

IMPACTO DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISSSTE, MIXQUIAHUALA.

Mariela Ramírez Maqueda¹, Arianna Omaña Covarrubias², Ana Teresa Nez Castro³, Lydia López Pontigo⁴.

Introducción

El enfoque de curso de vida señala la importancia de identificar y modificar hábitos que influyen en la salud, especialmente aquellos relacionados con la alimentación. La nutrición adecuada se reconoce como un determinante fundamental para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, particularmente en la vejez, donde las modificaciones dietéticas pueden impactar favorablemente la calidad de vida (Bujanda Sainz de Murieta et al., 2014).

La calidad de vida en el adulto mayor parece ser una de las principales causas de preocupación para su estado de salud, ya que constituyen uno de los grupos poblacionales con mayor grado de vulnerabilidad física, funcional y social (Manrique-Espinoza et al., 2013). Si bien, se ven afectados por problemas propios del envejecimiento, se le atribuye una carga importante a las enfermedades o condiciones adquiridas en las etapas de la vida previas, mismas que van generando un deterioro en su calidad de vida.

Durante la vejez, son frecuentes alteraciones como deterioro de la memoria, lentitud en los procesos cognitivos y disminución de la capacidad de atención, situación que, sumada a la presencia de enfermedades crónicas, afecta directamente su autonomía funcional (Bales, Fischer & Orenduff, 2004).

¹ Pasante de Licenciatura en Nutrición, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ²Profesor de Tiempo Completo, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ³Profesor por Asignatura, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ⁴Profesor por Asignatura, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

En México, de acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 15% de la población de 53 años y más, refirió presentar dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (INEGI 2021). Si bien hay una relación importante del entorno con el estado físico, es importante también considerar sus conductas como determinantes del estado de salud.

Las condiciones de vida son distintas, y van a depender en gran medida a la ubicación en la república mexicana, y estas características influyen de manera determinante en la población, sobre todo en aquellos lugares en los que se registran cambios en los patrones de las enfermedades, convirtiendo la forma en la que se alimentan como un estilo de vida, que en muchos casos deriva en una condición patológica (INGER, 2019). Las más representativas en las personas mayores son las enfermedades no transmisibles, cambios en la estructura ósea, la masa muscular y funcionamiento de órganos sensoriales, sobre todo por el impacto que tienen en la capacidad funcional de quienes las padecen.

Según lo visto recientemente en algunos estudios sobre el envejecimiento global y la salud de personas, en México se estima que alrededor del 67% de personas mayores de 60 años viven con enfermedades no transmisibles, específicamente angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad (INGER, 2019). Así mismo en este grupo de edad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial representan las principales enfermedades metabólicas, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas (Chobanian et al., 2003).

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades más representativas en las personas mayores, generando riesgos importantes para padecer otras enfermedades o complicaciones como las de tipo cardiovascular, retinopatías, y problemas renales, incrementando de manera exponencial la morbilidad en este grupo de población.

Las enfermedades cerebrovasculares y los daños neurológicos que provocan aparecen como la tercera causa de muerte en la población de personas mayores (Orenduff, M. 2004).

En la actualidad se sabe que parte de curso de vida, término acuñado para lograr construir un estado de salud en personas mayores, es indispensable identificar las malas prácticas en el cuidado de las personas, sobre todo de su salud, considerando que los que refieren a hábitos y calidad de vida, son completamente modificables para llegar con un envejecimiento saludable o bien que tenga mejor calidad de vida durante este ciclo de vida (Bujanda Sainz de Murieta et al., 2014).

Una de las primeras estrategias contempla el cambio en la calidad y cantidad de la alimentación, la cual constituye un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. Si bien la nutrición al pasar de los años ha pasado a primer plano siendo un determinante importante para la prevención y control de enfermedades no transmisibles que puede ser modificado, y con ello, no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa en la salud a lo largo de la vida y al pasar los años. Una vez llegando a la vejez, por lo que es favorable involucrar e intervenir en la alimentación del adulto mayor considerando significativamente todas las afecciones por las que se esté pasando puedan ser un riesgo para el beneficio de la salud.

Por lo antes expuesto, es que el presente trabajo tiene como objetivo identificar el efecto de la orientación alimentaria en la calidad de vida de personas mayores derechohabientes del Hospital ISSSTE, Mixquiahuala, Hidalgo.

Antecedentes

La evidencia actual, ha identificado que al mejorar la nutrición también lo hace la calidad de vida en la etapa que se realice el cambio no solo en su condición nutricional, sino también en las condiciones clínicas-patológicas que presente.

La evidencia científica, refiere que la implementación de un programa de Educación Nutricional basado en la promoción de la mejora de los hábitos alimentarios en esta etapa de la vida, tiene efectos favorables, inclusive se ha considerado este tipo de intervenciones nutricionales como prevención de enfermedades no transmisibles, aunque se ha visto limitado por varios factores, específicamente la creencia que los efectos significativos y cuantificables aparecen al largo plazo, esto basado en el principio que un cambio de hábitos no sucede de la noche a la mañana, además al educar sobre temas de nutrición a la población, promoviendo que ellos puedan reconocer que el mantener hábitos que involucren una correcta alimentación; así como, una oferta de alimentos suficientes, inocuos y variados no sólo previene la malnutrición sino que también reduce el riesgo de vivir con otras enfermedades.

En el 2006, las prevalencias de hipertensión y diabetes en mayores de 60 años, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), eran relativamente bajas, atribuyéndose a la poca información que se daba sobre el diagnóstico y seguimiento de las condiciones clínicas. Razón suficiente para incrementar las acciones para el diagnóstico y la ejecución de programas de promoción y prevención, en los cuales se observaron diferencias significativas entre las zonas rurales y urbanas, destacando que en el ámbito rural resulta ser más vulnerable por lo que la educación retomaba un valor prioritario.

En ese contexto se creó el Programa de Atención al Envejecimiento, el cual estableció diversas acciones que se complementaron con otras estrategias como programas de desarrollo social o de nutrición con componente alimentario o nutricional. Dichos programas de prevención de la salud y su atención, incluían el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención de la Salud, mismo que en ese momento promovió cuatro acciones: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, y detección de enfermedades, para ese momento en cuanto a protección en salud, se destacó que los avances

logrados en esos últimos años para reducir la vulnerabilidad de las personas mayores dieron muestra de que la cifra logró disminuir de personas mayores que carecen de protección y educación en salud. En 2006, el 40% de ellos carecía de algún tipo de protección en salud, mientras que para 2012 el porcentaje se redujo a 16.6%, hecho que se explica por la expansión del Sistema de Protección Social en Salud (ENSANUT 2012).

Con los datos proporcionados por las encuestas de ENSANUT y sus comparativas de datos sobre la mejora de estrategias para una mejor calidad nutricional en personas mayores queda claro que es necesaria la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

La Universidad de Navarra, España en el 2014 realizó el proyecto “Edumay”, el cual tenía como objetivo la enseñanza adecuada a los personas mayores, para el que se incluyeron seis sesiones grupales, contemplando los siguientes temas: 1) Importancia de la alimentación, 2) grupos de alimentos, 3) planificación de menús, 4) recomendaciones dietéticas en problemas de salud frecuentes: estreñimiento, incontinencia urinaria y osteoporosis, 5) patologías relacionadas con la alimentación: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus y obesidad.

Al término de estas sesiones educativas, se pudo notar que, el Programa de Educación Nutricional consiguió una mejora en la adherencia en los participantes a una dieta mediterránea, ya que hubo un aumento en el consumo de frutos secos, carnes blancas (pollo, pavo y conejo), legumbres, verduras y hortalizas, identificando una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control y el de intervención (Bujanda Sainz de Murieta et al., 2014). Es decir, el grupo de intervención aumentó su adherencia a la dieta Mediterránea 2 puntos (intervalo de confianza (IC) 95%: 1.11 a 2.89) en comparación con un aumento de 0.21 puntos en el grupo control (IC 95%: -0.07 a 0.49).

Esta diferencia en el aumento de adherencia al patrón de Dieta Mediterránea de 1.82 puntos (IC 95%: siendo estas diferencias 1.09 a 2.65) entre el grupo de intervención y el grupo control fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Para el 2020, se realizó una evaluación nutricional en personas mayores en Alicante, España, dicha evaluación se realizó como estudio de intervención en personas mayores que vivían con diabetes tipo 2, con el fin de identificar el efecto que tiene el impartir sesiones educativas en este grupo de edad. Al inicio de la intervención, en relación al estado nutricional se observó predominio de pacientes con estado normal (45%). Sin embargo, el dato de mayor importancia es que cerca del 50% de los pacientes incluidos presentaban alteraciones nutricionales por exceso, el 28.7% vivían con sobrepeso y el 20.5% con obesidad, y de estos mismos pacientes el 36.9% tenían un descontrol glucémico, seguido de los casos el 31.5% tenían control glucémico aceptable. En lo que refiere a la intervención educativa, se reportó que el 65.7% tenían un nivel bajo de conocimientos sobre una correcta nutrición con respecto al tratamiento de la diabetes tipo 2 (Arévalo Berrones et al., 2020). Lo que resultaba significativo, ya que para lograr un adecuado control glucémico los pacientes que viven con diabetes, deben tener ciertas restricciones alimentarias, y en consecuencia no presentar complicaciones de la enfermedad.

Cabe mencionar que, las intervenciones antes mencionadas, han sido validas y fueron aplicadas en distintos momentos a lo largo de los últimos años que, si bien cada una tiene una diferencia de tiempo bastante prolongada, en cada una se pudieron observar resultados positivos como parte de una promoción y prevención para el estado de salud de las personas mayores. . En la actualidad se ha visto como el tema nutricional ha tenido un impacto aún mayor, ya que se ha tomado más enserio la parte del “comer bien para sentirse bien” y cuando modificar las costumbres alimentarias en personas mayores en un

periodo corto de tiempo por las costumbres ya arraigadas que a lo largo de su vida podría parecer una opción poco probable- De esta forma es que sigue siendo la mejor opción ya que el implementar estrategias que permitan a ellos tener conocimiento sobre la mejoras en el consumo de un patrón alimentario saludable, es lo que permite tener un mejor control de sus padecimientos y con ello que tengan una mejor calidad de vida.

Metodología

Se realizó un estudio cuasi-experimental sin grupo control, con aplicación de una toma de signos tomada en las distintas etapas de la intervención de forma pretest, postest intermedios, postest final y test final, con propósito educativo dirigido a personas mayores de 60 años o más pertenecientes a un programa comunitario de los cuales participaron 33 personas mayores.

El objetivo de la intervención fue generar conocimientos nutricionales y promover hábitos saludables mediante sesiones educativas teórico-prácticas. La intervención tuvo una duración total de 11 semanas, con 2 sesiones por semana, cada una de aproximadamente 60 minutos, para un total de 22 sesiones, las cuales tuvieron como objetivo generar mayor conocimiento de los distintos temas abordados y lograr un control de las condiciones clínicas que presentaron, entre ellas: obesidad, sobrepeso, diabetes e hipertensión. Además, generar hábitos alimentarios posterior a las sesiones que permitan manejar sus tiempos de comida, incluyendo todos los tiempos de alimento, agregar las porciones adecuadas según su estado de salud.

Las variables de estudio fueron: peso, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, tensión arterial sistólica y diastólica, glucosa capilar, variables que se tomaron en ayuno de 8 horas por personal capacitado. Para la selección de la muestra, se consideraron criterios de inclusión: personas mayores ≥ 60 años que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado, personas con o sin diagnóstico de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cáncer y que tuvieran disponibilidad para asistir a las pláticas y actividades programadas.

Para los criterios de exclusión se consideraron aquellas personas que no firmaran el consentimiento informado o quienes tuvieran limitaciones cognitivas que pudieran limitar su participación en encuestas o talleres, y dentro de los criterios de eliminación: abandono del programa durante la intervención o bien inasistencia superior al 30% de las sesiones, así como, cambio en la condición de salud que impida su participación en los talleres.

Para la recolección de datos, se utilizaron los siguientes instrumentos: peso báscula digital marca seca modelo 803, la talla se obtuvo mediante un estadiómetro portátil marca Seca 213, para obtener circunferencia de brazo y de cintura se utilizó cinta métrica marca Lufkin W606PM. Para la toma de presión arterial se utilizó un esfigmomanómetro marca OMRON y por último la glucosa capilar se tomó con un glucómetro marca Accu Check.

En la Tabla 1, se definen las fases de la intervención, en la cual se describen las actividades que se realizaron en cada una de las sesiones.

Fases de la intervención
1. Etapa inicial (Sesiones 1 a 4) Estas actividades se realizaron antes de comenzar el contenido educativo
Sesión 1. Toma inicial de signos vitales (pretest), peso, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, tensión arterial sistólica y diastólica, y glucosa capilar.
Sesión 2. Explicación, entrega y firma del consentimiento informado.
Sesión 3. Aplicación de encuesta cognitiva inicial.
Sesión 4. Elaboración del historial clínico
2. Intervención educativa (Sesiones 5 a 17) Las sesiones educativas se organizaron de forma progresiva. Su estructura fue la siguiente:

Sesión 5. Tema: “Concepto de alimentación saludable y grupos de alimentos.”	Objetivo: Reconocer los grupos alimentarios básicos y a partir de ellos reconocer cuales eran los faltantes en su dieta diaria. Actividad: Se explicó de manera sencilla y participativa en qué consiste una alimentación saludable y cómo se organiza en distintos grupos de alimentos.
Sesión 6 y 7. Tema: “Grupos de alimentos.”	Objetivo: Identificar porciones adecuadas y combinaciones posibles con los grupos de alimentos Actividad: Ejercicios de identificación de alimentos, donde reconocieron a que grupo de alimentos pertenece cada uno de ellos.
Sesión 8. Tema: “Actividad práctica sobre alimentos equivalentes.”	Objetivo: Verificar comprensión mediante ejercicios guiados, donde se les proporcionó una tabla de identificación de equivalentes, los cuales funcionaron para la sesión subsecuente. Actividad: Ejercicios de la clasificación y selección de alimentos equivalentes, identificando los requeridos en su dieta diaria.

Sesión 9. Segunda toma de signos (intermedio)	Actividad: Toma de peso, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, tensión arterial sistólica y diastólica, y glucosa capilar.
Sesión 10 y 11. Tema: “plato del buen comer.”	Objetivo: Identificar su uso como guía para alimentación equilibrada, Actividad: Junto con el tema de equivalentes y grupos de alimentos en esta actividad lograron armar platos según las porciones requeridas en donde practicaron como variar sus platos de tal manera que pudieran cumplir con una alimentación, variada, completa y equilibrada.
Sesión 12. Tema: Taller practico de medición.	Objetivo: Aplicar herramientas prácticas para el control de porciones. Actividad: Uso de tazas y cucharas medidoras y Técnica de la mano para estimación de porciones.

Sesión 13. Tema: “Índice glucémico.”	Objetivo: Comprender su importancia, especialmente para personas que viven con diabetes, donde se proporcionó la información para incluir alimentos con bajo o moderado índice glucémico. Actividad: Explicación dinámica orientada a comprender la importancia de este concepto, especialmente en el contexto del manejo nutricional para personas que viven con diabetes.
Sesión 14 y 15. Tema: “Importancia de una buena alimentación en complemento con actividad física para personas mayores.”	Objetivo: Promover actividad física segura y lograr comprensión en cuanto a una alimentación adecuada para un mejor estado de salud. Actividad: Se retomaron temas de movilidad articular, ejercicios de fuerza ligera y caminata controlada de 10–15 minutos; así como, estiramientos de cierre.
Sesión 16. Tercera toma de signos (postest final)	Actividad: Toma de peso, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, tensión arterial sistólica y diastólica, y glucosa capilar.

Sesión 17 Tema: “Práctica integradora.”	Objetivo: Aplicar los conocimientos aprendidos en una rutina alimentaria diaria. Actividad: Cada participante analiza su propio patrón de alimentación y lo comparara con las recomendaciones vistas previamente. Para reforzar este proceso, se asignó como tarea el inicio de un diario de alimentos a llevar durante una semana.
3. Seguimiento y refuerzo (Sesiones 18 y 20)	
Sesión 18 y 19. Tema: “Revisión del recordatorio semanal de consumo alimentario.” Sesión 20. Tema: “Retroalimentación personalizada basada en los recordatorios. “	Objetivo: Refuerzo de estrategias para mantener hábitos saludables. Actividad: Se reforzaron estrategias y se les retroalimentó para mejorar la calidad de su alimentación, ajustar porciones, equilibrar grupos de alimentos e incorporar opciones más saludables.
4. Cierre del programa (Sesiones 21 y 22)	
Sesión 21. Cuarta toma de signos vitales. (Test final)	Actividad: Toma de peso, circunferencia de brazo, circunferencia de cintura, tensión arterial sistólica y diastólica, glucosa capilar).

Sesión 22 Tema: Cierre administrativo del programa	Actividad: Agradecimiento y entrega de recomendaciones generales.
---	--

Resultados y Discusiones

La muestra de este estudio estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (90.1%), mientras que los hombres representaron el 9.9%. En la Tabla 2, se puede observar las características clínicas de la población, entre las que destacan: el 39.4% presentó diagnóstico combinado de diabetes e hipertensión, el 24.2% hipertensión, el 15.1% diabetes, 18.3% eran sanos y sólo el 3% vivían con cáncer. La edad promedio fue de 67.2 ± 6.19 años, con una estatura media de 1.52 ± 0.07 m, y un peso de 74.1 ± 15.5 kg. La circunferencia media del brazo fue de 32.8 ± 3.59 cm y la circunferencia de cintura de 102 ± 11.7 cm. En los parámetros clínicos, la glucosa plasmática presentó un promedio de 119 ± 32 mg/dL, mientras que la presión arterial sistólica y diastólica registraron valores de 125 ± 14.6 mmHg y 80 ± 9.1 mmHg, respectivamente.

Como se muestra en la Tabla 2, la mayoría de los participantes presentaba obesidad abdominal y valores elevados de glucosa y presión arterial, lo cual coincide con lo reportado por Mekonnen et al. (2023), quienes identificaron un patrón similar en personas mayores que participaron en intervenciones educativas nutricionales, con un promedio de edad de 68 años en personas mayores participantes de un programa educativo nutricional, con predominio femenino y presencia de enfermedades no transmisibles como hipertensión y diabetes. Dichos hallazgos reflejan una tendencia común en este grupo etario, donde la mayor esperanza de vida femenina y las comorbilidades metabólicas son factores determinantes.

Tabla 2 - Descripción demográfica y clínica de los participantes

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	30	90.1
Masculino	3	9.9
Condición clínica		
Cáncer	1	3
Diabetes	5	15.1
Diabetes/Hipertensión	13	39.4
Hipertensión	8	24.2
Sanos	6	18.3
	m (D.E)	
Edad (años)	67.2 ±6.19	
Estatura (m)	1.52±0.07	
Peso (kg)	74.1±15.5	
Circunferencia Media de Brazo (cm)	32.8 ± 3.59	
Circunferencia de Cintura (cm)	102 ± 11.7	
Glucosa (mg/dL)	119±32	
Presión Arterial Sistólica (mmHg)	125±14.6	
Presión Arterial Diastólica (mmHg)	80±9.1	

En la Tabla 3, se pueden observar los cambios tras la intervención educativa, donde se identificaron reducciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en la mayoría de las variables analizadas. El peso promedio disminuyó de 74.08 a 72.33 kg, la circunferencia media del brazo de 32.81 a 31.62 cm y la circunferencia de cintura de 101.71 a 99.54 cm. En cuanto a los parámetros clínicos, la presión arterial diastólica descendió de 79.7 a 70.6 mmHg y la sistólica de 125 a 114 mmHg. De manera similar, los niveles de glucosa se redujeron de 118.9 a 103.8 mg/dL. Estos cambios evidencian una mejora significativa en el estado nutricional y el control metabólico de los participantes, atribuible a la intervención educativa aplicada.

En la intervención comparativa realizada por Pérez García et al. (2023), donde se aplicaron diez sesiones educativas de una hora, impartidas dos veces por semana durante cinco semanas. Cada sesión incluía una pregunta inicial y otra final para evaluar la comprensión del tema. Los contenidos se diseñaron en función de los resultados obtenidos en la evaluación pretest, adaptándose a las necesidades detectadas. Al finalizar la intervención, se observó una disminución del 9.5% en la prevalencia de obesidad y del 19.1% en sobrepeso, mientras que los casos con estado nutricional normal aumentaron del 45.2% al 67.1%.

Estos resultados coinciden con los reportados por Fabra et al. (2017), quienes observaron que en un programa educativo de seis meses en personas mayores dependientes logro mejorar indicadores antropométricos y nutricionales. De manera similar, Hassan et al. (2019) identificó reducciones significativas en los niveles de glucosa y presión arterial tras implementar una intervención de educación sanitaria dirigida a personas mayores con enfermedades crónicas, lo que respalda la efectividad de los programas educativos en el control de enfermedades no transmisibles.

En relación con el nivel de conocimiento, en este estudio se evaluó mediante un cuestionario estructurado de 10 reactivos, aplicado en dos momentos: pretest (antes de iniciar la intervención) y postest (al finalizar). Cada respuesta correcta tuvo un valor de 1 punto, con una puntuación total de 0 a 10. La clasificación utilizada fue nivel bajo: 0–4 puntos, nivel medio: 5–7 puntos y nivel alto: 8–10 puntos.

Los resultados mostraron un incremento significativo en el conocimiento nutricional y el porcentaje de participantes con nivel alto aumento del 9.6% en el pretest al 26% en el postest, mientras que los casos con nivel bajo redujeron de 65.7% a 30.1%.

De forma complementaria, en nuestro estudio en los parámetros clínicos, la glucosa plasmática presentó un promedio de 119 ± 32 mg/dL, demostrándonos nuevamente que este incremento en el conocimiento refleja una mejor comprensión de los principios de la alimentación saludable y la importancia del autocuidado.

Tabla 3 - Efecto de la orientación educativa en variables antropométricas y clínicas.

Variable	1	2	3	4
Peso	74.08 (15.48)a	73.42 (15.36)a	72.84 (15.38)b	72.33 (15.25)c
CMB	32.81 (3.59)a	32.22 (3.72)b	31.77 (3.71)c	31.62 (3.82)c
CC	101.71 (11.66)a	100.57 (12.24)b	99.93 (12.09)c	99.54 (12.11)d
Tensión arterial diastólica	79.7 (9.1) a	73.4 (9.1) b	69.5 (8.3) c	70.6 (9.9) d

Tensión arterial sistólica	125(14.6) a	125 (10.6) b	110 (12.6) c	114 (11.7) d
Glucosa	118.90 (32.04)a	111.81 (24.8)a	109.84 (18.64)a	103.84 (13.70)b
Para cada variable dependiente, las letras minúsculas diferentes indican diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).				

En la Tabla 4, se puede observar el comportamiento del control glucémico antes y después de la intervención educativa realizada donde el porcentaje de personas mayores con control normal aumentó del 12.3% al 36.9%, mientras que aquellos con control adecuado pasaron de 19.1% al 28.7%. Por el contrario, los niveles de control admisible disminuyeron del 31.5% al 19.1% y los casos con control inadecuado se redujeron del 36.9% al 15%. Estos resultados reflejan una mejoría significativa en el manejo glucémico tras la intervención, lo cual coincide con lo reportado por El-Boraey et al. (2020), quienes demostraron que los programas educativos favorecen el autocuidado integral y no solo la regulación de glucosa en personas con enfermedades metabólicas porque si bien estos cambios reflejan una mejoría en la regulación de glucosa pero es importante señalar que el control de enfermedades metabólicas no depende únicamente del control glucémico si no también de otros parámetros como la presión arterial, el peso corporal, pruebas de sangre e incluso circunferencia de cintura.

Tabla 4 - Resultados de la prueba en relación al control glucémico entre el pretest y posttest

Control Glucémico	Pretest	Postet	Z	P
Normal	9 (12,32)	27(36,98)	-3,92	0,039
Adecuado	14 (19,18)	21(28,77)		
Admisible	23 (31,51)	14 (19,18)		
Inadecuado	27 (36,99)	11 (15,07)		

Los hallazgos coinciden con investigaciones previas que respaldan el impacto positivo de los programas educativos en la prevención y control de enfermedades no transmisibles (Fabra et al 2017, Hassan et al 2019 y El-Boraey et al 2020). De esta manera, se reafirma que la educación alimentaria es una herramienta esencial en la atención geriátrica, ya que fomenta la autonomía, el autocuidado y la promoción del envejecimiento saludable.

Se reconoce que el tamaño reducido de la muestra y la falta de grupo control limitan la generalización de los resultados. Sin embargo, los cambios observados tras la intervención reflejan el impacto positivo quizá no tan significativos, pero nos permiten observar lo que puede lograrse mediante programas estructurados de educación alimentaria, especialmente cuando se adaptan a las necesidades específicas de las personas mayores.

Conclusiones

El presente estudio demostró que la orientación alimentaria constituye una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida y los parámetros clínicos en personas mayores. Los resultados evidenciaron una disminución en el peso corporal, la circunferencia de brazo y cintura, así

como en los niveles de glucosa y presión arterial después de la intervención educativa; se puede identificar que los cambios confirman que las acciones de educación nutricional contribuyen al control de enfermedades no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial, ya que la intervención nos permitió fortalecer los conocimientos sobre alimentación saludable y promover la adopción de hábitos favorables en las personas mayores. Se observó que, a través de talleres teórico-prácticos y el acompañamiento continuo, los participantes lograron una mejor comprensión sobre la importancia de la selección y combinación adecuada de alimentos, permite que la mejora de su estado nutricional y bienestar general pueda estar en un grado favorable. A pesar de algunas limitaciones que podrían presentarse en el camino que involucra un mejor estado de salud en las personas mayores, se considera que además de una intervención educativa nutricional existen diversos contratiempos como el que muchas personas mayores han un impacto importante en su medio familiar, ya que muchos residen solos pero a pesar de ello buscaron la manera de adaptación a los conocimientos adquiridos, observando efectos positivos que refuerzan la necesidad de continuar aplicando y ampliando este tipo de estrategias en instituciones de salud. La incorporación permanente de programas educativos en la atención del adulto mayor puede contribuir a la disminución de la morbilidad y a la mejora del bienestar físico, mental y social de esta población.

En conclusión, la orientación alimentaria, cuando se adapta a las características y necesidades del adulto mayor, se consolida como una herramienta preventiva y de apoyo terapéutico capaz de mejorar el control metabólico, promover la autonomía funcional y elevar la calidad de vida, favoreciendo un envejecimiento más saludable y activo.

Bibliografía

- Arévalo Berrones, J. G., Cevallos Paredes, K. A., & Rodríguez Cevallos, M. de los Á. (2020). Intervención nutricional en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2 para lograr el control glucémico. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3). <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/3822>
- Bales, C., Fischer, J., & Orenduff, M. (2004). Nutritional interventions for age-related chronic disease. *Generations*, 28(3), 54–60.
- Bujanda Sainz de Murieta, Elena, Beitia Berrotaran, Guadalupe, Zazpe, Itziar, Lasheras, Berta, & Bes-Rastrollo, Maira. (2014). Evaluación de una intervención nutricional en personas mayores: el proyecto Edumay. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 132-139. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7339>
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA*, 289(19), 2560–2572. <https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>
- El-Boraey, A. N., Hassan, M. S., & El-Din, M. M. (2020). Impact of educational programs on self-care and glycemic control among elderly with diabetes. *Journal of Aging Research*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/6743589>
- El-Boraey, A. N., Hassan, M. S., & El-Din, M. M. (2020). Impact of educational programs on self-care and glycemic control among elderly with diabetes. *Journal of Aging Research*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/6743589>
- Fabra, E., et al. (2017). Educational nutritional intervention in dependent older adults. *Journal of Nutrition and Health in Aging*, 21(4), 456–462.

- Hassan, M. S., El-Din, M. M., & El-Boraey, A. (2019). Effect of health education on metabolic control in elderly with chronic diseases. *Egyptian Journal of Public Health*, 94(2), 115–122.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Mayores (1 de octubre)*. <https://www.inegi.org.mx>
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., & Margarita Moreno-Tamayo, K. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los personas mayores en México. *Salud Pública De México*, 55(Supl.2), S323-S331. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5131>
- Pérez García, María Belén, Valdés González, Elda María, Molina Rosero, Sandra Mónica, Torres Jara, Andrea Cristina, & Dillon Cacuango, María Eugenia. (2023). Resultados de un programa educativo orientado a la promoción de la independencia y autonomía funcional. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(4) . Epub 01 de diciembre de 2023.