no a los insumos alimenticios que eran la materia prima para trabajar con las señoras. La UMR No. 5 de Ixcatlan no contaba con recursos suficientes para todas las señoras del grupo, hubo días que se hacía lo que se podía y no alcanzaba para todas, considero que la fase operativa fue la más difícil tanto para mí como interventora y coordinadora del proyecto como para los involucrados (familias, UMR y autoridades tanto comunitarias como del sector salud). El factor más apremiante fue lo económico, ello limitó la adquisición de productos alimenticios de la canasta básica, la asistencia de algunas madres de familia por no tener lo que se solicitaba y el trabajo entre la coordinación del proyecto y los directivos de la UMR. Al mostrar este proceso valoro que los alcances a pesar de todo lo experimentado fueron buenos. La conformación del grupo de señoras con niños menores de 5 años con índices de desnutrición, la coordinación con la UMR No. 5, el apoyo de las autoridades locales, la consolidación de un equipo de trabajo

bajo una dinámica colaborativa y sobretodo la atención a los niños de las 13 familias participantes a quienes se dirigió la operación del proyecto.

Las limitaciones que para algunas personas pudieran ser barreras para no consolidar un proyecto, en nuestro caso fueron un desafío más, un reto al que tuvimos que comprender y ante todo enfrentar, pluralizo porque la Dra. Responsable de la Unidad Médica y personal de apoyo en ningún momento me dejó sola, fueron responsabilidades compartidas. Coexistieron algunas incidencias desfavorables como por ejemplo: la incipiente participación de las familias al inicio del proyecto, la falta de recursos económicos como factor común entre la población, los insumos insuficientes en algunas sesiones, cambios de horario para atender las necesidades de las participantes y el factor tiempo.

Ante esta realidad, el proyecto de intervención educativa estuvo al alcance de nuestras posibilidades, se atendieron en tiempo y forma las demandas tanto administrativas como de gestión que dieron como resultado, la promoción de una cultura alimenticia apegada a las vida familiar de las integrantes del grupo, el cuidado de tener como elemento número uno a los infantes con cuadros de desnutrición, un mejor aprovechamiento de los recursos naturales (frutas y verduras, soya, amaranto), para la dieta diaria de los niños y sus familias. Esta actividad verdaderamente fue de aprendizaje continuo, al final, la mayor parte de las metas alcanzaron niveles considerables de desarrollo en beneficio de todos los participantes en el proyecto.

4.4. Modificaciones, inserciones y adecuaciones que se realizaron al proyecto de intervención.

Las modificaciones realizadas al proyecto tienen que ver con la fase operativa. En este caso se hicieron durante el desarrollo de las actividades, como por ejemplo: en el arranque del proyecto, se tuvo que considerar una sesión específica para

sensibilizar a las madres de familia sobre la importancia de la alimentación y sus beneficios. Se exhortó a todos que pusieran mucha atención a las pláticas que diera en centro de salud (UMR No. 5) para evitar enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas. Se señaló que la UMR era un espacio al que todos tienen derecho de asistir, sin embargo para mejorar su funcionamiento también habría que participar de manera directa, o sea que acudieran a los llamados de la Dra. responsable.

4.5. Implicaciones del proyecto en mi formación profesional.

Una de las satisfacciones que me llevo por todo lo realizado en la comunidad de Ixcatlan al trabajar un proyecto socioeducativo de educación no formal, es haber podido coordinarme con la Dra. Diana Mejía Olvera responsable de la UMR No. 5 y personal de apoyo en faenas importantes para mejorar la calidad de vida de esos seres humanos que más nos necesitan que son los niños y niñas. No puedo describir lo que siento después de haber estado durante largo tiempo en contacto directo con las familias de la comunidad, médicos y directivos del IMSS. Siento que las implicaciones son diversas en mi formación pero hay una que siempre me llevaré donde quiera que esté, haber actuado profesionalmente bajo un enfoque más humano e incluyente, haber apoyado un poco a mejorar la calidad de vida de los menores y sus familias.

CONCLUSIONES

Antes de iniciar un proyecto de vida o profesional se plantean muchas expectativas, será bueno, estará al alcance de los sujetos objeto de estudio, alcanzará el impacto esperado, mantendrá la dinámica adecuada durante su desarrollo. Muchas son las ideas sueltas que andan en nuestro pensamiento y en algunas ocasiones nos causan ansiedad, preocupación o un poco de inseguridad, sin embargo con los fundamentos teóricos y metodológicos que la Universidad Pedagógica Nacional me proporcionó a través de mi estancia como estudiante, todas estas hipótesis poco a poco se fueron desvaneciendo en el transcurso de las acciones del proyecto ya que conté con el apoyo incondicional de las autoridades tanto del sector salud como comunitarias.

No quiero decir que el camino fue fácil, viví un proceso de constante aprendizaje como en todo nuevo proyecto, siempre se vive en un espacio y tiempo determinado para cumplir la misión encomendada.

Hoy después de haber realizado un sinfín de actividades en la que participaron muchas personas, me siento muy bien conmigo misma, siento que aprendí demasiado. Tuve la grata oportunidad de involucrarme con un grupo de señoras y niños menores de 5 años con índices de desnutrición pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social y además tener de primera mano las orientaciones y sugerencias del cuerpo directivo y personal que coordinaba este espacio de educación no formal.

Fue un hecho inolvidable, ya que a pesar de mi corta experiencia en las actividades de carácter socioeducativa, visualicé y noté en el grupo a mi cargo, un cambio en cuanto a su actitud dentro y fuera del área de trabajo, tanto en acciones individuales como colectivas. Una conducta de aceptación motivada por la necesidad de formarse como sujetos inteligentes y responsables de su propio aprendizaje, sobretodo en el involucramiento en el conocimiento de preparación de alimentos con productos nutritivos de alta calidad.

Qué más quisiéramos que las metas de todo proyecto fueran fáciles de lograr, tuve que sobreponerme ante situaciones adversas, por ejemplo: cuando veía la actitud de desinterés de algunas madres de familia respecto a las indicaciones planteadas para agilizar los trabajos. En esos momentos me apoyaba de los directivos y personal de la UMR para solucionar tales eventualidades. Reconozco el apoyo extraordinario manifestado por la entidad prestataria con el programa IMSS-Oportunidades.

Sé que falta mucho por hacer respecto a este delicado tema que es la desnutrición. La desnutrición en nuestro país, en 1979, 1996 y 1999, presentó los porcentajes de 54%, 42.7% y 25.9% de menores de cinco años. Ello muestra una disminución a través del tiempo; sin embargo, aún sigue siendo un problema de consideración dado que en forma global casi treinta por ciento de la población infantil la padece. Debido a la magnitud y las repercusiones que trae consigo la desnutrición en el sujeto que la padece, desde los años setenta surge la iniciativa de mejorar la condición nutricional de la población mediante diferentes intervenciones: a) Un diagnóstico inicial, b) La provisión de suplementos alimenticios, c) Acciones de promoción y prevención del problema, d) Seguimiento de la población. Para estas iniciativas tiene que haber programas con suficientes recursos y que se canalicen verdaderamente a aquellos sectores más vulnerables, la población infantil es la más desprotegida y en ellos debe estar dirigida toda nuestra atención y ocupación.

Sé que esta investigación no está del todo terminada pues aún falta mucho por descubrir, puede tener cierta utilidad en otro tiempo y espacio. En lo personal me servirá para seguir preparándome en los diversos ámbitos donde me encuentre y tener presente que la desnutrición infantil siempre será motivo de atención tanto de los gobiernos como de profesionales como los LIE.

Se debe priorizar la integración de los grupos de trabajo para desarrollar climas de seguridad, confianza, comunicación, colaboración y sobre todo, de participación. De ahí lo trascendental de este trabajo desarrollado con las 13 familias integrantes del programa IMSS-Oportunidades con niños menores de 5 años con índices de desnutrición de la comunidad de Ixcatlan, Hgo.

BIOGRAFÍA

Diagnóstico de la comunidad de Ixcatlán realizada por el Dr. Bassols en el año de 1990.

AUDREY I. El concepto de la obra de Malinowski. En Hombre y cultura de Branislaw Malinowski. México, Siglo XXI 1984. Malinowski 1931

<http://homorodans.blogspot.com/2004/10/xantolo-la-fiesta-de-todos-los-santos.html>

Diccionario Enciclopédico Universal, Edición 1994.

Valencia, E. Sistema Alimentario Mexicano. Cuadernos de nutrición 5 (2). México, 1981, pp. 34-41.

Archivos de la UMR No. 5, año 2006.

Ander Egg. Ezequiel. “Pautas y Orientación para elaborar un diagnóstico comunitario”; en: Metodología y práctica de desarrollo de comunidad. Buenos Aires. Lumen, 2000; pp. 218-249.

Valenzuela Ma. De Lourdes y Gómez Gallardo. UPN Memoria Foro Nacional. Nuevos Rostros y Esperanzas para viejos Desafíos. La Educación las Personas Adultas en México. 1995: pp. 175-178 Tomo II

Ferreiro Gravié, Ramón (1996). . Sistema AIDA para el desarrollo Integral Humano. Principios Teóricos para sustentar la Creación de ambientes de Aprendizaje.

Principios Teóricos para sustentar la Creación de ambientes de Aprendizaje. Ferreiro Gravié, Ramón. Sistema AIDA para el desarrollo Integral Humano. ITSON, SON, 1996.

www.fitness.com.mx

www.Algemesi.com Isabel Armengot Montagud
 Medico. Master en dietética y nutrición humana. Especialista en Patologías Alimentarias

www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res054/txt9.htm#1#1

www.monografias.com/trabajos26/vigilancia-nutrición/vigilancia-nutrición.shtml#clasif#clasif

La intervención educativa y social: elaboración de proyecto. documento
elaborado por Lidia Cabrera Pérez y Miriam González Alfonso. P. 1

12 Manual micro regiones • octubre de 2004

Anexo 1

17 de octubre del 2007, siendo las 8:07 am me encuentro en la comunidad de Ixcatlàn, dentro de la Unidad Medico Rural No. 5 en el barrio Apetláco, con la finalidad de realizarle una entrevista informal al Enfermero de esta unidad.

1. ¿Cuál es su nombre? Rubén Gómez Castro
2. ¿Qué escolaridad tiene? Enfermero General
3. ¿En dónde estudio? En el ICESH, de la ciudad de Huejutla
4. ¿Qué carrera estudio? enfermería
5. ¿Cuánto tiempo lleva en la comunidad? Desde que naci estoy aquí en la comunidad, tengo 42 años.
6. ¿lugar de procedencia? Soy originario y vecino de esta comunidad y aquí trabajo, en el barrio Tlachiquitl, Ixcatlàn, Hgo.
7. ¿Cuál es su función en la clinica?ayudar a la gente más necesitada, apoyándolos en sus enfermedades, darles a conocer mediante platicas de cómo debemos prevenir las enfermedades.
8. ¿Qué actividades realizan dentro de la clínica? Dentro de la clínica damos pláticas, vacunas, atención de partos, consulta externa, curaciones.
9. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en esta unidad? 18 años
10. ¿En qué año comenzó a laborar? En 1989 inicie mi trabajo
11. ¿Cuánto tiempo va a permanecer aquí en la clínica? Hasta que me jubile
12. ¿a los cuantos años se jubilan? A los 38 años
13. ¿Cuál es su horario de trabajo? De 8 a 1 y de 3 a 6, si hay demasiados pacientes yo salgo hasta las 8:30 de lunes a viernes y sábado y domingo esta una compañera ella también de 8 a una y de 3 a 6
14. ¿Qué función tiene dentro de la UMR No.5? auxiliar de area medica
15. ¿de acuerdo a su función que compromiso tiene con la clinica? Llevar bien el control de los padecimientos que existen en esta comunidad, llevar un contro de todo lo que llega por ejemplo medicamentos, controles de todas las enfermedades que existe en la comunidad.
16. ¿Cómo se coordinan los trabajos entre los miembros de esta unidad? Estamos coordinados, por ejemplo se dan platicas a las titulares de

- oportunidades y por ejemplo entre semana nosotros estamos al frente de la consulta externa, pláticas del CARA y otras actividades dentro de la Unidad.
17. ¿Cómo se dividen el trabajo? Por ejemplo la doctora solo se dedica a explorar a los pacientes y yo le ayudo con los expedientes y a pesar y medir a los pacientes para que posteriormente pasen con la doctora.
 18. ¿trabajan juntos en las actividades? Si por ejemplo en la consulta externa nos estamos coordinando entre los dos para llevar acabo una buena atención a los habitantes de la comunidad.
 19. ¿Con quienes se coordinan en las actividades? Estamos coordinados por ejemplo aquí en la unidad estamos coordinados con el medico y el auxiliar de area medica, las vocales de oportunidades, comité de salud, promotoras sociales voluntarias y en las comunidades nos estamos coordinando con las asistentes rurales de salud, ¿Cuál es la función de estas personas? Los comités de salud es el que organiza junto con las asistentes rurales para hacer las actividades que se llevan a acabo en la comunidad y el promotor social voluntario visita 10 casas para vigilar la prevención de varias actividades que se gestan en la comunidad o llevar a cabo las actividades como por ejemplo la descarcharización.
 20. ¿Existe interés por parte de todos los miembros que laboran dentro de la UMR No. 5? Interés si existe, por ejemplo, a través de las actividades nosotros estamos viendo en donde tenemos rezagos de las actividades, y así estamos tratando de corregir para llevar a cabo una buena actividad para la comunidad.
 21. ¿de que manera se manifiesta ese interes? El interes que nosotros tenemos por ejemplo cuando un niño no se viene a vacunar y como nosotros llevamos el control, nosotros visitamos su casa ¿Por qué? Porque nos preocupa, es como si fuera mi niño, un niño de nosotros, porque nostros tenemos muchos niños y a esos niños tenemos que vacunarlos, por que si viene una epidemia es un problema que se levanta en esta comunidad para evitar tenemos que vacunarlos por barrio y si una señora no ha traído a su hijo preguntarle el porque no lo ha traido.
 22. ¿Existe una buena relación del personal que labora en la UMR No. 5? ¿Por qué? Hasta ahorita llevamos una buena relación tanto el auxiliar como la

doctora y los sabados y domingos con la enfermera y la doctora existe interes.

23. ¿Cuál es la relación que se lleva con los pacientes? Ahorita estamos llevando una buena relación por lo mismo, por ejemplo, no queremos que se espere mucho tiempo el paciente, conforme van llegando se van chocando lo mucho que se espera es media hora cada paciente.
24. ¿Han surgido problemáticas con los pacientes? Hasta ahorita no ellos estan comprendiendo de que estamos haciendo la actividad como debe de ser.
25. ¿Fuera de la comunidad cual es su relación con los personas? Tenemos 4 areas que son: Tepemaxac, Ahuacatitla, Cacatetitla y la sede Ixcatlàn.
26. ¿Qué es el IMSS-Oportunidades? El IMSS-Oportunidades, surge primero el IMSS-Coplamar, después paso a IMSS- Solidaridad y ahorita lo conocemos como IMSS- Oportunidades, ¿Por qué ha ido cambiando de nombre el programa? Conoforme van pasando los años, conforme entra cada presidente de Republica, va cambiando el programa y dentro de los programas se van metiendo lo que es ahorita IMSS- Oportunidades, cada presidente de la republica va creando otros programas.
27. ¿En que consiste el programa? Pretende que las titulares de la comunidad realice su actividad y esa actividad es para ellos, por ejemplo, si hieren el agua, queman la basura, lavan el baño, es para ellos y aparte el programa les esta dando una compensación para dos meses para que ellos tanto agan el trabajo estan recibiendo apoyo.
28. ¿Cuál es el principal objetivo de este programa? El programa pretende prevenir enfermedades de su propia familia, por ejemplo, para no tener diarrea, dengue, paludismo, este programa es para prevenir para que posteriormente no salgan perjudicados.
29. ¿considera que el programa esta dando buenos resultados? Pues hasta ahorita estamos viendo resultados, ya que no hay muchos enfermos, ya no ha habido casos de sarampión, poliominitis, osea hemos erradicado. ¿considera que las platicas llegan a concienciar al sujeto? Si osea si ellos son concientes, por ejemplo cuando les damos platicas, después se les pregunta no mucho, pero llevan un poquito para ayudar a su familia. Por ejemplo estamos dando platicas de embarazo, entonces cuando ellos tienen

hijos y tienen nueras ya saben como las van ayudar a una embarazada, las platicas son importantes.

30. ¿con que recursos cuenta el programa para su operatización? Dentro de la unidad nosotros contamos somos preventivos y el curativo ya seria el del segundo nivel y la especialidad ya seria el tercer nivel. Nosotros prevenimos la enfermedad antes de que llegue a la familia, y por eso nosotros somos preventivos. ¿con recursos cuenta la unidad (financieros, humano, materiales)? Si el recurso financiero, es por ejemplo los medicamentos y el recurso material nosotros mismos ¿si pero que recursos les envian? Pues aquí el unico recurso somos nosotros, utilizamos a base del gobierno todos los medicamentos, los instrumentales todo es el equipo que mandan hasta aquí por ejemplo un humano nos hace el favor de participar para tener limpia la unidad ellos son los recursos porque les decimos vamos a pintar la unidad lo hacen, las personas de la comunidad dan el recurso para esto aquí en la unidad no hay recursos, el gobierno lo único que nos manda es el medicamento, el instrumental todo es del gobierno pero un poco de recurso lo pone la comunidad.
31. ¿Cuál es la función del IMSS-Oportunidades? Ayudar a la gente mediante platicas en talleres que orientan.
32. ¿En los talleres que tipo de material utilizan para el desarrollo del mismo? Cuando no llevamos nada de material, simplemente ellos nos dan las guias, a través de estas se encargan de hacer laminas para ellos y cuando asisten nosotros les preguntamos para ver si de verdad aprendieron de lo contrario nosotros les explicamos.
33. ¿la clínica recibe un apoyo económico? Económico de que ¿por parte del programa IMSS-Oportunidades? No, nada.
34. ¿El único recurso que recibe la unidad son materiales? ¿cuales? Para el CARA nos mandan cartulinas, marcadores, diurex y rotafolios.
35. ¿Cuáles son las enfermedades mas comunes en la comunidad? Ahorita estamos viendo la diabetes, presión arterial, desnutrición y enfermedades respiratorias.
36. ¿Qué medidas se han tomado para disminuir estas enfermedades? Diabetes, les estamos dando platicas, a través de esto ellos ven por ejemplo que es importante una dieta sobre todo el medicamento que deben

llevar para que el día de mañana se les complique la enfermedad que ya tiene, por ejemplo la diabetes igual que la presión arterial estamos indicando dietas que nos los perjudique en su enfermedad; encunto a las enfermedades respiratorias nosotros estamos hablando las madres que tienen menores de cinco años para que en los cambios bruscos de temperatura que abriguen a sus hijos, que esten tomando líquidos que contenga la vitamina C para prevenir enfermedades respiratorias que atacan a los menores de 5 años.

37. ¿Qué es la desnutrición? Es cuando el niño empieza a bajar de peso y después esto a base del de su peso bajan las defensas, la desnutrición se divide en tres grave moderada y leve.
38. ¿Cuántos niños con desnutrición hay en la comunidad de Ixcatlàn? Ahorita tenemos 54 niños con desnutrición, tenemos mas leves.
39. ¿Qué síntomas presentan los niños de la comunidad de Ixcatlàn? Pues la desnutrición comienza cuando los niños no quieren comer cuando las mamas se dan cuenta los traen a la clinica.
40. ¿De acuerdo al problema antes mencionado, se han creado talleres para este tipo de problemáticas? Pues a través de nosotros no porque no podemos, hacemos demostraciones de comidas con soya 2 veces al año, pero con la ayuda de ustedes que son universitarios ya que ustedes estan haciendo esta actividad cada 8 dias.
41. ¿Cómo podemos evitar la desnutrición? Con una dieta balanceada completa y no no consumir mucho los que esto: aquí acostumbran van a la tienda y compran todo lo barato y lo barato les perjudica a los niños, ya que en la tienda solo compran chicharrones, compran dulces, frutsi, mas no ven que van a compran un yogurt, un litro de leche, un queso, nada de eso compran, por eso los niños se desnutren porque estan comiendo todo lo que es chatarra. ¿Por qué cree que se da esto? Por lo mismo porque por ejemplo anteriormente manejaban lo que es las cosas chatarras hasta el momento con la platica que les esta ayudando a las madres de familia ya estan dejando de consumir muchas cosas chatarras ya estan consumiendo cosas que les ayudan al desarrollo de los niños menores de 5 años.
42. ¿Cómo enfermero de esta unida, que esta haciendo para combatir la desnutrición en la comunidad de Ixcatlán? Yo como enfermero cada vez

que vienen a reunión los titulares les hago una invitación para que cuiden a sus hijos, que no les den de comer chatarra, que sea una alimentación higienica y balanceada y completa todo esto para que los niños no lleguen a desnutrirse, ya que cuando estan desnutridos nosotros nos preocupamos por que ya es una enfermedad, ya que pueden llegar morir. ¿usted cree que las recomendaciones que les da a los padres de familia están dando resultados? Pues ahorita y anteriormente se veía que había muchos desnutridos y ahorita vemos que tenemos un porcentaje bajo de desnutridos, por lo mismo que ya hay una orientación en donde se dan cuenta que es importante que un niño debe de estar sano.

43. ¿A notado interés por parte de los padres de los niños que tienen desnutrición, para combatir el problema de sus hijos? Pues creo que los padres de familia están conscientes de que un niño debe darle una buena alimentación para prevenir la desnutrición.

Anexo 2

Jueves 17 de octubre del año 2007, nos encontramos en la comunidad de Ixcatlàn en el barrio de Apetláco dentro de la UMR No. 5 de la comunidad de Ixcatlàn, para realizar una entrevista informal a la Pasante de Medicina.

1. ¿Cuál es su nombre? Diana Mejia Olvera
2. ¿Escolaridad? Licenciatura en Medicina
3. ¿Dónde realizo sus estudios? En la Universidad Nacional de Tamaulipas
4. ¿Qué tiempo tiene laborando aquí en la comunidad? Llevo aproximadamente 10 meses
5. ¿Cuándo ingreso a esta Unidad? El 21 de febrero del 2007.
6. ¿Cuál es su lugar de procedencia? Tula de Allende, Hgo.
7. ¿Cuál es la función que tiene dentro de la Unidad? Soy Directora de aquí de la comunidad.
8. ¿Qué tiempo va a permanecer en la institución? Nada mas voy a estar por un año mi servicio se acaba el día 30 de enero del 2008.

9. ¿Qué horario de trabajo tiene? tengo horario de 8 de la mañana a 1 de la tarde y de 3 a 6 de la tarde en adelante, pues si hay urgencias es guardia las 24 hrs., nada mas trabajo de lunes a viernes y sábado medio día.
10. ¿De acuerdo a su función, que compromisos tiene con la clínica? Pues el compromiso, es el básico, pues el bienestar de la comunidad y el contribuir a todo los que son los niveles de alimentos básicos para la prevención de enfermedades y pues obviamente a los que ya tiene una enfermedad pues ayudar, contribuir para su curación o control.
11. ¿Qué actividades realiza en la UMR No. 5? Pues las cartillas que se revisan en la unidad pues es la consulta externa, dar platicas a los adolescentes, a las mujeres embarazadas, también tenemos pues ahorita el programa de desnutrición para los niños desnutridos de la comunidad de Ixcatlàn y pues ahora son todas las actividades que estamos realizando.
12. ¿Cómo se coordinan para la realización de estas actividades con los miembros que laboran entro de la institución? Yo creo que no nos coordinamos aquí, no creo, bueno pues en la consulta externa pues tengo ayuda de dos enfermeros una viene los sábados y domingos que es el suplente y el titular que esta toda la semana de horario de 8 a 1 y de 3 a 6 de la tarde ellos me ayudan en la coordinación de la consulta externa.
13. ¿aparte de dar consultas en la clinica se esta llevando una actividad en la comunidad? Pues se podria decir que si, las platicas y lo que estamos haciendo con el programa y ciertas actividades, dentro de los programas se estan llevando acabo por ejemplo los talleres de el grupo que se esta pidiendo, el trabajo se esta dividiendo por areas, si por ejmplo el area de enfermeria, bueno yo como medico manejo mas lo que es la consulta en cambio en enfermeria se lleva a cabo muchas actividades mas bien la concentración actividades de otras comunidades porque tenemos otras comunidades pequeñas que estan ingradas a la comunidad de Ixcatlàn y vienen hasta aca a recibir sus consultas.
14. ¿Cómo miembro de la clínica, nota usted que si existe interés por parte de todos los miembros de la clínica? Pues si, no es cierto, si si se da un interés, ósea yo creo que falta mucho, a veces creo que la consulta es un poco excesiva y que en ocasiones no se tiene tiempo para todo, pero creo

que si hay una buena coordinación para poder lograr sacar la clínica adelante.

15. ¿Por qué hay demasiada demanda en consultas? Porque el primero el principal fruto es de que la población es una población pues un poco grande yo creo que son unos 3 mil habitantes probablemente son unos 2800, pero a parte hay otras cosas que he notado mucho aquí, pareciera que la gente mmmmmm con cualquier síntoma o malestar que tienen acuden inmediatamente a la clínica, entonces no tienen esa como mmmmmmmmm no saben aplicar medidas generales como para algún dolor o alguna gripa común o alguna enfermedad que realmente sea tratable en casa, yo creo que les falta como platicas acerca de cómo tratar enfermedades generales propias, sin necesidad de asistir a la clínica, yo creo que es por eso que tenemos demasiada consulta pero mas por la población yo creo que aquí hacen falta medicamentos.
16. ¿Al día cuantas consultas da? En general damos 35 consultas a veces incluso damos unas 50 o 60 ha sido lo mas excesivo, pero también tenemos que acudir a las casas es nuestra responsabilidad tenemos que acudir aya a chocarles la presión en promedio visitamos unas 35 casas y cuando menos consultas tenemos uf estamos felices si tenemos unas 18.

Anexo 3

Entrevista dirigida a las madres de familia que tienen hijos que padecen desnutrición.

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuántos años tienen?
3. ¿Cuántos hijos tiene?
4. ¿Usted trabaja?
5. ¿Cuál es el oficio de su esposo?
6. ¿Cuál es el salario de su esposo?
7. ¿Sabe como debe alimentarse?
8. ¿Cuántas veces comen al día?
9. ¿Consumen verduras?
10. ¿A recibido algún tipo de orientación, sobre la alimentación de los niños?

Anexo 4



En este espacio se impartieron las clases de educación alimenticia. En la foto se muestra la elaboración de tamales de picadillo con soya.

Anexo 5



La foto muestra la elaboración de un postre denominado tamales dulces con soya.

Anexo 6



Elaboración de leche con frijol de soya.

Anexo 7



El grupo de señoras elaborando donitas de soya.

Anexo 8



En esta foto se muestra a la Doctora apoyando a las señoras en la elaboración de los alimentos con soya.

Anexo 9



En estas fotos podemos observar la evaluación final del curso, debido a que las señoras mediante la práctica asentaron los conocimientos adquiridos de la elaboración de alimentos con soya, durante el curso taller de educación alimenticia.

Anexo 10



Las señoras, niños, Doctora e interventor LIE que conformaron el curso – taller de educación alimenticia.

Anexo 11

REGISTRO DE OBSERVACIONES

Lugar: Unidad Médico Rural No. 5, Ixcatlán Huejutla, Hgo.

Fecha: 1 de marzo del 2007.

Hora	Inscripción	Interpretación
8:00 am A 8:15 am	<p>Este día asistieron once señoras de las trece que conforman el grupo. Cabe mencionar que seguirán asistiendo 11 ya que dos señoras se dieron de baja ya que sus niños ya subieron de peso.</p> <p>Llega la señora rosa con su niño ella muy sonriente saluda, ya llegue ahora que vamos ha hacer otra vez vamos ha hacer de comer, este mi niño no sube, el quiere pura chichi, por mas que lo castigo no quiere comer, me voy a la milpa a el lo dejo todo el día para que si ya no tome chichi, pero el niño me espera hasta que llegue, abraza al niño y lo besa y le dice verdad mijito que no quieres comer, el niño no le contesta nada mas la mira.</p> <p>Posteriormente llega la señora Alicia con su bebe en brazos y de la mano traía a su hija Abdaye toda sucia y sin peinar, la mama le dice a la niña vete a darle un beso a la muchacha, la niña obediente hace lo que la mama le ordena, después ella dice <u>y las demás señoras no van a venir, conteste si, les avise, vamos a esperar un rato para ver si vienen, doña Alicia dice que vengan, tienen que venir ni modo que nada mas nosotras vamos a venir, nos va a checa el carnet, si es así si vengo si no no, ni modo que las otras señoras no vengan y yo si voy a venir, yo también tengo otras cosas que hacer.</u></p> <p>Llega la señora Luisa saluda con pena (nueva integrante del taller) y dice: me dijo la doctora que viniera es que mi hija esta desnutrida, se sienta y se queda muy callada, pasan unos segundos y dice siempre voy a venir es que yo vengo de la comunidad de Tepemaxac y tengo que caminar esta lejos, (sonríe apenada, agacha la cabeza y se tapa la boca), la coordinadita del taller contesta: si si</p>	

tienen que venir, es muy importante porque aquí los vamos a ayudar para que sus niños suban rápido de peso, además van a aprender a cocinar con la soya y el amaranto, mientras yo explicaba la señora muy atenta escuchaba, me di cuenta de que la señora entiende poco el español ya que su dialecto es náhuatl, por lo que le pedí a la señora Rosa que le explicara en náhuatl lo que yo le había dicho.

Posteriormente llego la señora Vicenta, muy sonriente y con una voz muy fuerte dice buenos días Flor otra vez ya vine, tengo que traer a mi hija, si si, tiene que traerla, el taller es precisamente para ellos, entra al salón diciendo en náhuatl ya llegaron, yo nada mas venia a ver si llegaron y si no me iba a regresar y se sienta, poco a poco fueron llegando las señoras, una a una, las cite a las 8:00 am y se reunieron una hora después. Mientras tanto las señoras que habían llegado antes platicaban en náhuatl unas con otras.

Cuando ya estaban todas las señoras las salude, les di la bienvenida y una señora dijo: nos dijiste que íbamos a venir en enero y no viniste te estuvimos esperando, y casi todas contestan al mismo tiempo así, por que no viniste, conteste, lo que pasa que en la escuela salimos de vacaciones y acabamos de entrar en febrero, las cite la primera semana de febrero, una de ellas dice no nos avisaron, a quien le dijiste, al enfermero Rubén, no nadie nos aviso, yo vine a preguntar dos veces dijo doña Alicia, y Rubén me dijo que no habías venido, si como ya les dije tenia que entrar a clases para que me dieran un papel y me aceptaran de nuevo en la clínica, pero bueno vamos a empezar, agarro el proyecto y se los muestro, este engargolado que traigo es un proyecto que realice para ustedes, empecé por explicar el proyecto, las señoras mostraban atención, de pronto una de ellas dijo y cuantos días vamos a venir, seis meses, si nada mas trabajamos los

sábados, pero podemos trabajar dos veces por semana y serian solo tres meses, como ven, todas empiezan a mormurar en nahuatl, se escuchan comentarios “es mucho tiempo y al mismo tiempo tenemos que ir al taller de costura” “como le vamos ha hacer, toda la semana vamos al taller de costura, ahora si nos van a regañar a donde vamos a ir aquí o allá a coser, si no venimos a la clínica nos van a quitar oportunidades y yo lo necesito y si no voy a allá, pero es que yo quiero aprender a coser, hasta ya me compre mi maquina, hay dios como le vamos ha hacer” y comienzan a reír, les di alrededor de 10 min. para que llegaran a un acuerdo y así saber cuantos días a la semana tendríamos sesión.

Doña cliseria dice mejor si hay que venir dos veces por semana, para ya quitarnos el compromiso, hay que hablar con la maestra de corte y pedir permiso, además la vez pasada mi niña si subió un poquito de peso con las demostraciones, yo si quiero venir, mi niña bien que come la soya, mientras que las demás señoras dicen si pero es mucho tiempo el que venimos, nos vamos ya tarde y mis otros hijos también tienen que comer, entre semana yo no puedo tengo que ir a dejar de comer a mis niños en la escuela y luego tengo que ir a recogerlos, coordinador: a ver señoras ya se pusieron de acuerdo, si, nada mas que unas señoras no tenemos tiempo de venir entre semana, coordinador: entre semana vamos a trabajar solo una hora de once a doce de la mañana, otra vez comienzan a mormurar, diciendo nada vamos a dejar lonche y nos venimos a la clínica, aja solamente así, entonces una de ellas dice si, si vamos a venir dos veces en la semana.

Algunas señoras se ven desesperadas y una de ellas dice, ya nos podemos ir es que tengo que irle a dar de comer a mi esposo, esperen un momento vamos a desparasitar, vitaminas y pesar a los niños, se pasan a la clínica, comienzan a

salir apuradas, y una de ellas dice hay mi marido me ha de estar esperando, entran y dice va ha tardar mucho, contesto no como diez min. comienzo a pesar y medir a los niños lo mas rápido que puedo, algunas mamas están mas atentan a lo que concierne a sus hijos, doña Teresa dice: cuanto pesa mi niña, diez kilos, para su edad debería de pesar 14 kg. hay a mi hija le falta mucho y no quiere comer, a veces le pego y ni así come, ya le compre vitaminas y ese como se llama crema de cacahuete, según que con eso suben de peso y no se lo come, hay ya no se que hacer, coordinador: es por eso que vamos a preparar varios alimentos, alguno de ellos les tiene que gustar, hasta dulces vamos a hacer, doña Teresa dice: a bueno si es así si vengo, a y dijiste que vamos a preparar yogurt de soya, si, espero que le guste a mi niña, es que venimos al taller y las que estamos subiendo de peso somos las mamas y comienzan a reír todas, es por eso que nos dijeron en una reunión que nosotras las que tenemos a nuestros hijos desnutridos no les damos de comer que las mamas estamos bien gordas, otra señora dice así, es lo que nos dijeron en la reunión que nosotras nada mas no las pasamos arreglándonos y no les damos de comer a nuestros niños, flor, nada mas si te pedimos un favor que hables con la doctora y con la promotora de oportunidades para que no se burlen así de nosotras, que culpa tenemos de que nuestros hijos no quieran comer, si siguen ablando yo ya no voy a venir al taller, me da vergüenza que toda la comunidad sepa que mi hijo esta desnutrido, termine de pesar a los niños y les dije señoras las veo el miércoles a las 11 de la mañana, sin sus niños, salen las señoras apuradas, diciendo tu si vas a venir, quien sabe a ver, si me da tiempo.