

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN
Enrique Guzmán y Valle
Alma Máter del Magisterio Nacional
ESCUELA DE POSGRADO



Tesis

**Talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables
en personas mayores de 50 años en el Centro de Atención Primaria de la Universidad**

Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco 2015

Presentada por

Edith Cristina JARA CLAUDIO

Asesor

Alfonso Gedulfo CORNEJO ZÚÑIGA

Para optar al Grado Académico de

Doctor en Ciencias de la Educación

Lima - Perú

2019

**Talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables
en personas mayores de 50 años en el Centro de Atención Primaria de la Universidad
Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco 2015**

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y
haberme dado salud para lograr mis objetivos, además
de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus
consejos, sus valores, por la motivación constante que
me ha permitido ser una persona de bien, pero más
que nada, por su amor.

A mi padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo
caracterizan y que me ha infundado siempre, por el
valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Reconocimientos

A la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Alma Máter del Magisterio Nacional, por brindarme los conocimientos en educación y así culminar mis estudios de doctorado.

A los docentes de esta casa superior de estudios, por motivarme constantemente hacia el esfuerzo y logro de mis objetivos.

A nuestras familias por siempre brindarnos su apoyo, tanto sentimental, como económico. Pero, principalmente mi agradecimiento a mi Asesor Dr. Alfonso Gedulfo CORNEJO ZÚÑIGA por sus valiosos aportes en el asesoramiento, asimismo al Dr. Oscar Eugenio PUJAY CRISTOBAL y al Dr. Guillermo GAMARRA ASTUHUAMAN, por sus aportes para la culminación del presente trabajo de investigación, sin el cual no hubiésemos podido terminar la investigación.

Finalmente, mi reconocimiento a todas las personas que colaboraron de una u otra manera con la realización de esta investigación.

Tabla de contenidos

Título	ii
Dedicatoria	iii
Reconocimientos	iv
Tabla de contenidos	v
Lista de tablas	vii
Lista de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I. Planteamiento del problema	1
1.1 Determinación del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4 Importancia y alcances de la investigación	4
1.5 Limitaciones de la investigación	5
Capítulo II. Marco teórico	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.1.1. Antecedentes internacionales	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	10
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1. Talleres educativos	13
2.2.2 Hábitos alimenticios	19
2.2.3. Teorías psicopedagógicas.	50
2.3 Definición de términos básicos	54
Capítulo III. Hipótesis y variables	56
3.1 Hipótesis	56
3.1.1. Hipótesis general	56
3.1.2. Hipótesis específicas	56

3.2 Variables	56
3.3 Operacionalización de variables	57
Capítulo IV. Metodología	60
4.1 Enfoque de investigación	60
4.2 Tipo de investigación	60
4.3 Método de investigación.	61
4.3 Diseño de investigación	61
4.4 Población y muestra	62
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información	63
4.6 Tratamiento estadístico	63
4.8. Procedimiento de observación de los talleres educativos y los hábitos alimenticios.	64
Capítulo V. Resultados	66
5.1. Selección de instrumentos.	66
5.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos	66
5.3. Presentación y análisis de resultados	68
5.4 Contrastación de hipótesis	78
5.5. Discusión de los resultados	80
Conclusiones	84
Recomendaciones	85
Referencias	86
Apéndices	89
Apéndice A. Matriz de consistencia	90
Apéndice B. Entrevista de investigación	92
Apéndice C. Encuesta de investigación	93
Apéndice D. Pre test y post test	95
Apéndice E. Cronograma de talleres con respectivas sesiones	97
Apéndice F. Resultados obtenidos del desarrollado los talleres educativos como estrategias de reforzar los hábitos alimenticios saludables en las personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco, durante el 2015.	100
Apéndice G. Evidencias de los talleres	101

Lista de tablas

Tabla 1. Perú: Evolución de algunos Indicadores Nutricionales	25
Tabla 2. Cambios ligados al envejecimiento que inciden sobre el estado nutricional de las personas de edad avanzada (Aranceta Bartrina J, 2008).	38
Tabla 3. Operacionalización de la variable independiente – Talleres educativos	58
Tabla 4. Operacionalización de la variable dependiente – hábitos alimenticios saludables.	59
Tabla 5. Correlación de confiabilidad	68
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de la variable “Sexo”.	69
Tabla 7. Media, máximo y mínimo de la variable edad de las personas mayores de 50 Años del centro de atención primaria de la UNHEVAL.	69
Tabla 8. Frecuencia y porcentajes de los grupos de edad de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención Primario de la UNHEVAL (agrupados)	70
Tabla 9. Frecuencia y porcentajes del estado civil de las personas mayores de 50 Años del centro de atención primaria de la UNHEVAL.	71
Tabla 10. Frecuencia y porcentajes de la variable nivel educativo de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención primaria de la UNHEVAL.	71
Tabla 11. Frecuencia y porcentajes de la variable ocupación de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención Primario de la UNHEVAL.	72

Tabla 12. Nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategia por el docente – investigador.	73
Tabla 13. Resultados de los puntajes obtenidos del pre test – cuestionario de hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL de Huánuco 2015.	74
Tabla 14. Estadísticos descriptivos del pre test.	75
Tabla 15. Resultados de los puntajes obtenidos del post test – cuestionario de hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL de Huánuco 2015.	76
Tabla 16. Estadísticos descriptivos del post test.	77
Tabla 17. Prueba de la normalidad.	78
Tabla 18. Prueba de muestras relacionadas de los puntajes del pre y post test grupo experimental	80

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide de los alimentos. SENC (2007)	19
Figura 2. Modelo teórico para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable.	27
Figura 3. Sexo de las personas mayores de 50 años en la UNHEVAL	69
Figura 4. Grupos por edad	70
Figura 5. Estado civil	71
Figura 6. Nivel educativo	72
Figura 7. Situación laboral	73
Figura 8. Resultados de nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategias	74
Figura 9. Resultados de la aplicación del pre test.	75
Figura 10. Resultados de la aplicación del post test.	76

Resumen

El presente estudio tiene como propósito determinar los efectos que produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015. El estudio fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 57 personas mayores de 50 años que sepan leer y escribir, este estudio fue factible de realizar, por la predisposición del investigador, así como de la institución y en especial de los adultos mayores. Para la evaluación de los hábitos alimenticios, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario elaborado por la investigación. Se aplicó la prueba estadística “t” de Student la misma que se eligió un nivel de significación de 0,05 el resultado arroja que *p-valor* es menor que el nivel de significación ($0.000 < 0,05$). Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después de haber aplicado la variable independiente a las personas mayores de 50 años del Centro de Atención Primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.

Palabras clave: Taller, Educativo, Hábitos, Alimenticios y Saludables

Abstract

The purpose of this study is to determine the effects produced by educational workshops as strategies to reinforce healthy eating habits in people over 50 years old at the primary care center of the National University Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015. The study was descriptive of cross section, the population consisted of 57 people over 50 who can read and write, this study was feasible to perform, by the predisposition of the researcher, as well as the institution and especially the elderly. For the evaluation of the alimentary habits, the instrument of data collection was a questionnaire elaborated by the investigation. The statistical test "t" of Student was applied, the same one that was chosen a level of significance of 0.05, the result shows that p-value is lower than the level of significance ($0.000 < 0.05$). So the null hypothesis is rejected and it is concluded that there are statistically significant differences between the scores before and after having applied the independent variable to people over 50 years of the Primary Care Center of the National Hermilio Valdizán University in the city of Huánuco

Keywords: Workshop, Educational, Habits, Food and Healthy.

Introducción

Los hábitos alimentarios son comportamientos repetitivos que llevan a escoger y agregar a la dieta cierto tipo de alimentos; estas acciones son primero voluntarias y que con el paso del tiempo se vuelven involuntarias y son adquiridas a lo largo de la vida; en este estudio los adultos mayores de 50 años fueron la principal fuente de información para esta variable. La población del Perú al igual que muchos de los países en desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%.

Los adultos mayores, componentes de un grupo minoritario, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría.

La Seguridad Social se ha limitado a un programa de actividades culturales y sociales, por ejemplo, pasajes reducidos en el transporte urbano. Cuenta con algunos consultorios en los centros de salud periféricos para la atención de los ancianos, a cargo de médicos generales sin formación en geriatría a pesar de contar en la capital con hospitales de 1000 a 800 camas y de 400 en otras ciudades del país.

Hablar de la situación nutricional es involucrar cinco temas: la anemia, la desnutrición crónica, la deficiencia de yodo, la deficiencia de vitamina A (que está en zonas rurales) y el sobrepeso y la obesidad. Ante estos problemas, en el Perú contamos con iniciativas del gobierno como el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno sólo en la infancia y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021, y existe poco estudio sobre los adultos mayores de 50 años en la cual el principal reto es

lograr hábitos saludables y que la población conozca los riesgos que significa comer inadecuadamente.

Para tal efecto, la investigación se desarrolló teniendo en cuenta uno de los esquemas recomendados por la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle – La Cantuta, por lo que en su estructura consta de:

El Capítulo I: Planteamiento del problema, comprende: la identificación del problema, formulación del problema, formulación de los objetivos, importancia, alcances de la investigación y las limitaciones de la investigación.

El Capítulo II: Bases teóricas, comprende: los antecedentes de estudio, los fundamentos teóricos científicos y conceptuales, la definición de los términos básicos.

El Capítulo III: Hipótesis y variables, comprende: formulación de las hipótesis, determinación de las variables y la operacionalización de variables.

El Capítulo IV: Metodología de investigación, comprende: determinar el enfoque de investigación, el tipo de investigación, los métodos de investigación, diseño de investigación, determinación de la población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de información, explicar el tratamiento estadístico y los procedimientos de investigación.

El Capítulo V: Presentación y discusión de resultados, comprende: la selección de instrumento, validez y confiabilidad de los instrumentos, la presentación y análisis de resultados, la contratación de hipótesis y discusión de resultados, dando lugar todo ello a la formulación de conclusiones y las recomendaciones del proceso de investigación.

Al poner este trabajo en consideración de los señores miembros del jurado, lo hago con la humildad de docente en permanente proceso de aprendizaje y dispuesto a recibir las críticas, reflexiones y sugerencias, que estoy seguro enriquecerá este y posteriores estudios, por cuyos aportes valiosos les expreso mi reconocimiento.

Capítulo I

Planteamiento del problema

1.1 Determinación del problema.

Actualmente en el mundo en que vivimos, la alimentación y los procesos rápidos están cambiando los estilos de vida, dando lugar a una disminución de la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y aumentando las enfermedades no transmisibles crónicas degenerativas y mórbidas, no obstante que estas personas asisten a los centros de asistencia médica para un control preventivo individual y muchas veces a intervenciones grupales para promocionar el cambio de estilos de hábitos saludables y que probablemente una de las causas se deba al sistema educativo que no produzca impacto deseado por la metodología o didáctica utilizada en la educación individual y el número de integrantes y la metodología en la educación grupal.

Actualmente las personas mayores de 50 años están adquiriendo enfermedades crónicas degenerativas por el uso exagerado de productos llamados chatarras, uno de los ejes centrales de la educación debe ser el de formar personas saludables tanto en lo físico como en lo mental y social, desarrollar aprendizajes sobre alimentos, digestión y nutrición para que las personas consuman dietas balanceadas saludables que sirvan para dar energía, buen estado al cuerpo de forma integral. Debe hacerse mediante todo el entorno en un marco de autovaloración personal (autoestima) que sea como una “fuerza interna” que lleve a los adultos, a decir “no” a la comida que bloquea su conservación de su salud integral. Sería bueno (también) replicar las buenas prácticas de un sector de colegios que viene prohibiendo a los kioscos ofrecer comida chatarra y que los estudiantes no lleven en la lonchera bebidas y alimentos no saludables. Es obvio que este tipo de campaña tiene que hacerse también con los adultos, por no cumplir con un plan de alimentación direccionado para su edad, es que el personal de salud no cuenta con un método educativo establecido

por grupos etareos para adiestrar al usuario en el manejo de su alimento saludable con uso de procedimiento, técnicas medios y materiales didácticos utilizados en el proceso de enseñanza aprendizaje con un carácter práctico tipo sesiones como estrategia, motivando a la reflexión, y cambiar los estilos de hábitos alimenticios.

la alimentación es uno de los pilares fundamentales de la salud del adulto mayor en todas las etapas de su crecimiento del ser humano; una buena alimentación desde temprana edad permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades, gozar de una buena salud, logrando así una vejes más cuidadosa. Los adultos sanos aprenden mejor, la gente sana es más fuerte, más productiva, está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial

En la educación, los contenidos son los factores relacionados con los comportamientos humanos. Estos factores pueden ser ambientales (grupos sociales, condiciones de vida, recursos y modelos culturales) y personales (creencias, actitudes, valores y habilidades). Todos ellos influyen en las capacidades y comportamientos de las personas. Para que la persona aprenda se considera esencial un aprendizaje significativo, la persona aprende desde sus experiencias, sus vivencias, sus conocimientos reorganizándolos y modificándolos según sus nuevas informaciones y experiencias que se dan en el proceso educativo.

El modo de aprendizaje en el adulto, aprende lo que vive y experimenta lo que pone en práctica y se apoya en su propia experiencia lo que podría discutir en un programa con personas de su edad orientado por un profesional con estudios pedagógicos y manejo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

PG: ¿Qué efectos produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015?

1.2.2 Problemas específicos

PE1: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar los conocimientos frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015?

PE2: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar el autocuidado frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015?

PE3: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar el cambio de conducta frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

OG: Determinar los efectos que produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.

1.3.2 Objetivos específicos.

OE1: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como estrategia para reforzar los conocimientos frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015.

OE2: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como estrategia para reforzar el autocuidado frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria UNHEVAL Huánuco 2015.

OE3: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como estrategia para reforzar la conducta frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015.

1.4 Importancia y alcances de la investigación.

Resulta especialmente significativo conocer la manera en que cada individuo consume los alimentos, esto vendrá a ser la clave de una vida saludable cuando las personas adquieren la edad de los 50 años y ello dependerá de la prolongación de la edad de cada individuo y el presente trabajo se justifica a través de:

A nivel teórico

El presente estudio se realiza debido al incremento de enfermedades degenerativas relacionado a los malos estilos de hábitos alimenticios, la novedad científica constituye un elemento indispensable para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones incidiendo directamente en la modificación de los estilos de vida inadecuados en los adultos y adultos mayores, potenciando tres vertientes de trabajo la educación e instrucción, motivación y participación en las sesiones de aprendizaje.

A nivel práctico

Frente a la persistencia y el aumento de la presencia de personas mayores de 50 años con malos estilos de hábitos alimenticios con alto riesgo a enfermar, es conveniente aplicar una estrategia educativa tipo talleres y determinar cuál es el impacto como estrategia motivadora para el cambio de estos malos hábitos alimenticios, de este modo se tiende a mejorar la calidad de vida mediante una atención preventiva educando al mismo que contribuirá a disminuir el alto riesgo a enfermar de manera crónica degenerativa que

ocasionará en algún momento altos costos al sistema sanitario y problemas con síndromes estresantes y enfermizos al entorno familiar.

Divulgar el producto de esta experiencia a los profesionales de salud como un componente educativo parte fundamental para la prevención de toda enfermedad crónica.

A nivel metodológico

El resultado de la investigación será considerado como un método educativo con un modelo de aprendizaje en el adulto, donde aprende lo que vive y experimenta lo que pone en práctica y se apoya en su propia experiencia lo que podría manejar dentro de la teoría de cambio de comportamiento, considerando que los cambios son lentos y graduales y dependen de un conjunto de factores.

1.5 Limitaciones de la investigación.

Debo reconocer que como en toda investigación no es perfecta, su desarrollo no ha sido fácil presentándose las siguientes limitaciones:

Limitaciones de tipo informativo.

Asimismo, el retraso en la entrega de la validación de los instrumentos de investigación utilizados para la recopilación de datos por algunos expertos solicitados.

Limitaciones de tipo económico.

Los gastos de bienes y servicios han sido cubiertos con recursos propios, las que en cierto momento obstaculizó la culminación del trabajo de investigación de acuerdo al cronograma establecido.

Limitaciones de tiempo.

El cierto rechazo de autoridades, docentes y estudiantes a ser encuestados o preguntados de su labor, esto retrasó el incumplimiento del cronograma de investigación.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Los estudios hallados en el ámbito internacional, nacional y regional. No obstante, podemos señalar como antecedentes a los siguientes trabajos que consideramos relevantes para el presente trabajo de investigación que posteriormente se contrastó con los resultados obtenidos en la investigación:

2.1.1 Antecedentes internacionales

Jara & Manrique (2008) en su tesis de maestría evalúa el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos. Metodología: Estudio piloto de diseño cuasi experimental con pre prueba y post prueba, desarrollado en Tunja y Soracá, entre octubre y diciembre de 2008; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos; divididos en cuatro grupos de Solomón. Se usó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA), antes y después de la intervención, que consistió de seis sesiones educativas con el apoyo didáctico de videos y folletos diseñados por los investigadores. En SPSS y EPIDAT se estableció el efecto con ANOVA. Resultados: Después de la intervención educativa, al mes aumentó la agencia de autocuidado en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal. La ganancia en ASA fue significativa entre 20,9 y 31,8 puntos ($p=0,00$) usando basal en grupos dependientes; y 16,9 a 24 puntos sin medida basal en grupos independientes experimentales. Conclusiones: El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positivo en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su

enfermedad crónica. El instrumento per se no logró cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto aportó valiosos ajustes a la investigación principal.

Bareedo (2007), Se realizó una investigación descriptiva y longitudinal en adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico 40 del Policlínico "Epifanio Rojas Gil" del Municipio San Luís, Con el objetivo de aplicar un programa de intervención educativa a los ancianos, para modificar conocimientos y estilos de vida. El universo estuvo constituido por 129 adultos mayores y la muestra por 109 que cumplieron los requisitos de inclusión. La información se obtuvo a partir de una encuesta y el instrumento para evaluar el funcionamiento familiar. Los resultados obtenidos fueron llevados a tablas estadísticas para realizar un análisis, a los cuales se les aplicó Técnicas de Estadística Descriptiva (números absolutos, porcentos) y prueba de hipótesis de comparación de proporción para el nivel de significación 0,05, para demostrar que se reducen las actividades perjudiciales relacionadas con el ritmo de vida después de la intervención educativa. Se incrementaron los conocimientos relacionados con los hábitos perjudiciales para la salud con la estrategia intervencionista. Disminuyeron los estilos de vida dañinos al incrementar los conocimientos sobre temas de salud con la capacitación. Se logró disminuir la ingestión de alimentos dañinos e incrementar la de los alimentos saludables con la intervención educativa y el funcionamiento familiar moderadamente funcional resultó ser la mayor percepción en los ancianos. La Intervención Educativa se consideró muy satisfactoria por los resultados estadísticos obtenidos para lograr una Longevidad Satisfactoria.

En E.E.U.U - El CAEL, es una de las instituciones con más reconocimiento en este país por su acercamiento al estudio e investigación sobre la mejora del aprendizaje de los estudiantes adultos. Dentro de sus numerosas publicaciones, *Serving adult learners in high education. Principles of effectiveness* (Flint, 2000) enuncia las necesidades del estudiante adulto, las cuales están alineadas con las que se han expuesto anteriormente en este

trabajo, y a las cuales se podría añadir la conveniencia de flexibilizar el currículo, el reconocimiento de su experiencia previa, una extensa información sobre todas las posibles opciones formativas previas al comienzo de sus estudios. A partir de las demandas que han identificado en el estudiante adulto, plantean unos focos de interés y elaboran, en función de ellos, unos principios entendidos como los fundamentales que definen la orientación que un centro educativo, incluidas las universidades, debiera tener para dar una respuesta de calidad al estudiante adulto. Esta investigación, en alianza con APGC (American Productivity & Quality Center) se llevó a cabo a partir de un focus group, constituido por estudiantes adultos, educadores, empleadores, personas de la política e interesados en el aprendizaje de adultos, para generar una serie de principios que debieran darse en toda institución orientada a buscar la eficiencia en el aprendizaje del estudiante adulto. Una vez definidos los principios, fueron testados en seis centros de educación superior. Estos principios, que constituyen el eje vertebrador, fueron los siguientes: Alcance en cuanto a los tiempos, lugar y tradición para fomentar el aprendizaje Vida-Plan de carrera como análisis de la trayectoria y capacidades que posee el estudiante adulto, antes de que éste se matricule Financiación económica como flexibilidad en los sistemas de pago Evaluación previa de resultados de aprendizaje: si la institución valora las competencias y habilidades que posee el estudiante adulto, con su consiguiente proceso de reconocimiento riguroso de créditos Proceso de enseñanza-aprendizaje: si el profesorado utiliza metodologías activas de enseñanza para fomentar sus competencias Sistemas de apoyo a los estudiantes capaces de proporcionarle apoyo Tecnología para ofrecerles las mejores posibilidades de aprendizaje Alianzas estratégicas existentes con los empleadores para ofrecer y desarrollar las mejores oportunidades de desarrollo al estudiante adulto Estos principios se constituyen globalmente como una herramienta denominada ALFI Assessment Toolkit que ayuda a valorar el estado y la implicación de los centros con el aprendizaje del estudiante adulto. A

partir de su creación y aplicación a diferentes universidades, se han desarrollado diversos estudios de gran interés.

En Canadá (2007). Estrategias de aprendizaje, habilidades y experiencia previa de los adultos: Los profesores necesitan tener la formación pedagógica suficiente para atender las diferencias de aprendizaje de sus estudiantes. Las labores de tutoría (cara a cara o en pequeños grupos) son importantes en el primer curso, ya que incrementa la probabilidad de que estos estudiantes reciban el apoyo que demandan, posibilita el intercambio de información y facilita el compromiso de acompañamiento y seguimiento de estos alumnos por parte de los centros. Proporcionar una formación multimodal en la que las actividades de aprendizaje se lleven a cabo a través de sesiones presenciales y aprendizaje virtual con el fin de garantizar mejores resultados entre los estudiantes adultos. Ajustar los espacios para que sean cómodos y ergonómicos adecuados a personas de más edad y a sesiones de aprendizaje más intensivas (por ejemplo, proporcionando grandes pantallas de televisión, asientos, señalización, etc). Sistemas de retención y apoyo al estudiante adulto: Desarrollar habilidades profesionales en los estudiantes adultos, establecer fuertes vínculos con los empresarios regionales, ajustar expectativas de logro y ofrecer orientación profesional. Crear cursos de preparación o talleres para reducir los gaps derivados del intervalo de tiempo transcurrido desde los últimos estudios a la entrada en la educación superior, ofrecer mayores oportunidades de estudio a tiempo parcial, reconocer créditos por experiencia profesional o a través de la educación no formal y proporcionar financiación o becas específicas para estos estudiantes. Proporcionar un folleto en el que se detallen los. El informe con los resultados de la investigación más reciente está publicado en su página web (<http://www.yorku.ca/acmaps/research.html>)

Cuba, 2000, El mejoramiento constante de la calidad de vida de cualquier región o País se encuentra relacionado con el sistema educativo y de manera especial con el capital

o potencial humano involucrado destacan el poder que deben ejercer la educación en la transformación del hombre y su entorno, por lo que el mejoramiento continuo del mismo requiere orientación y cultivo de todos los aspectos que conciernen al individuo: el desarrollo físico, social, vocacional, intelectual, moral, ético y creativo.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Maútua (004). El programa escolar multidisciplinario "Promoción de Estilos de Vida Saludables" fue diseñado como una herramienta para la prevención del sobrepeso y la obesidad y logró al término de 16 semanas efectivas, influenciar positivamente en los índices de masa corporal (IMC) de los alumnos del Colegio Robert M Smith. Para la primera fase no sólo se consiguió la adopción exitosa del programa en el colegio, sino fuimos testigos de su evolución y crecimiento hacia lo que fueron los módulos educativos en Nutrición y Balance Energético que se imparten como un curso teórico regular para todo el colegio. Los logros de la segunda fase incluyen el establecimiento partir del año 2004, de la Evaluación Nutricional Anual para el Colegio Robert M. Smith y seguimiento de la prevalencia de obesidad en su población. Del planteamiento inicial, el programa logró repercutir positivamente en la comunidad Barrick Misquichilca, contribuyendo en alguna medida, con el establecimiento de la política sobre obesidad para los trabajadores mineros. El análisis de las cifras antes y después de la instauración del programa resulta alentador. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los 121 alumnos intervenidos cambia de 16,5% (n = 20) para sobrepeso y 11,6 % (n = 14) para obesidad en el 2004, a 15,7% (n = 19) para sobrepeso y 5,8 % (n = 7) para obesidad respectivamente. Con respecto al IMC, el percentil promedio para la población de 121 alumnos, cambia de 64,8 (DS = 23) en el año 2004 a 58,5 (DS = 26) en el 2005, con una diferencia altamente significativa.

Los estudios que evalúan los programas educativos diseñados para prevenir la obesidad, son considerados vitales porque sirven de sólido sustento cuando se establecen

las políticas de salud en la lucha contra esta epidemia¹⁹⁻²¹. Nuestro estudio resultó exitoso pues se debe considerar que el más grande metanálisis publicado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, considera que los ensayos clínicos sobre los programas educativos en la prevención de obesidad aún son escasos y su efectividad no ha sido bien establecida.

Bareedo (2010). Realizó el estudio del IMC es considerado por el CDC de Atlanta como una herramienta útil para medir sobrepeso y obesidad, correlacionado el peso y la talla con la grasa corporal. Recomienda, además, su empleo en las evaluaciones anuales por ser un cálculo sencillo y de bajo costo. A diferencia de nuestro estudio, son pocos los trabajos que reportan cambios en la antropometría de los participantes²³. Las razones que se argumentan piden considerar que las intervenciones influyen en primer lugar, cambios en el C.A.P (conocimientos actitudes y practicas) de los estudiantes. Luego de este primer paso, es que se podrían esperar cambios objetivos en la antropometría.

Los dos grandes ensayos clínicos americanos, llamados "Eat well and Keep Moving" y el "Planet Health" llevados por Gortmaker^{25,26} usan modelos validados de sólida base teórica, que permiten atribuir los resultados obtenidos a la intervención aplicada. Nuestro estudio no usa un instrumento validado de intervención; Por el contrario, es una propuesta de un modelo de intervención sencillo y novedoso. Compartimos con estos estudios, el uso de actividades de bajo costo realizadas como parte del programa: clases teóricas de balance energético, talleres, clases de educación física, talleres de loncheras escolares y no dejar de lado al proveedor de la cafetería. En estos mismos artículos se mencionan también, que la idea de adaptar la intervención a la realidad del colegio y lograr su adopción, es crucial. Objetivo logrado por nuestro trabajo. El tiempo efectivo que se empleó para realizar el grupo de cinco actividades en el colegio fue relativamente corto, pero no deja de estar en el rango de tiempo empleado por otros estudios. Nuestro estudio evalúa los efectos a corto

plazo que se pueden ver en el IMC, pero compartimos el hecho que no saber si los efectos son sostenibles en el tiempo.

Maúrtua (2004). Se debe considerar también los factores que contribuyeron al éxito del programa: La distribución espacial del campamento que permite cercanía entre la comunidad, el colegio y el personal de salud. La infraestructura y tecnología multimedia con la que cuenta el colegio Robert M. Smith, que cumple y supera los estándares de calidad nacionales. Su equipo de profesores altamente competentes y comprometidos¹⁷. La contraparte: personal de salud que domina los conceptos de promoción en estilos de vida saludables y estrategias de prevención²⁸. Ambos logrando trabajar como un equipo tras el mismo objetivo: la salud de la comunidad Barrick. No estuvimos libres de las dificultades de inversión de tiempo, programación de costos, coordinación de horarios y empleo de personal que se enfrentan en realidades como la nuestra. Pero, el problema de la obesidad es real incluso para los países en vías de desarrollo como el Perú: El reporte preliminar avalado por el Instituto de Investigación Nutricional de Lima, revela cifras de sobrepeso y obesidad de 29% y 39% para una muestra de 30 000 evaluaciones a nivel nacional en el grupo de edades de 5 y 19 años.

Con las lecciones aprendidas de nuestro estudio tendremos en cuenta para el futuro que la constante interacción entre el personal de salud y los proveedores finales de la intervención (profesores), se debe mantener en el tiempo en forma de una capacitación constante. Además, de elaborar indicadores sensibles y específicos que puedan evaluar la eficacia y efectividad de los programas que se planeen llevar a cabo.

En conclusión, los resultados de nuestro estudio muestran que el grupo de estrategias planteadas por este programa, pueden contribuir al tratamiento y prevención de la actual pandemia de obesidad/sobrepeso infantil.

Lima 2009, Con el objetivo de proponer una estrategia educativa instructiva para modificar estilos de vida del adulto mayor pertenecientes al círculo Los Guerrilleros, en la comunidad 8 de abril, en función del desarrollo Educativo comprendido en el período Noviembre de 2009 a Marzo de 2011. Para el trabajo de investigación utilizaron la encuesta, entrevista y observación, que nos permitió corroborar científicamente el problema y establecer un diagnóstico y la caracterización del adulto mayor con una Población de 43 abuelos. La muestra se conformó con un total de 25 abuelos. Los resultados de los instrumentos aplicados sustentaron la estrategia, las temáticas fundamentales en el trabajo están dadas en cómo mejorar sus estilos de vida, así como la orientación hacia un mejor consumo de medicamentos, como ejercer una vida sexual acorde a su edad teniendo en cuenta sus limitantes y posibilidades para la actividad, también abordamos el tema de cómo mejorar su alimentación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Talleres educativos

Técnicas educativas que se emplean en salud que promociona información didáctica sobre el tema objetivo junto con una capacitación en el uso de instrumentos para el autocuidado y prevención de las enfermedades. Para el logro de estas competencias los talleres contienen los siguientes pasos:

- Animación para estimular los sentidos y facilitar el aprendizaje
- Motivación como primer contacto con el tema para despertar el interés
- Apropiación en el que se da información para que el grupo lo analice y lo haga suyo.
- Transferencia como momento de ejercitar habilidades y aplicarlas a situaciones concretas.
- Evaluación, como un momento de síntesis y evaluación de lo aprendido.

Taller de salud

Actividad colectiva de Promoción de la Salud, que aborda temas de salud específicos y adiestra al usuario a través del entrenamiento, educación, información y capacitación donde interactúan el facilitador y los participantes para construir aprendizajes que fortalezcan sus habilidades y competencias para el auto cuidado de su salud y prevención de enfermedades. Puede ser intra o extra muro.

Estrategia didáctica

Una estrategia es, en un sentido estricto, un procedimiento organizado, formalizado y orientado a la obtención de una meta claramente establecida. Su aplicación en la práctica diaria requiere del perfeccionamiento de procedimientos y de técnicas cuya elección detallada y diseño son responsabilidad del docente.

La estrategia es, por lo tanto, un sistema de planificación aplicable a un conjunto articulado de acciones para llegar a una meta. De manera que no se puede hablar de que se usan estrategias cuando no hay una meta hacia donde se orienten las acciones. La estrategia debe estar fundamentada en un método, pero a diferencia de éste, la estrategia es flexible y puede tomar forma con base en las metas a donde se quiere llegar. En su aplicación, la estrategia puede hacer uso de una serie de técnicas para conseguir los objetivos que persigue.

La motivación

Forma junto con la emoción la parte no cognitiva (orática, irracional, cálida) de la mente humana. Etimológicamente la palabra motivación procede del latín moveo, movere, movi, motum (lo que mueve o tiene la virtud para mover) y está interesada en conocer el porqué de la conducta. Es la necesidad o el deseo que dirige y energiza la conducta hacia una meta (Myers, 2005). En esta definición está implícita la consideración en tal proceso psicológico básico de dos componentes principales: los direccionales (que dan cuenta de la

elección) y los energizadores (que dan cuenta de la iniciación, la persistencia y el vigor) de la conducta dirigida a meta (véase figura 1). Si de dos consumidores A y B, pudiendo elegir entre varias alternativas de un producto, A opta por el que menos embalaje tiene, decimos que está motivado por el consumo responsable. Si dos personas A y B, tras asistir a una conferencia sobre el cambio climático deciden reciclar, pero A comienza a hacerlo al día siguiente, mientras Revista Electrónica de Motivación y Emoción Monográfico de la Motivación del consumidor: Aspectos teóricos 21 que B se pone manos a la obra a las dos semanas (iniciación); A persiste en la actividad hasta el día de hoy mientras que B abandona a los pocos meses (persistencia); y A recicla papel, vidrio y plástico mientras que B tan sólo recicla papel (vigor).

Técnica de enseñanza

Finalmente, con relación al concepto de técnica, ésta es considerada como un procedimiento didáctico que se presta a ayudar a realizar una parte del aprendizaje que se persigue con la estrategia. Mientras que la estrategia abarca aspectos más generales del curso o de un proceso de formación completo, la técnica se enfoca a la orientación del aprendizaje en áreas delimitadas del curso. Dicho de otra manera, la técnica didáctica es el recurso particular de que se vale el docente para llevar a efecto los propósitos planeados desde la estrategia.

Las técnicas son, en general, procedimientos que buscan obtener eficazmente, a través de una secuencia determinada de pasos o comportamientos, uno o varios productos precisos. Las técnicas determinan de manera ordenada la forma de llevar a cabo un proceso, sus pasos definen claramente cómo ha de ser guiado el curso de las acciones para conseguir los objetivos propuestos. Aplicando ese enfoque al ámbito educativo, diremos que una técnica didáctica es el procedimiento lógico y con fundamento psicológico destinado a orientar el aprendizaje del alumno.

Como ya se ha mencionado, a diferencia de la estrategia lo puntual de la técnica es que ésta incide en un sector específico o en una fase del curso o tema que se imparte, como la presentación al inicio del curso, el análisis de contenidos, la síntesis o la crítica del mismo.

Dentro del proceso de una técnica, puede haber diferentes actividades necesarias para la consecución de los resultados pretendidos por la técnica. Estas actividades son aún más parciales y específicas que la técnica y pueden variar según el tipo de técnica o el tipo de grupo con el que se trabaja. Las actividades pueden ser aisladas y estar definidas por las necesidades de aprendizaje del grupo.

Sesiones de aprendizaje

Las unidades y sesiones de aprendizaje son secuencias pedagógicas a modo de ejemplos para potenciar el trabajo docente. Son consideradas herramientas curriculares, dado que en las unidades se expresan los aprendizajes esperados y el total de secuencias sugeridas para lograrlos durante el año escolar, así como los momentos sugeridos para el desarrollo de cada sesión.

Sirven para orientar la labor pedagógica, Incluyen una cartilla para orientar la planificación anual de los y las docentes e recomendaciones de cómo usar las unidades y sesiones de acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas en los y las estudiantes.

Grupo.

Según Montoya (1999) toda relación en grupo enriquece, por que crecer, madurar, aprender, se da básicamente a través de la relación, Sea la pareja, la familia, los amigos o el ambiente de trabajo, son estas relaciones las que nos enseñan quienes somos, nos devuelven una imagen de cómo actuamos y que provocamos en los demás.

Pirámide alimenticio.

Como hemos ido viendo en el punto anterior y como dice el refranero popular, “por la boca entra la salud y la enfermedad”. Con el fin de que los alumnos de Educación Infantil consigan adquirir hábitos alimentarios saludables que les proporcionen un nivel de salud adecuado, se hará un estudio en detalle de la proporción en la que se debe ingerir cada tipo de alimento mediante la pirámide de la alimentación sana.

Existen diferentes representaciones gráficas de las guías alimentarias a seguir, como indica Oliveira et ál. (2012): rombo de la alimentación, pirámide de la alimentación saludable, rueda de los alimentos. Este apartado se basará en la pirámide de la alimentación saludable por resultar más visual y, concretamente, se verá la que propone la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), por estar adaptada a la alimentación infantil.

El origen de la pirámide de la alimentación se halla en Estados Unidos. En 1992, el Ministerio de Agricultura de dicho país propuso un estilo de alimentación más saludable dando a conocer la proporción adecuada de los alimentos de manera gráfica.

Posteriormente, se han hecho muchas modificaciones y ampliaciones de la misma, así como adaptaciones a ciertos sectores o personas con algún tipo de enfermedad o necesidades alimentarias especiales.

De manera general, la pirámide informa de los alimentos que deben estar más presentes en la dieta (los de la base) y aquellos que deben estar de manera ocasional (los de la cúspide), incluyendo por orden el resto de alimentos (Figura 1).

La pirámide de los alimentos realizada por la SENC en 2007 refleja las raciones diarias recomendadas para cada grupo de alimentos. Así, del grupo de los cereales y las patatas (en la base) se aconseja un consumo de entre cuatro y seis raciones diarias. De verduras se recomiendan dos o más raciones diarias y de frutas tres o más. También queda

reflejado que entre frutas y verduras se debería alcanzar un mínimo de cinco raciones diarias. Cinco al día es el nombre de una Asociación para la Promoción del Consumo de Frutas y Hortalizas que nació en 1.989 en EEUU y que entró en España en 2.000, según Moñino et ál. (2009). Precisamente, “cinco al día” fue el eslogan que utilizaron en una campaña publicitaria a partir de la cual se consiguió concienciar de ello a mucha gente. Del grupo de los lácteos se recomienda tomar entre dos y cuatro raciones diarias. Aunque en la pirámide inicial no se consideró el aceite de oliva, en España es imposible no hacerle un hueco en la alimentación saludable. Por ello, se aconsejan entre tres y cinco pequeñas raciones diarias. Dentro del consumo diario, la última recomendación es para el grupo compuesto por las carnes magras, pescados, legumbres y frutos secos. De ellos se recomienda incluir en la dieta dos raciones.

Como ya se había comentado anteriormente, la cúspide de la pirámide refleja aquellos alimentos de inclusión ocasional. En esta pirámide se encuentran dos subapartados: por una parte, el grupo de las carnes grasas y embutidos y, por encima de este, las grasas, los dulces y la bollería.

Conociendo ya el esqueleto de cualquier dieta saludable, se plantea el estudio de la dieta mediterránea, esa de la cual España ha sido bandera en el mundo.



Figura 1. Pirámide de los alimentos. SENC (2007)

2.2.2 Hábitos alimenticios

Ahora bien, los hábitos son actividades que se llevan a cabo repetitivamente y casi que sin gasto o esfuerzo alguno por parte del cerebro. Estas acciones no son innatas, estas acciones son aprendidas.

La investigadora Philippa Lally y sus colegas del University College (Reino Unido) estudiaron cómo se forman los hábitos en la vida cotidiana. A través de un estudio con 96 voluntarios publicado en la revista *European Journal of Social Psychology*, a través de este estudio comprobaron que, repitiendo constantemente una acción, el automatismo aumenta. Además, desmintieron la idea de que saltarse por un día un hábito que se está intentando adquirir, interrumpe el proceso de fijación y el tiempo que se empleó queda desperdiciado. La investigadora y su equipo por su parte, afirman que este tiempo no ha sido

desperdiciado y que tampoco es necesario volver a empezar, pero si es obligatorio continuar con el proceso para poder fijar el hábito.

El artículo de “psicobiología de los hábitos” expuesto en la revista española “investigación y ciencia” de los autores Ann M. Graybiel (MIT) y Kyle S. Smith (Universidad de Dartmouth) explica detalladamente el proceso neuronal que lleva a cabo el cerebro para fijar los hábitos. “A medida que una acción se repite y se convierte en un hábito se modifican ciertos circuitos cerebrales, como han probado Bernard Balleine (Universidad de Sydney) y Simon Killcross (Universidad de Nueva Gales del Sur). Los circuitos conectan el neo córtex con el estriado, el centro de los ganglios basales (centro de nuestro cerebro). Cuando las conductas se “empaquetan”, las células del estriado se limitan a comprobar el principio y el final de la rutina.

Ahora, de manera inevitable surge la pregunta ¿Cómo sustituir un hábito perjudicial por uno saludable? En este caso los autores afirman que se debe actuar sobre corteza infra límbica, para que el hábito desaparezca. Sin embargo, cuando se deja de actuar, el viejo hábito, arraigado, vuelve. “El neo córtex determina si las circunstancias son las adecuadas. Por ello, la clave está en darse cuenta si el hábito es beneficioso o no (el diálogo puede servir para que abramos los ojos) y sustituir un mal hábito mejor a base de esfuerzo continuado. Por ello, científicamente hablando, un proceso de coaching debe durar seis meses. Porque no se cambian hábitos arraigados de la noche a la mañana.

Los hábitos toman diferentes tiempos en las personas para fijarse, oscilando entre los 18 y los 254 días, pero la mayoría se sitúan en un máximo de 84 días de repetición

Según Hernaez (2010), los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos. Los factores que los condicionan son de tipo económico,

religioso, psicológico y pragmático. Las tradiciones y los mitos son determinantes de estos hábitos, e intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos.

Así mismo, Sánchez y De la Cruz (2011) citan que los hábitos alimentarios son influenciados por diversos factores que determinan la cantidad y calidad de los alimentos que se compran, se preparan y se consumen. Del mismo modo, estudios realizados en América Latina reportaron que un ingreso económico bajo de manera permanente, tiene un efecto adverso sobre la salud, ya que se ve relacionado con el nivel de educación y con la toma de mejores decisiones.

De igual manera, Alba y Mantilla (2014) señalaron que la forma de selección, preparación y consumo de diversos alimentos; definen los “hábitos alimentarios”. Lo cuales son complejos, en los que intervienen factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte; así mismo, influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo.

También, Silvestri (2011) refirió que los hábitos alimentarios influyen de gran manera en el estado nutricional y en la salud de los adultos mayores. Según señaló la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre los diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, está relacionada con la alimentación y el ejercicio físico.

Consideramos de esta manera que los hábitos alimentarios con enfoque de mantener un estado de salud adecuado y prevenir enfermedades, deben ser difundidos principalmente por el equipo de salud que tenga contacto directo con los adultos mayores.

Alimentación y nutrición

Alimentación: Según Genua Goena (2001) la alimentación es la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano las sustancias que son indispensables; es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano

se proporciona sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cociéndolas y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente. El hecho de que este acto sea voluntario y consciente quiere decir que es influenciable por la cultura, situación económica, social, estado físico, mental, etcétera.

Los alimentos son digeridos en el aparato digestivo transformándose en sustancias nutritivas que son absorbidas (Genua Goena, 2001).

Nutrición: es el conjunto de procesos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Estas sustancias químicas constituyen los materiales necesarios y esenciales para el mantenimiento de la vida. Se trata de una actividad inconsciente e involuntaria (Genua Goena, 2001).

Escudero (1933, citado por López y Suarez, 2002) define a la nutrición como el resultado de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tienen como finalidad mantener la composición e integridad normal de la materia y conservar la vida.

Situación de la alimentación y nutrición en el Perú

La desnutrición en la niñez, aun en sus formas moderadas, puede incrementar la probabilidad de morir por un número variado de enfermedades y puede estar asociada con cerca de la mitad de toda la mortalidad infantil. Igualmente, se tienen evidencias suficientes de que la desnutrición fetal y en las etapas tempranas de la vida del niño, conlleva a daños permanentes en el crecimiento del cerebro, que son irrecuperables aun después de una realimentación prolongada. Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones.

En cuanto a la obesidad que es el exceso de grasa o tejido adiposo corporal, generalmente acompañada de exceso de peso, y que se genera cuando el ingreso energético es superior al gasto energético, se asocia con diversas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, afecciones de la vesícula biliar, entre otras. Es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales y que afecta a las personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos y de países desarrollados y en vías de desarrollo.

La DGPS define la Promoción de la Salud, como el proceso de construcción colectiva de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Ello tiene que ver con el fomento de cambios de comportamiento y el desarrollo de políticas públicas de promoción de la salud (trabajo, vivienda, educación, recreación, protección del medio ambiente, etc.), con el fin de actuar sobre los distintos escenarios en que las personas viven.

La promoción de la salud abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. El desafío de la promoción de la salud en nuestro país, radica en transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de

manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno; sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognoscitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden conducir las a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

Igualmente, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales.

En nuestro país, si bien es cierto que la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000). En la tabla N° 1, se indica la evolución de algunos indicadores nutricionales.

Tabla 1*Perú: Evolución de algunos Indicadores Nutricionales*

Problema	1975	1984	1992	1993	1996	1997	2000
	%	%	%	%	%	%	%
Malnut. Global < 2Z (P/E) < 5a	16.1	13.4	10.8		7.8		7.1
Malnut. aguda < 2Z (P/T) < 5a	2.2	0.4	1.4		1.1		0.9
Malnutrición crónica < 2Z (T/E)	39.7	37.8	34.0		25.8		25.4
Retardo del crecimiento en escolares.				48.0			29.8
Bajo peso al nacer					5.0		6.0
Anemia en mujeres.	68				36.0		32.0
Anemia en niños < 5 años.	38				56.8		49.6
Deficiencia de Vit. A en niños < 5 años (retinol sérico < 20ug/dl)					55.35	13.8	
Deficiencia de Vit. A en MEF (retinol sérico < 20ug/dl)					19.9	4.0	
Prevalencia de bocio en escolares.		48.0			11.0		
Mediana de excreción urinaria de yodo en escolares. Min. 10 ug/dl.		7.1			13.9		28.0
Obesidad en mujeres							13.0
Sobrepeso en mujeres							34.0

Fuentes: I.N.E.I. ENPPE 75, ENNSA 84

I.N.E.I: ENDES 96, ENDES 2000

I.N.S., CENAN. Perfil nutricional del país: Perú. 1998

MINED: I y II censo de talla en escolares 1993 y 2000.

Promoción de la alimentación y nutrición saludable.

La seguridad alimentaria definida como “el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso¹⁴, también es reconocida como

un derecho humano en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y cumplimiento.

La Promoción una Alimentación y Nutrición Saludable, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los tres componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos por parte de las familias; a través de estrategias de abogacía, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud, como se muestra en el figura N° 1.

Es decir que la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva. Una alimentación es saludable, si incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable, disfrutando con la familia o los amigos.

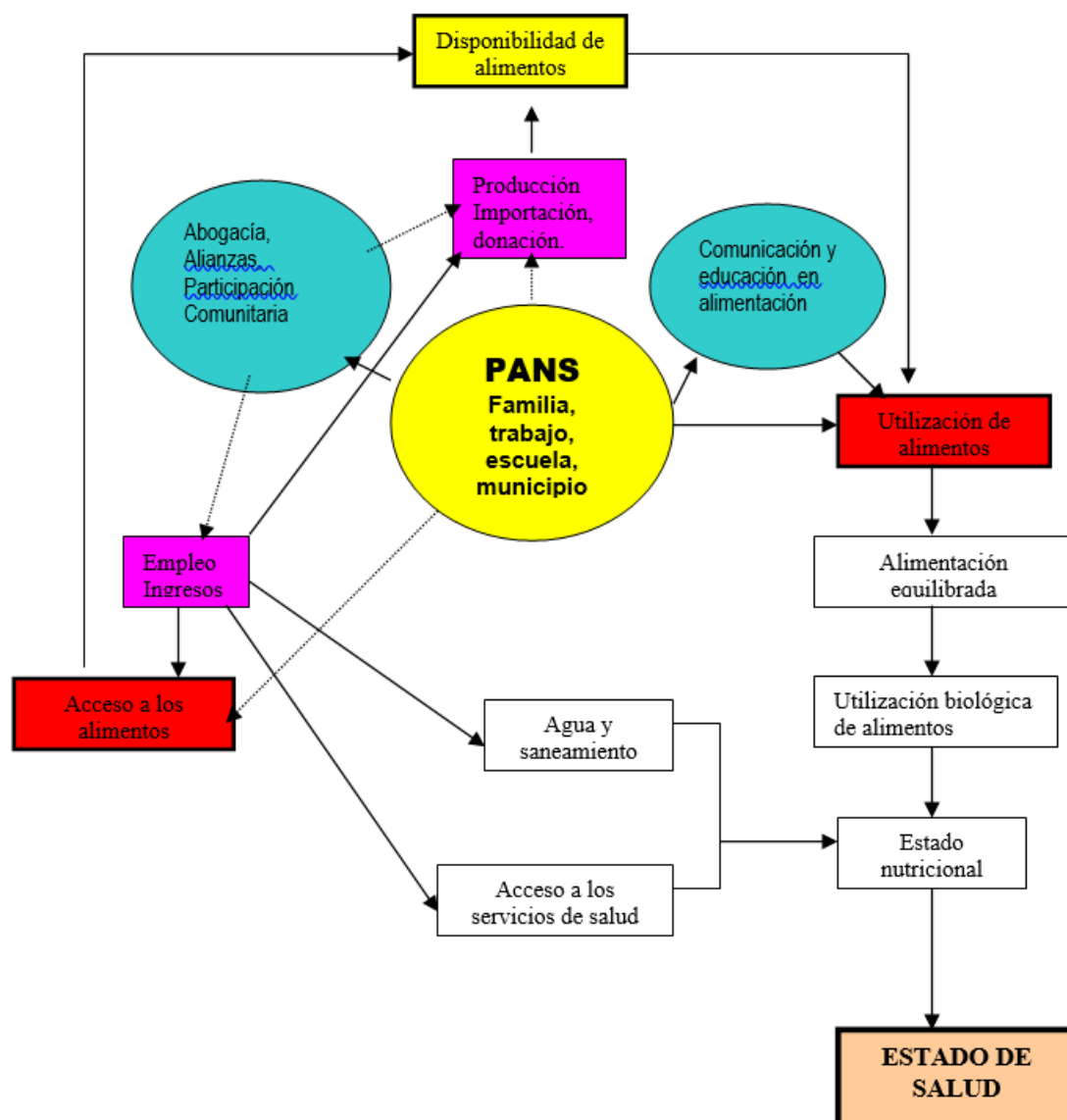


Figura 2. Modelo teórico para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable.

Es decir que la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la inseguridad alimentaria y también en el fomento de hábitos y comportamientos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

La seguridad alimentaria es un derecho humano reconocido en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y

cumplimiento. “El acceso a una comida variada y saludable es un derecho fundamental” (OMS: Conferencia anual de Nutrición de 1992). “El suministro de alimentos seguros y nutritivos es un prerrequisito para la protección y promoción de la salud” (FAO: Cumbre de Alimentación Mundial 1996). “El Estado Peruano se compromete a garantizar el ejercicio de los derechos humanos básicos, en especial el derecho a la alimentación, para que las peruanas y peruanos mejoren sus vidas, sean libres e influyan en las decisiones que los afectan” (Perú: Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-20015, Avances).

Una alimentación es saludable, si incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable, disfrutando con la familia o los amigos.

Orientaciones técnicas generales para la promoción de la alimentación y nutrición Saludable.

Para implementar las orientaciones técnicas en alimentación y nutrición será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud que tiene como reto: romper paradigmas vigentes, generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana. La Promoción de la Salud apuesta a largo plazo por la construcción de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludable y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

Esta visión de la salud requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad.

Estos Lineamientos son:

Lineamiento 1:

Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la Promoción de la Salud, mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual.

Lineamiento 2:

Mejorar las condiciones del medio ambiente, propiciando el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente de la comunidad.

Lineamiento 3:

Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, reconociendo y revalorando el rol de los agentes comunitarios y la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.

Lineamiento 4:

Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, implementando nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de la promoción de la salud en los ámbitos intra y extra mural.

Lineamiento 5:

Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local, desarrollando estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida.

Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable por etapas de vida.

Para desarrollar las acciones de alimentación y nutrición saludable por etapas de vida, es necesario considerar algunas definiciones técnicas, como:

Para desarrollar las acciones de alimentación y nutrición saludable por etapas de vida, es necesario considerar algunas definiciones técnicas, como:

Alimentación: Es el proceso de producción, almacenamiento, transformación, comercialización, selección y preparación por el que pasan los alimentos hasta antes de su consumo. También se le conoce como cadena alimentaria.

Alimento: Es toda sustancia o producto que, por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación, es susceptible de ser utilizado habitual e idóneamente en la nutrición humana. Los alimentos pueden ser de origen vegetal, animal y mineral.

Nutrición: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida

Macro nutrientes: Son alimentos que están constituidos por elementos químicos orgánicos complejos y que el organismo requiere en mayor cantidad para su nutrición. Estos son: los hidratos de carbono (formados por almidón, azúcares y fibra), las proteínas (formadas por cadenas de aminoácidos) y los lípidos (formados por ácidos grasos).

Micro nutrientes: Son alimentos constituidos por elementos químicos menos complejos y que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su nutrición. Estos son: las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (C y del Complejo B); y los minerales, que se dividen en macro elementos (Calcio, hierro, magnesio, yodo, fósforo, potasio) y los micro elementos (manganeso, cobre, zinc, cobalto y flúor).

Grupos de alimentos: Para fines del presente documento, dividiremos a los alimentos en tres grandes grupos básicos según su función:

Los energéticos, que son los que proporcionan energía al organismo para que pueda realizar normalmente todas sus funciones. Están conformados básicamente por:

- Los cereales, tubérculos y menestras
- Las grasas y azúcares.

Los constructores, que son los que permiten, la formación y renovación de los músculos, tejidos, huesos, dientes, cerebro, piel, cabellos, etc. Están conformados básicamente por:

- Las carnes, pescados, mariscos y huevos
- La leche y sus derivados

Los reguladores, que son los que proporcionan las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita para prevenir las enfermedades y ayudarlo a aprovechar mejor los otros alimentos. Están conformados básicamente por:

- Las frutas
- Las verduras y vegetales
- El agua y la sal yodada.

Alimentación equilibrada: Es aquella que contiene los tres grupos de alimentos: energéticos, constructores y reguladores, en la cantidad, variedad y combinación adecuadas, teniendo en cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.

Desnutrición y obesidad: Son dos consecuencias de una alimentación y nutrición no saludable. Para el diagnóstico del estado nutricional, los parámetros más usados son el peso y la talla correlacionados con la edad y el sexo. Para los niños y adolescentes (0 a 18 años), la relación talla/edad (desnutrición crónica), peso/talla (desnutrición aguda) y peso/edad (desnutrición global) se compara con tablas de población de referencia dadas

por la OMS y el NCHS. Las niñas y niños que están por debajo de dos desviaciones estándar (DE) con respecto a esta población se consideran desnutridos, los que están por encima de 2DE se consideran con sobrepeso y los por encima de 3DE obesos. Para los adultos se usa el “índice de Masa Corporal” (IMC), cuya forma de cálculo más usada es el “Índice de Quetelet”, que se expresa como el cociente del peso expresado en Kg. y la talla al cuadrado expresada en metros. Un IMC igual o menor de 18.5 expresa desnutrición, uno superior a 24.9 y hasta 29.9 sobrepeso y uno igual o superior a 30 indica obesidad.

Nutrición y adulto mayor

Para Soifer G. (2001) los adultos mayores son un grupo etario con mucha mayor diversidad en su composición que ningún otro; cada individuo tiene amplias variaciones en sus capacidades y niveles funcionales. Los gerontes están mucho más expuestos que los adultos jóvenes a tener estado nutricional marginal y a presentar deficiencias nutricionales francas ante situaciones de estrés o problemas de salud. Por este motivo se los considera un grupo de riesgo desde el punto de vista nutricional, destaca la autora.

Principales problemas de salud de los adultos mayores relacionados con la nutrición (OPS, 2006):

- Desnutrición proteinoenergética
- Disfunción inmunitaria
- Enfermedades cardiovasculares
- Síndromes de resistencia a la insulina
- Insuficiencia renal
- Artritis
- Osteopenia y fracturas
- Deterioro cognitivo
- Alteraciones del estado de ánimo y depresión

- Deterioro visual
- Enfermedades neoplásicas

Hábitos y riesgos alimenticios en personas mayores

Tremoliers definió la alimentación como un hecho que debe permitir el crecimiento y el desarrollo del niño; la salud, la actividad y la creatividad del adulto y la supervivencia y el confort en la vejez”. En este contexto –más actual que nunca– se describe hoy en día la alimentación saludable, que se elabora en base a las “ingestas recomendadas” a nivel individual y responde al amplio criterio de ser:

- Suficiente: en energía y nutrientes (según edad, sexo, actividad, situación fisiológica, etc.).
- Equilibrada: atendiendo las proporciones recomendadas (50-60% de la energía total (ET) procedente, de los hidratos de carbono; 30-35% de la ET de los lípidos y 12-15% de la ET de las proteínas.
- Variada: para asegurar el aporte tanto del macro como de los micronutrientes.
- Adaptada: a las condiciones geográficas, culturales, religiosas e individuales.

El mantenimiento de una masa corporal adecuada mediante el ejercicio, al aumentar el apetito, previene la disminución del consumo de calorías y el déficit en la ingesta de determinados micronutrientes (Vitamina D, Calcio, Magnesio, Zinc), que suele ocurrir en las personas sedentarias. Quizás la consecuencia más importante de la pérdida muscular desde el punto de vista nutricional es su repercusión en las necesidades energéticas del individuo, que se calcula van a ir disminuyendo del orden de 100 Kcal./década. Otros factores a tener en cuenta son los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo.

La alimentación de las personas mayores va más allá de la propia ingesta de alimentos, ha de ser un vehículo para nutrirles, mantenerles bien física y psíquicamente, y también para proporcionarles placer y distracción, a veces la única que puede detener.

Por ello, al mencionar las necesidades nutritivas y los alimentos que las pueden cubrir, valoramos una serie de factores tanto o más importantes que la propia alimentación:

- a) Los hábitos alimentarios adquiridos a lo largo de la vida, con el fin de no cambiarlos si no existe una patología que lo justifique.
- b) El estado emocional y la salud mental son elementos determinantes en esta etapa para asumir las recomendaciones dietéticas y de cualquier tipo que se sugieran.
- c) La capacidad de hacer vida social. Comer solo suele ser sinónimo de comer mal o hacer comidas desequilibradas.
- d) Grado de actividad. Luchar contra el sedentarismo mejora la evacuación, los niveles cálcicos y proteicos y estimula el apetito de los ancianos anoréxicos.
- e) Peso. Es necesario vigilar los cambios de peso involuntarios. El sobrepeso puede ser responsable de diversos problemas en las personas mayores. Evitar la obesidad que puede ocasionar problemas de movilidad entre otros; en el caso de que ya exista, se propone una pérdida de peso moderada para evitar la sarcopenia.

Con respecto a los riesgos alimentarios en personas mayores podemos comenzar exponiendo que es la más destacada es la desnutrición, está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo. La disminución de la incidencia de desnutrición en el anciano por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad

para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncer EPOC, absorción o utilización inadecuada)

El envejecimiento se produce por una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, así como cambios de situación y actitudes. Una buena nutrición para el adulto mayor implica dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.

Boca: Disminuyen el olfato y el gusto, existe menor potencia masticadora, hay atrofia de papilas gustativas, pérdida de piezas dentarias, boca seca con dificultad para la masticación, formación del bolo y deglución.

Esófago: Los ancianos presentan menor tono del esfínter esofágico superior. Además, retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea.

Estómago: A pesar de que no existe atrofia gástrica fisiológica y que la secreción gástrica es normal, puede haber alteración del medio ácido. También aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, no para sólidos.

Intestino delgado: Probable disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para Vitamina D. En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal.

Órganos Sensoriales: En estas edades se presenta deterioro de la visión y la audición. También hay atrofia de receptores olfatorios e interferencia de relaciones sociales durante la ingesta.

Función Respiratoria: Disminución de la capacidad respiratoria, con limitación de actividades con disminución del gasto calórico.

Función Renal: Disminución en la capacidad de concentración urinaria. Requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia.

Sistema Nervioso: Relación de déficit de vitaminas con manifestaciones neurológicas.

Cambios psicológicos

Los patrones de conducta y hábitos alimentarios, las situaciones que pueden alterar estas costumbres, variando los procesos normales de alimentación: enfermedad, viudez, hospitalización larga, hábitos alimentarios rígidos, desinterés, enfermedad del cónyuge o cuidador, alejamiento de la familia, pérdida del poder adquisitivo, incapacidad física, entre otros. Según la OMS los factores de riesgos a los que se enfrentan los mayores se clasifican de la siguiente manera:

- Factores de riesgo generales: la edad, el sexo, el nivel educativo y los genes.
- Factores de riesgo conductuales: el tabaquismo, la dieta inadecuada y el sedentarismo.
- Factores de riesgo intermedios: el hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica que además de repercusiones físicas tiene implicaciones psicológicas y sociales. Los estudios sobre envejecimiento demuestran que normalmente con el paso del tiempo se tiende a ganar peso (menor actividad física, menor consumo de energía, etcétera). La tasa de metabolismo basal se reduce 2% cada década. Cabe resaltar que en los individuos mayores son más frecuentes enfermedades en las que la obesidad es un síntoma (hipotiroidismo, depresión, uso de corticoides, demencia, inmovilidad y otros trastornos de conducta).

El tejido adiposo aumenta con la edad y redistribución, concentrándose fundamentalmente a nivel de abdomen y caderas. El exceso de grasa abdominal constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Existe una tendencia a perder grasa subcutánea y aumentar su disposición en áreas más profundas periviscerales.

La pérdida de peso prolongada al igual que las personas con ganancias de peso muy grandes tiene mayor mortalidad. La obesidad ha demostrado relación con la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, ictus, apnea del sueño, diabetes mellitus, colelitiasis, artrosis, inmovilidad y algunos cánceres.

El consejo de reducir la ingestión de sal puede ayudar a las personas que toman drogas antihipertensivas a detener sus medicamentos, mientras se mantenga controlada la presión sanguínea.

Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor.

Los problemas físicos, sociales y emocionales pueden interferir con el apetito, o pueden afectar la capacidad de comprar, preparar y consumir una dieta adecuada (Soifer G, 2001).

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debido no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores (Genua Goena, 2001).

Según Soifer G. (2001) estos factores incluyen si los ancianos viven solos o acompañados, cuantas comidas hacen por día, quien compra y prepara los alimentos, y los impedimentos físicos como la masticación y el uso de dentadura que impide una correcta alimentación. También influyen los ingresos económicos que permitan la adquisición de los alimentos adecuados y el consumo de alcohol y de medicamentos que interfieran con un adecuado estado nutricional, aclara la autora.

Tabla 2

Cambios ligados al envejecimiento que inciden sobre el estado nutricional de las personas de edad avanzada (Aranceta Bartrina J, 2008).

Cambios que suponen dificultades	
físicas	Factores fisiológicos
▪ Estado de la cavidad oral: problemas de masticación, salivación, deglución. ▪ Discapacidades y minusvalías: disminución de la autonomía. ▪ Deterioro sensorial: gustos, olfato, vista, oído. ▪ Hipofunción secretora digestiva: dificultad de la digestión. ▪ Dificultad en la absorción de nutrientes. ▪ Estreñimiento.	▪ Disminución del metabolismo basal. ▪ Trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida. ▪ Cambios en la composición corporal: adiposidad. ▪ Interacciones fármacos-nutrientes. ▪ Menor actividad física. ▪ Soledad, depresión, aislamiento: anorexia.
Factores psicosociales	Calidad de la dieta
▪ Pobreza, limitación de recursos. ▪ Malos hábitos alimentarios: monotonía. ▪ Baja densidad de nutrientes en la dieta. ▪ Discapacidad	Riesgo de una ingesta inadecuada para algunos nutrientes (calcio, Folatos, vitamina A, D, magnesio, cinc, cromo, etc.)

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno; sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de

ánimo, pueden conducirlos a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

Igualmente, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales.

Entre las acciones a desarrollar en esta etapa tenemos:

- Promover el consumo de frutas especialmente los cítricos, vegetales y cereales combinados con leche, queso y yogur.
- Promover el consumo de menestras dos veces por semana en poca cantidad, muy cocidas y siempre en combinación con cereales.
- Promover la importancia de la alimentación con poca grasa.
- Fomentar el consumo de agua segura de 6 a 8 tazas diarias.
- Promover el consumo de alimentos ricos en fibra como las frutas con cáscara o secas, para favorecer el tránsito intestinal y prevenir enfermedades digestivas y el cáncer.
- Promover un ambiente agradable a la hora de comer.
- Restringir el consumo de alcohol, tabaco, sal y azúcar.

Además, es recomendable

- Promover actividad física diaria de acuerdo a la edad y capacidad física.
- Evitar la depresión, el aburrimiento y el aislamiento social, que son frecuentes en esta edad y disminuyen el apetito.

Los escenarios prioritarios para implementar estas actividades serán la familia, y los municipios; y la estrategia de implementación es la educación y comunicación en salud.

Alteraciones en los tiempos de la nutrición.

Desde el enfoque nutricional, puede establecerse que el individuo tiene tres tiempos en su nutrición: la alimentación (1º tiempo), el metabolismo (2º tiempo), y la excreción (3º tiempo) que están íntimamente ligados entre sí (Soifer G, 2001).

a) Primer tiempo: la alimentación.

En este primer tiempo se pueden enfocar dos etapas claramente definidas, una extrínseca al organismo y relacionada con la producción, industrialización, comercialización de los alimentos y todos los hechos sociales e individuales involucrados en la adquisición y preparación de los mismos. La segunda, etapa intrínseca, es netamente orgánica pues considera la capacidad digestiva y absorbente del aparato digestivo (Soifer G, 2001). Habitualmente el proceso de envejecimiento va acompañado por una declinación en el funcionamiento de los órganos. Muchos de estos cambios en el “normal” funcionamiento podrían influir en las necesidades nutricionales del individuo y afectar además la digestión, absorción y utilización de los mismos (Soifer G, 2001).

- *Apetito.* Es muy variable en los ancianos y está condicionado por diversos factores: medio ambiente familiar, situación económica, lugares de residencia, afecciones crónicas, medicamentos que puede consumir, condiciones del aparato digestivo y estado mental (Pupi Roberto E, 2003).

Puede mantenerse inalterable aún en edades avanzadas, pero en general se va disminuyendo con el tiempo, y puede plegarse a estados de marcada anorexia, con rechazo por las comidas y aun negativismo, que obliga a recurrir al empleo de sondas nasogástricas como única vía de alimentación (Pupi Roberto, 2003).

- *Gusto.* Hay una disminución de la cantidad de botones y papilas en la lengua y también de las terminaciones nerviosas gustativas y olfativas. Se producen además cambios en los umbrales gustativo y olfatorio. Esto lleva a una falta de capacidad para detectar los gustos dulce y salado y por lo tanto influyen en la aceptabilidad de las comidas llevando a una pobre alimentación (Soifer G 2001). Pueden producirse exacerbaciones en la percepción de gustos salado o dulce, produciendo desagrado el consumo de ciertos alimentos que son percibidos como excesivamente dulces o salados (Soifer G, 2001).
- *Olfato.* Al igual que el gusto, el olfato es un sentido químico que es estimulado por sustancias volátiles presentes en los alimentos, los odorivectores. El sentido del olfato está localizado en las fosas nasales, en una región diferenciada de la mucosa que tapiza la cavidad nasal (Soifer G, 2001). En el epitelio del área olfatoria se encuentran los receptores olfatorios, que son neuronas bipolares cuyas prolongaciones dendríticas se introducen entre los espacios que limitan las células de sostén. De estas prolongaciones emergen un número variable de cilias olfatorias en contacto con una interfase acuosa de secreciones (mucus). El envejecimiento puede alterar estas neuronas disminuyendo o incrementando la percepción de los olores (Soifer G, 2001). La asociación del gusto y el olfato generan la sensación del sabor, una de las más poderosas sensaciones en la selección de los alimentos. El geronte puede tener distorsiones del sabor de los alimentos, disminuyendo la apetencia de alguno de ellos y perdiendo así el consumo de ciertos nutrientes. Por eso resulta importante saborizar ciertos alimentos fundamentales para el estado nutricional con olores aceptablemente percibidos por el anciano (Soifer G, 2001).
- *Boca.* La cavidad bucal del anciano muestra modificaciones en todos sus elementos, dientes, ligamento periodontal, mucosa bucal, glándulas salivales, lengua, maxilares y articulación témporo-maxilar (Pupi Roberto, 2003). Es bien sabido que la presencia de

piezas dentales en buen estado de conservación es indispensable para una buena masticación. Los defectos en estos elementos, tan habituales con el envejecimiento, conspiran contra ese fin y los ancianos eligen alimentos blandos que no requieren masticación, disminuyendo el consumo básicamente de carnes y también de fibra (Soifer G, 2001). Las proteínas de la carne pueden ser remplazadas por el aporte de huevo y derivados lácteos, pero el hierro no puede ser aportado por otros alimentos (Soifer G, 2001). La performance masticatoria de un individuo con prótesis dentaria es de aproximadamente un sexto respecto de una persona con sus dientes naturales. La reducción de la ingesta de alimentos que contienen fibra como los vegetales y las frutas a causa de una deficiencia masticatoria, puede llevar a alteraciones gastrointestinales en personas susceptibles (Soifer G, 2001). La xerostomía o sequedad de la boca es un estado común entre las personas mayores y puede aparecer por diversas causas. La más frecuente es la disminución de la secreción de saliva, por involución de las glándulas salivales mayores o menores, distribuidas en los labios, carrillos y velo palatino (Pupi Roberto, 2003). El pH de la saliva se hace ácido, lo que favorece el desarrollo de *Cándida albicans* y también decrece su poder enzimático y bacteriostático (Pupi Roberto, 2003). Ciertos fármacos, como los antidepresivos, los antihipertensivos y los broncodilatadores, disminuyen la cantidad normal de saliva y lo mismo ocurre en algunas enfermedades, como la diabetes, y en los tratamientos anticancerosos (Pupi Roberto, 2003).

- *Estómago.* La secreción ácida gástrica se modifica muy poco con el envejecimiento normal a menos que coexista alguna patología. En general, la gran mayoría de los gerontes sanos tienen una secreción gástrica normal y en una pequeña fracción de personas puede demostrarse hiposecreción ácida a causa de gastritis atrófica crónica. Por otra parte la edad avanzada está asociada con una disminución de la secreción de pepsina,

independientemente de la gastritis atrófica, de la infección por *Helicobacter pylori* y del hábito de fumar (Soifer G, 2001).

El envejecimiento se asociaría con cambios selectivos y específicos en los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica. Se ha demostrado una disminución en el contenido de prostaglandina de la mucosa con el avance de la edad, por disminución en la síntesis de este elemento protector contra la injuria. También se demostró que otros factores como el bicarbonato y el mucus que forman la primera capa de defensa contra la secreción ácido péptica están significativamente disminuidos en el anciano (Soifer G, 2001).

▪ *Intestino*. En el intestino delgado se observa, con la edad, cierta atrofia de las vellosidades de la mucosa y un retardo de la actividad motora, y que será la causa de un sobrecrecimiento bacteriano, principalmente a partir de lactobacilos y enterococos (Pupi Roberto, 2003).

Los hidratos de carbono suelen absorberse en forma más lenta; la absorción de las proteínas no se encuentra al parecer comprometida y en lo que se refiere a grasas se acepta que con la edad su absorción es menor y más lenta, aunque este fenómeno puede relacionarse más bien con la disminución de la secreción de la lipasa pancreática (Pupi Roberto, 2003).

La actividad de la lactasa decrece con la edad, lo que explica la intolerancia de muchos ancianos a la lactosa; la absorción de hierro es menor en personas ancianas y lo mismo sucede con el calcio (Pupi Roberto, 2003).

El envejecimiento fisiológico del intestino no parece perturbar la absorción de vitaminas, tanto las hidrosolubles como las liposolubles (Pupi Roberto, 2003).

En resumen, según Soifer G. (2001) los cambios producidos por el envejecimiento en la morfología del intestino delgado son insignificantes y sin ninguna trascendencia clínica.

- *Esófago.* Es sólo un órgano de pasaje del bolo alimenticio, pero de él depende que las ondas peristálticas permitan una adecuada progresión de los alimentos (Soifer G, 2001). No se han podido demostrar cambios significativos en la presión del esfínter esofágico inferior con el envejecimiento. Lo que si parecería probable es un incremento en la prevalencia de reflujo gastroesofágico, que se atribuiría al incremento del peso corporal y a la presencia de hernia hiatal, ambos condicionantes de dicho reflujo (Soifer G, 2001). Los cambios esofágicos relacionados con el envejecimiento, excepto los probablemente atribuibles a una disminución en la respuesta a la deglución de líquidos, parecen ser moderados o mínimos (Soifer G, 2001). Sin embargo, la disfagia es una queja muy común en los ancianos; habiéndose comprobado que la mayoría de estas disfagias, que pueden ser alteraciones de la deglución o trastornos de la motilidad esofágica, son funcionales (Soifer G, 2001).

Calidad de vida en el adulto mayor

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

(González-Celis, 2002).

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que por un lado se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario,

que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

Sin embargo, estas medidas tendrán que tomarse a partir del conocimiento que se derive del estudio de dicho fenómeno.

Por ello, la Psicología promete hacer aportaciones valiosas al estudio del comportamiento de los ancianos y de su entorno, para contribuir con intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La calidad de vida aparece como objeto de estudio de la Psicología por ser un componente central del bienestar, que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento humano de naturaleza eminentemente psicológica. De ahí que sea necesario conocer primeramente una definición: ¿Qué se entiende por calidad de vida?, ¿cómo se ha operacionalizado dicho constructo?, es decir, ¿Cuáles son las dimensiones que abarcan la calidad de vida?; ¿Cómo es evaluada la calidad de vida en la vejez?; y ¿Cuál es el impacto de algunas variables psicológicas en la calidad de vida de las personas mayores? Planteamientos que son complejos y que se abordan a continuación.

Sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las Ciencias Naturales, Sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

Cambridge University Press, (2006). Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente.

Presenta Katschnig (2000), Quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente.

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” Tanto en los medios de comunicación, como en el lenguaje corriente de la gente, se ha incorporado el término “CALIDAD DE VIDA” que se refiere “a una serie de factores que contribuyen a mejorar el bienestar de las personas en su actividad habitual.

Es necesario reflexionar en qué consiste, o que elementos integran los componentes de la calidad de vida, por ello, básicamente se deben nombrar los siguientes: confort, prevención en salud, equilibrio emocional y tranquilidad espiritual, alimentación adecuada, aptitud física y descanso y tiempo libre”.

Las actividades físicas y recreativas en el adulto mayor

La participación de los Adultos Mayores en actividades físicas, recreativas y deportivas ha evidenciado una preocupación referente a la salud, ya que no basta la ausencia de enfermedades, más un estado completo de bienestar físico, mental, social y

con la calidad de vida, que propone la condición humana como resultante de un conjunto de factores individuales y socio ambientales, pudiendo ser modificables o no.

Por eso la prolongación de vida y la capacidad de trabajo de la persona de edad media y madura es uno de los problemas sociales más importantes que corresponde fundamentalmente a los profesionales de la Cultura Física y Deporte en la lucha de la salud y la longevidad.

Las repercusiones que tiene la actividad física en el organismo, tanto a nivel físico como psíquico, son muchas, y es en ese aspecto en el que se ha de intervenir, debe intentarse mantener el máximo de tiempo posible la autonomía física y mental, conservar la salud, las condiciones físicas y psíquicas. Para ello será necesario adquirir hábitos de conducta adecuados y una forma de vivir que se relacione con la salud, entre estos hábitos están los hábitos alimentarios tanto en calidad como en cantidad, realizar actividades gratificantes como actividades físicas y recreativas, tratando de mejorar la calidad de vida.

Actualmente se habla mucho de ello, la calidad de vida de cada época viene definida por los valores que cada grupo social atribuye a la forma de vivir. La sociedad está en constante evolución, por lo que las variables que definen la calidad de vida de cada época también evolucionan. Estas dependen de lo que se defina como calidad de vida, es decir de los valores culturales de la comunidad en cuestión, Maslow identifica cuatro campos como indicadores descriptivos de la calidad de vida, los cuales son: (a) ambiente físico; (b) ambiente social; (c) ambiente psíquico; y (e) seguridad social.

Por ello, se tiene que según: (Dulcey, y Ruiz. 2005). "La mejora de la calidad de vida es ampliamente suficiente para justificar la difusión de la actividad física, aunque no se demuestre la capacidad de alargar la vida".

Con el envejecimiento sobrevienen una serie de modificaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas del organismo. En las personas mayores, suele existir una

disminución importante de la fuerza y la masa muscular, como consecuencia de permanecer en inactividad por períodos prolongados. Se ha podido calcular que, a partir de la adolescencia, según Scharll (2008) se produce disminución de un 1% anual en la capacidad física, responsable, en gran parte, de las enfermedades características de este grupo. A continuación, se citan algunos beneficios de la actividad física.

Área física:

- Favorece la movilidad articular.
- Mejora la elasticidad, la fuerza y la agilidad.
- Evita la desmineralización ósea.
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Aumenta la oxigenación de los tejidos.
- Evita el deterioro del rendimiento cardíaco.
- Hace más efectiva la contracción cardíaca.
- Evita la fatiga al mínimo esfuerzo.
- Evita la obesidad.
- Mejora el rendimiento físico global.
- Mejora la capacidad de contracción de la red arterial periférica, disminuye el riesgo de formación de coágulos y el éxtasis venoso.
- Estimula la eliminación de las sustancias de desecho.
- Marcha más segura y rápida, elimina riesgos de caídas.

Área psíquica:

- Conserva ágiles y atentos los sentidos.
- Aumenta la ilusión de vivir.
- Aumenta la alegría y el optimismo.
- Refuerza la actividad intelectual.

- Mejora la interrelación social.
- Combate la soledad y el aislamiento.
- Mejora la imagen personal.
- Contribuye al equilibrio psicoafectivo.
- Mejora y facilita el sueño.
- El ejercicio es fuente de salud.

2.2.3. Teorías psicopedagógicas.

A. Teoría de la jerarquía de necesidades - Abraham Maslow

Maslow en su teoría presenta la hipótesis de que dentro de todo ser humano existe una jerarquía de las siguientes cinco necesidades que son como siguen, **fisiológicas** : incluye el hambre, la sed, el abrigo, el sexo, y otras necesidades corporales, de **seguridad**: incluye seguridad y protección de daños físicos y emocionales, **sociales**: incluye afectos, la sensación de pertenencia, aceptación y amistad, **de Ego**: incluye factores internos de estima como el respeto a uno mismo, la autoestima y los logros, y **factores externos** como el Status, el reconocimiento y la atención, de autorrealización ,el impulso de ser, lo que se es capaz de ser, incluye el crecimiento, alcanzar el potencial de uno y la autosatisfacción

B. Teorías Sociocultural de Vigotsky:

Enfatiza la influencia de los contextos sociales y culturales en el conocimiento y apoya un modelo de descubrimiento del aprendizaje, este modelo pone un gran énfasis en el rol activo del maestro, mientras que las habilidades mentales de los estudiantes se desarrollan naturalmente a través de varias rutas de descubrimientos. Los principales supuestos son: Construyendo significados (comunidad y el pueblo desempeñan un rol central), instrumentos para el desarrollo cognoscitivo y la zona de desarrollo próximo. Los principios vigotskianos son:

- El aprendizaje y el desarrollo es una actividad social y colaborativa que depende del estudiante para construir su comprensión en su propia mente.
- La zona de desarrollo próximo puede ser usado para diseñar situaciones apropiadas durante las cuales el estudiante podrá ser provisto del apoyo apropiado para el aprendizaje óptimo.
- El aprendizaje debería tomar lugar en contextos significativos, preferiblemente en donde el conocimiento va a ser aplicado.

La teoría sociocultural del aprendizaje humano de Vigotsky describe el aprendizaje como un proceso social y el origen de la inteligencia humana en la sociedad o cultura. El tema central del marco teórico de Vigotsky es que la interacción social juega un rol fundamental en el desarrollo de la cognición. Según esta teoría, el aprendizaje toma lugar en dos niveles:

Primero, mediante la interacción con otros, y luego en la integración de ese conocimiento a la estructura mental del individuo. Cada una de las funciones en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces: primero, en el nivel social, y luego, en el nivel individual; primero, entre las personas (interpsicológico), y luego en el interior del niño (intrapsicológico). Esto se aplica tanto para la atención voluntaria como para la memoria lógica y la formación de conceptos. Todas las funciones superiores se originan como verdaderas relaciones entre los individuos. (Vigotsky, 1978).

Segundo, la teoría de Vigotsky es la idea de que el potencial para el desarrollo cognitivo se encuentra limitado a la “zona de desarrollo próximo” (ZDP). Esta “zona” es el área de exploración para la que el alumno se encuentra preparado cognitivamente, pero en la que requiere apoyo e interacción social para desarrollarse completamente. Un profesor más experimentado puede proveer al alumno un andamiaje de apoyo para el desarrollo de la comprensión de ciertos ámbitos del conocimiento o para el desarrollo de habilidades

complejas. El aprendizaje colaborativo, el discurso, el uso de modelos y el andamiaje, son estrategias para apoyar el conocimiento intelectual y las habilidades de los alumnos, y para facilitar el aprendizaje intencional. De la teoría de Vygotsky se infiere que debe proveerse a los alumnos con entornos socialmente ricos donde explorar los distintos campos del conocimiento junto con sus pares, docentes y expertos externos. Las TICs pueden utilizarse para apoyar este entorno de aprendizaje al servir como herramientas para promover el diálogo, la discusión, la escritura en colaboración y la resolución de problemas, y al brindar sistemas de apoyo online para apuntalar el progreso en la comprensión de los alumnos y su crecimiento cognitivo.

C. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget:

Plantea como mecanismos para el aprendizaje la asimilación, que consiste en adecuar una nueva experiencia en una estructura mental existente, la acomodación, que consiste en revisar un esquema preexistente a causa de una nueva experiencia y el equilibrio que busca estabilidad cognoscitiva a través de la asimilación y la acomodación. Según Piaget las etapas para el desarrollo cognitivo son: Sensorio motriz (0-2 años) cuando el niño usa sus capacidades sensoras y motoras para explorar y ganar conocimiento; preoperacional (2-7 años) cuando los niños comienzan a usar símbolos, responden a los objetos y a los eventos de acuerdo a lo que parecen que “son”; operaciones concretas (7-11 años) cuando los niños empiezan a pensar lógicamente y las operaciones formales (11 años en adelante) cuando empiezan a pensar acerca del pensamiento y el pensamiento es sistemático y abstracto. Los principios fundamentales son:

- El rol más importante del profesor es proveer un ambiente en el cual el niño pueda experimentar la investigación, con retos, libertad para comprender y construir los significados espontáneamente a su propio ritmo.

- El aprendizaje es un proceso activo en el cual se cometerán errores y las soluciones serán encontradas mediante la asimilación y acomodación para lograr el equilibrio.
- El aprendizaje es un proceso social que debería suceder entre los grupos colaborativos con la interacción de pares.

D. Teoría del aprendizaje significativo de Ausubel:

Postula el aprendizaje por recepción, al que llamó Enfoque expositivo”, especialmente importante porque asimila la información y los conceptos verbales. El aprendizaje es significativo cuando lo que se trata de aprender se logra relacionar de forma sustantiva no arbitraria con lo que ya conoce quien aprende, es decir, con aspectos relevantes y preexistentes de su estructura cognitiva.

Ausubel sugiere la existencia de dos ejes: el que enlaza el aprendizaje por repetición con el aprendizaje significativo y el aprendizaje por recepción con el aprendizaje por descubrimiento. Al mismo tiempo, diferencia tres categorías de aprendizaje significativo:

- representativa o de representaciones,
- Conceptual o de conceptos y
- Proposicional de proposiciones.

E. Teoría del aprendizaje por descubrimiento de Bruner:

El aprendizaje es un proceso activo en el que los educandos construyen nuevas ideas o conceptos basados en el conocimiento pasado y presente, por la selección y transformación de información, construcción de hipótesis y la toma de decisiones.

Esta teoría tiene cuatro aspectos principales: la predisposición al aprendizaje; la vía en que el cuerpo de conocimiento puede ser estructurado; las secuencias más efectivas para presentar el material; y la naturaleza y ritmo de premio y castigo. Los principios de Bruner son:

- La instrucción debe abarcar a las experiencias y los contextos de los estudiantes

- La instrucción debe ser estructurada
- La instrucción debe estar diseñada para facilitar la extrapolación.

Del mismo modo que Piaget, Bruner destaca que el aprendizaje es un proceso activo en el que los alumnos construyen nuevas ideas y conceptos basados en su conocimiento y experiencia anteriores. Bruner identificó tres principios que sirven de guía para el desarrollo de la instrucción:

- La instrucción debe estar relacionada con las experiencias y los contextos que hacen que el alumno esté deseoso y sea capaz de aprender (disposición);
- La instrucción debe estar estructurada de modo que el alumno pueda aprehenderla fácilmente (organización espiral);
- La instrucción debe estar diseñada para facilitar la extrapolación y/o para completar las brechas de conocimiento.

2.3. Definición de términos básicos

Aprendizaje.- Adquisición del conocimiento de algo por medio del estudio, el ejercicio o la experiencia, en especial de los conocimientos para aprender algún arte u oficio.

Hábitos alimenticios.- patrón de alimentación que una persona sigue a diario, incluyendo preferencias alimentarias, influencia familiar y cultural.

Refuerzo.- Es el evento, fenómeno u objetivo que actúa como reforzador de la conducta, esto significa que todo refuerzo provoca que la conducta reforzada se emita con más frecuencia tiene el carácter de refuerzo con respecto a una conducta, únicamente si es capaz de provocar que esta se haga más frecuente.

Atención.- es un fenómeno psíquico, un estado de concentración en algo (14) puede ser el reflejo selectivo de objetos, hechos o fenómenos, prescindiendo de todo lo demás.

La más simple se produce en base al reflejo incondicionado de orientación , es por tanto una expresión directa de la función del sistema nervioso.

Conocimiento.- es la capacidad de recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. La capacidad de recordar no implica mucho más que hacer presente el material apropiado en el momento preciso.

Método.- son los procedimientos rigurosos que se formulan lógicamente para lograr la adquisición de conocimientos , tanto en el aspecto teórico como en el experimental.

Técnicas.- Recursos a los cuales el docente acude para concentrar un momento de la lección.

Recepción.- Se refiere básicamente a la sensibilidad que posee el estudiante muy ligado a la atención,

Organización.- estructura que el estudiante otorga a la elaboración de un sistema de valores.

Caracterización.- Es la actuación del individuo en forma coherente de acuerdo a los valores internalizados y jerarquizados.

Capítulo III

Hipótesis y variables

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

HG: Los talleres educativos como estrategias afectan significativamente para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015.

3.1.2 Hipótesis específicas

HE1: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar los conocimientos sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL.

HE2: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar el autocuidado sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL.

HE3: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar la conducta sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL.

3.2 Variables

Variable de estudio

Variable independiente

X: Talleres educativos como estrategias.

Variable dependiente

Y: Hábitos alimenticios saludables.

Variables intervinientes

➤ Sexo (masculino y femenino)

- Edad de las personas (50 a más)
- Zona de procedencia (urbana)
- Status económico del estudiante (Medio y bajo)
- Disposición a la salud

3.3 Operacionalización de variables

Talleres educativos como estrategias.

a) Definición conceptual: Técnicas educativas que proporcionan información didáctica sobre el tema objetivo y una capacitación en uso de instrumentos para el autocuidado y prevención de daños.

b) Definición operacional: Espacio de capacitación de dos ó más sesiones, donde confluyen e interactúan el facilitador y participantes para construir nuevos aprendizajes y competencias para el autocuidado reforzando hábitos alimenticios saludables.

El taller educativo se planifica y se conduce siguiendo una secuencia de pasos para facilitar al grupo la construcción de sus aprendizajes para reforzar hábitos saludables.

Técnica:

Animación para estimular al cuerpo y los sentidos para facilitar el aprendizaje.

Motivación: despertar el interés

Momento de dar información para que el grupo analice y lo haga suyo Transferencia: ejercitar habilidades, aplicarlas a situaciones concretas Evaluación. Síntesis de los aprendizajes y satisfacción del grupo El reforzamiento será con grupos de 10 personas. En 4 grupos.

Tabla 3

Operacionalización de la variable independiente – Talleres educativos.

Variable	Dimensiones	Indicadores
V ₁ . <i>Talleres educativos como estrategias.</i>	Diseño y elaboración	▪ Alimentación saludable
		▪ Alimentación chatarra
		▪ Enfermedades crónicas
		▪ Hábitos de alimentos saludables
		▪ Pirámide nutricional
	Ejecución del plan	▪ Hábitos nocivos
		▪ Sobrepeso, obesidad
		▪ Enfermedad renal
		▪ Colesterol
		▪ Actividad física y su relación con sobrepeso
Evaluación	▪ Colesterol y su grado de toxicidad	
	▪ Potenciación de seguridad vs alimento saludable	
	▪ Calidad de vida	
		▪ Factores protectores alimenticios

Variable dependiente

- a) *Definición conceptual:* Patrón de alimentación que una persona sigue a diario, incluyendo preferencias alimentarias, influencia familiar y cultural.
- b) *Definición operacional:* Actividades relacionadas con el conjunto de enseñanzas y estrategias para reforzar los hábitos alimenticios, como son:

Preguntas y respuestas

Lecturas de casuísticas

Técnicas del cuchicheo

Exposición con videos y multimedia

Consejerías individuales

Demostración y re demostración de alimentos saludables

Educación sobre poder nutritivo de cada alimento demostrado

Participación en taller psicológico

Tabla 4

Operacionalización de la variable dependiente – hábitos alimenticios saludables.

Variable	Dimensiones	Indicadores
V ₂ . <i>Hábitos alimenticios saludables.</i>	Conocimiento	▪ Alimento saludable
		▪ Valores nutritivos
		▪ Pirámide nutricional
		▪ Hábitos saludables.
		▪ Prácticas de autocuidado
	Autocuidado	▪ Manipulación
		▪ Preparación
		▪ conservación
		▪ Conducta favorable en la calidad de vida.
		▪ Factores protectores familiares
	Actitud	▪ Socializar todos los que necesitan ayuda y o aprender los hábitos saludables.
		▪ Compartir las enseñanzas dadas mediante videos y lecturas de casos.
		▪ Apoyo en factores protectores: ejercicios, caminatas, alimentos frescos, saludables, dietas naturales.
		▪ Evitar estrés, ansiedad.

Capítulo IV

Metodología

4.1 Enfoque de investigación.

La investigación por la naturaleza de los procedimientos desarrollados posee un enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo porque se ha orientado al estudio de las personas mayores de 50 años en el Centro de Atención Primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en la ciudad de Huánuco, puesto que los resultados de la investigación han sido cuantificados utilizando la escala de medición intervalo, posteriormente han sido interpretados los resultados obtenidos.

4.2 Tipo de investigación.

Siguiendo a Tafur & Izaguirre (2015), el tipo de investigación fue descriptiva causal, porque se analizó los datos estadísticos obtenidos sobre los talleres educativos como estrategia con la finalidad de reforzar los hábitos alimenticios saludables en las personas mayores de 50 años del Centro de Atención Primaria de la UNEHVAL que se caracterizó por:

- **Su finalidad:** es una investigación descriptiva causal, porque se caracterizó por la aplicación de los talleres educativos para mejorar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años
- **Su amplitud:** es de carácter micro-educacional, puesto que la investigación se circunscribe en la importancia de los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años.
- **Su profundidad:** es una investigación descriptiva y explicativa, el objetivo fue de determinar los efectos que produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015.

De acuerdo a los propósitos de la investigación y naturaleza de los problemas planteados, que se llevó a cabo una investigación científica, factual y educacional.

4.3 Método de investigación.

Los métodos empleados durante el proceso de la investigación fueron:

Método científico: siguiendo a M. Bunge (1973), nos permitió enunciar el problema de investigación, plantear la hipótesis de estudio, reducir algunas teorías para probar la hipótesis, analizar los resultados las hipótesis a través de un modelo estadístico y posteriormente llegar a algunas conclusiones importantes del estudio.

Método documental y bibliográfico: Consistió en tomar información estadística de las fuentes documentales de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, las mismas que nos sirvieron para revisar boletines y artículos científicos publicados por organismos especializados con la finalidad analizar y describir el marco teórico histórico y conceptual de las variables de estudio considerados en la investigación.

Método estadístico: Considerado con el fin de recopilar, organizar, codificar, tabular, presentar, analizar e interpretar los datos estadísticos descriptivos y hallados durante la investigación que se han analizados desde los datos cualitativos y cuantitativos que se determinó las frecuencias porcentuales, se ha calculado los datos estadísticos descriptivos como así mismo se han analizados las pruebas estadísticas a través de la correlación de “t” Student para datos independientes y relacionados obtenidos en la muestra de estudio durante la investigación realizada.

4.4. Diseño de investigación

El diseño utilizado fue experimental de tipo cuasi-experimental de un solo grupo con pre test y post test con datos cuantitativos y se recolectaron los datos en un sólo momento. El propósito es analizar las variables de estudio y verificar su influencia de la variable de

estudio en las personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL. Cuyo esquema es propuesto por Echevarría, 2016, p.84.

GI: O ₁ ----- X ----- O ₂
--

Dónde:

GI: Grupo de investigación

O₁: Aplicación del pre test

X: Desarrollo de los talleres educativos

O₂: Aplicación del post test

4.5. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 58 personas adultas que asisten al centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, seleccionados por las mismas características y riesgos potenciales.

Criterio de inclusión y exclusión

Se incluyen en la investigación a las personas del sexo femenino y masculino con edades mayores e iguales a 50 años de edad, la misma que dan la autorización de su participación y que estas personas sepan leer y escribir.

Se excluyen de la investigación a las personas del sexo femenino y masculino con edades menores de 50 años de edad, la misma que no dan su consentimiento para participar en la investigación y no sepan leer y escribir.

Delimitación geográfico-temporal y temática:

A. Geográfico

Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Región Huánuco, Perú 2015. Personas mayores de 50 años de edad del Centro de Atención Primario.

B. Temporal

Todo el proceso se realizó desde el mes de julio del 2015 y estuvo programado hasta noviembre de 2015.

C. Temática

Los temas que se desarrollaron se basaron en las dimensiones (diseño y elaboración, ejecución del plan, evaluación) con sus respectivos indicadores como: actividad física y su relación con sobrepeso, colesterol y su grado de toxicidad, potenciación de seguridad vs alimento saludable, calidad de vida, factores protectores alimenticios, alimentación saludable, alimentación chatarra, enfermedades crónicas, hábitos de alimentos saludables, pirámide nutricional, hábitos nocivos, sobrepeso, obesidad, enfermedad renal, colesterol.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- *Documental*: se utilizaron para la elaboración y ampliación de los antecedentes de la investigación, como también para la elaboración del marco teórico y conceptual de referencia de la investigación, en la cual se utilizaron el fichaje (Fichas textuales, de resumen, bibliográficos, y de comentario).
- *Codificación*: se procedió a la codificación de las personas mayores de 50 años tanto del sexo masculino y femenino, de la misma manera se codifico los pre y post test.
- *Tabulación*: se utilizaron en la clasificación, agrupación de muestras y datos las que procedieron a tabular para la obtención de resultados de la aplicación de los instrumentos (ver apéndice C) a la muestra de estudio seleccionado como objeto de investigación.

4.7. Tratamiento estadístico

Se presentan los resultados en tablas y figuras estadísticos ordenados para una mayor comprensión de cada uno de ellas, se analizaron dichos resultados a través de la estadística

descriptiva (medidas de tendencia central) con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 24,0 en español, la misma que orientó el logro de los objetivos específicos de la investigación.

Para la confiabilidad de los instrumentos elaborados se analizó teniendo en cuenta el tipo de investigación que fue cualitativo en la cual se recurrió al coeficiente de Cronbach para la nuestra investigación se aplicó el estadístico “Rho” Spearman y r de Pearson para probar las diferentes hipótesis de investigación que fue determinado a través del paquete estadístico SPSS versión 24,0 en español.

4.8. Procedimiento de observación de los talleres educativos y los hábitos alimenticios.

El procedimiento seguido es:

- A partir de la experiencia se eligió y determinó el tema de investigación.
- Luego se buscaron y revisaron investigaciones anteriores en cuanto al tema de esta investigación, así como teoría existente.
- Se inicia con la presentación de la propuesta de investigación y solicitando autorización al Director del Centro de Atención Primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.
- Cuando se obtuvo el permiso del Director, se elaboró un cuestionario y se procedió a pedir autorización para validarlo.
- Para validar el instrumento se solicitó ayuda a los expertos.
- Luego se realizaron las modificaciones, que fueron sometidas a juicio de expertos.
- Con el cuestionario ya corregido, se procedió a aplicarlo a los integrantes de la muestra de estudio.
- Luego se tabularon los resultados en SPSS 24.0 versión español y Excel.
- Se hizo un análisis estadístico.
- Asimismo, se elaboraron las tablas de frecuencias y gráficas.

- Y también se analizaron y discutieron los resultados.
- Se realizaron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.
- Y por último se redactó el informe con las sugerencias del Asesor y se entregó el informe final a consideración de los jurados de la Escuela de Posgrado de la UNE

Capítulo V

Resultados

5.1 Selección de instrumentos.

Criterios de selección de instrumentos

La selección y validez de los instrumentos de investigación, han sido consolidadas por maestros que enseñan en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle y otras universidades, durante el proceso los maestros han demostrado rigurosidad y tenacidad académica. Al final las observaciones y sugerencias han sido levantadas.

Finalmente, los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento denominado pre y post prueba que a continuación se explica:

Descripción:

Se elaboró un conjunto de preguntas cerradas y abiertas organizadas, secuenciadas y estructuradas a fin de tener información de las unidades didácticas desarrolladas (empíricos y académicos) de los alumnos(as) de los grupos experimental y control en dos momentos: pre test (antes) y post test (después) de la aplicación de los temas de sobre hábitos de alimentación saludable.

Valoración

Para las dimensiones consideradas, las preguntas cuyo puntaje es de uno (01) y para la respuesta incorrecta el puntaje era de cero (0).

5.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validez del instrumento

El análisis se ha realizado en base al método intraprueba a fin de identificar el grado de dimensionalidad de las variables expresadas en las operaciones del pensamiento, a través del estudio de la relación de las estructuras internas y cruzadas subyacentes y,

complementariamente, determinar la validez teórica del instrumento. En realidad, se trata de reducir el número de dimensiones necesarias para explicar las respuestas de los sujetos.

La validez del instrumento se determinó a través de las observaciones de los expertos o el comité académico de validación como: Pertinencia de las preguntas con los objetivos, pertinencia de las preguntas con la(s) variable(s), pertinencia de las preguntas con las dimensiones, pertinencia de las preguntas con los indicadores y con las preguntas formuladas del instrumento

Confiabilidad del instrumento.

Respecto a la validez de constructo del segundo instrumento se usó el procedimiento de evidencia homogénea. Del análisis de los coeficientes de correlación corregido ítem-total en la dimensión considerados de la variable organización de tiempo libre donde se analizó teniendo en cuenta las dimensiones, no sugirió la eliminación de ítems por ser sus valores superiores a 0,20. Por los expertos. Para ello, se realizó el siguiente proceso:

- a) Se seleccionaron los ítems objeto del análisis de confiabilidad.
- b) Los puntajes obtenidos por cada uno de ellos, nos permite encontrar la media y luego, la varianza y la desviación estándar de los mismos ítems,
- c) Para luego aplicar el método test-retest.
- d) Finalmente se aplicó el coeficiente de confiabilidad de acuerdo a cada una de las fórmulas antes señaladas, tanto de Pearson, los mismos que indican si existe o no confiabilidad en el instrumento de recolección de datos, tal como se muestra los resultados en la tabla X.

Tabla 5*Correlación de confiabilidad*

		Primer Momento	Segundo Momento
Primer Momento	Correlación de Pearson	1	0,601*
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	13	15
Segundo Momento	Correlación de Pearson	0,601*	1
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	13	15

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente de confiabilidad calculado para el instrumento de medición a las personas mayores de 50 años arroja un valor de 0,601 por lo cual se considera ser confiable el instrumento.

5.3 Presentación y análisis de resultados.

En esta sección se presenta el análisis de los resultados en tablas y gráficos obtenidos del proceso de investigación de las variables de estudio de las personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.

a) Análisis e interpretación de los datos (Análisis exploratorio) donde se describirá detalladamente variable de estudio:

- Variables personales de los sujetos: Sexo, edad, estado civil, nivel de estudio y su ocupación.
- Descripción e interpretación de los resultados de la aplicación del pre y post test a los integrantes de la muestra de estudio.

b) Proceso de la prueba de Hipótesis: Donde utilizaremos la prueba t de Student por caracterizarse que los datos son cuantitativos.

Resultados de la entrevista de características sociodemográficas.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de la variable “Sexo”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Masculino	27	46,6	46,6
Válido	Femenino	31	53,4	100,0
	Total	58	100,0	

Fuente: Datos de la encuesta- 2015

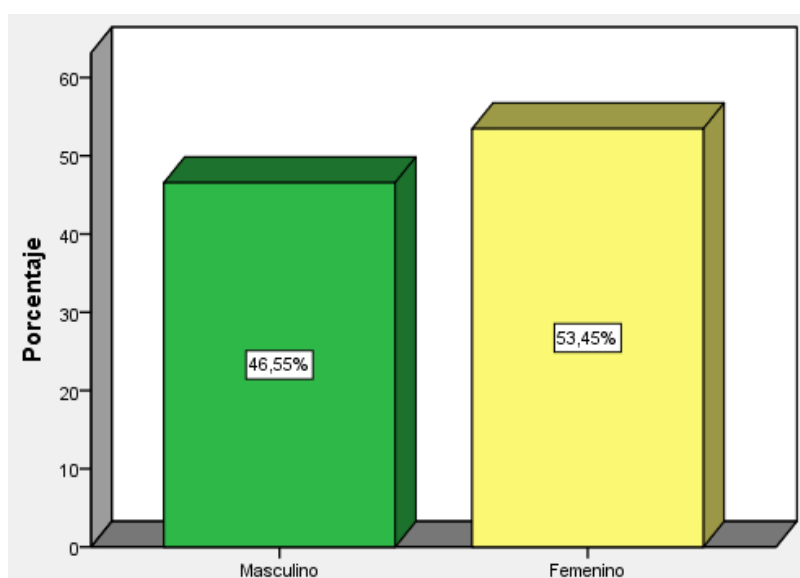


Figura 3. Sexo de las personas mayores de 50 años en la UNHEVAL

El número correspondiente a cada sexo fue de 27 en el caso de los hombres y 31 en el de las mujeres.

Tabla 7

Media, máximo y mínimo de la variable edad de las personas mayores de 50 Años del centro de atención primaria de la UNHEVAL.

N	Válido	58
Media	64,69	
Mínimo	50	
Máximo	85	
Suma	3752	

Tabla 8

Frecuencia y porcentajes de los grupos de edad de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención Primario de la UNHEVAL (agrupados)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	50 - 59	22	37,9	37,9
	60 - 69	18	31,0	69,0
	70 - 79	11	19,0	87,9
	80 a más	7	12,1	100,0
	Total	58	100,0	

Fuente: Datos de la encuesta 2015

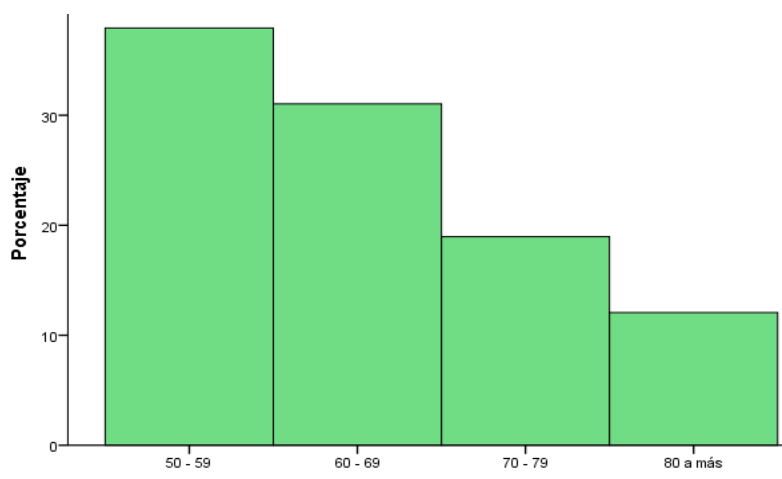


Figura 4. Grupos por edad

Las edades están comprendidas entre 50 y 85 años. La media de la edad queda fijada en 64,69 años (Tabla 8). El histograma representa como disminuye el número de personas conforme avanza la edad, de esta manera, la muestra refleja las proporciones existentes en la población. Se agruparán las edades en cuatro categorías para facilitar los análisis, el 37,9% pertenece a las edades comprendidas entre 50 y 59 años, el 31% a las personas entre 60 y 69 años, las personas que tienen entre 70 y 79 años forman parte del 19% de la muestra, mientras que el 12,1% son las personas de más de 80 años (Tabla 8).

Tabla 9

Frecuencia y porcentajes del estado civil de las personas mayores de 50 Años del centro de atención primaria de la UNHEVAL.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	27	46,6	46,6
	Viudo	23	39,7	86,2
	Separado	8	13,8	100,0
	Total	58	100,0	

Fuente: Datos de la encuesta – 2015.

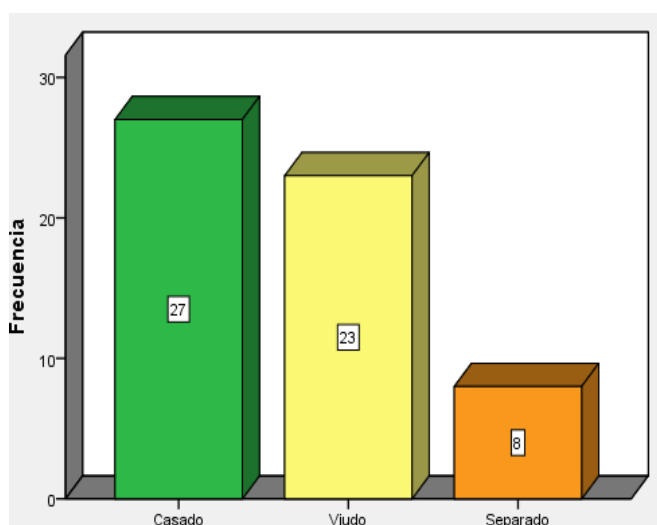


Figura 5. Estado civil

Observamos que la mayoría de los sujetos estaban casados/as, el 46,6%, mientras que el 29,7% estaban viudos/a. La muestra refleja una minoría de separados/as un 13,8%, y un (ver Tabla 9).

Tabla 10

Frecuencia y porcentajes de la variable nivel educativo de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención primaria de la UNHEVAL.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	12	20,7	20,7
	Secundaria	28	48,3	69,0
	Superior no universitaria	10	17,2	86,2
	Superior universitaria	8	13,8	100,0
	Total	58	100,0	

Fuente: Datos de la encuesta – 2015.

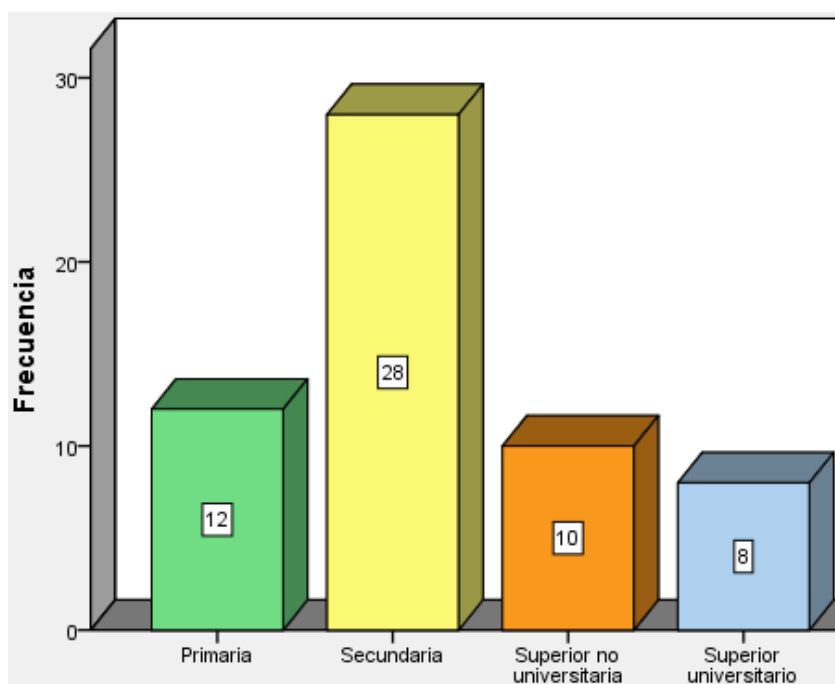


Figura 6. Nivel educativo

En relación al nivel de estudios recibidos de esta muestra, observamos que son mayoritariamente altos con el 48,3% con estudios secundarios y del nivel primarios son 20,7%, también se encuentra una minoría con estudios universitarios (un 13,8 %) como podemos ver en la Tabla 10.

Tabla 11

Frecuencia y porcentajes de la variable ocupación de las personas mayores de 50 Años del Centro de atención Primario de la UNHEVAL.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Activo	16	27,6	27,6
	Jubilado/no trabaja	12	20,7	48,3
	Jubilado/trabaja	9	15,5	63,8
	No trabaja	21	36,2	100,0
Total		58	100,0	

Fuente: Datos de la encuesta – 2015.

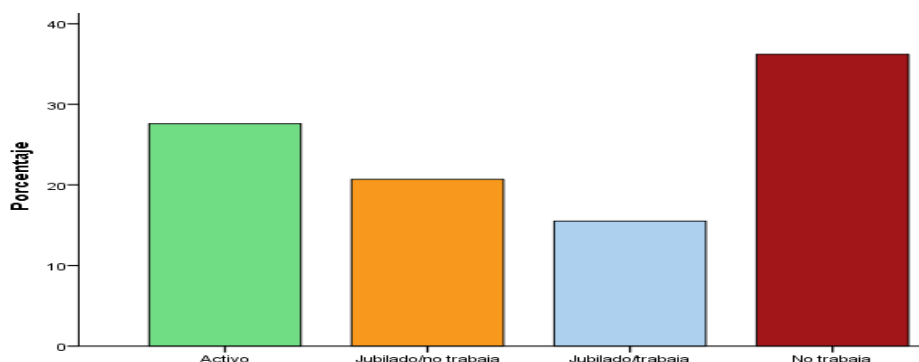


Figura 7. Situación laboral

En cuanto a la situación laboral de la muestra, nos encontramos con un 27,6% de personas que se encuentran totalmente en activo, sin embargo, existe un 36,2% que están sin trabajo las personas mayores sin realizar ninguna actividad laboral. Por otra parte, se puede observar un número menor de personas que se jubilaron, pero que permanecen en activo, constituyen un 15,5%, tal y como observamos en la Tabla 11. Recordemos que existe una mayoría de personas cuyas edades se corresponden al rango de 50 a 59 años, estas representan a la mayoría de personas que trabajan en este momento. No se contempla la diferencia entre los trabajos normalmente remunerados y las tareas domésticas, que como es sabido no lo están. Por lo tanto, en la categoría de “activo” están recogidas las mujeres que, aunque jubiladas laboralmente siguen realizando las tareas del hogar.

Resultados del nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategias

Tabla 12

Nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategia por el docente – investigador.

Puntuación	Escala	f _i	%
41 – 60	Satisfactorio	40	68,9
21 – 40	Medianamente satisfactorio	16	27,7
00 – 20	Insatisfactorio	02	3,4
Total		58	100,0

Fuente: *Resultados de la aplicación del cuestionario – nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategias.*

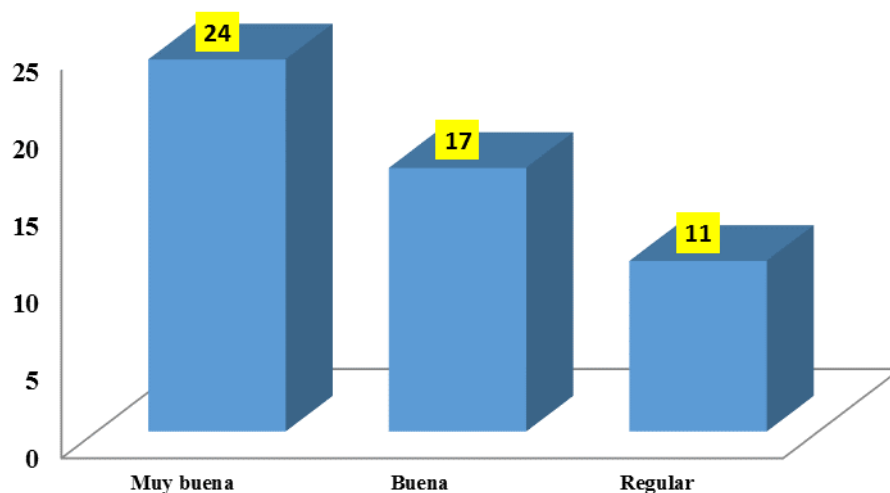


Figura 8. Resultados de nivel de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategias

Interpretación: la mayoría de los encuestados 40 participantes que representan al 68,9% afirman estar satisfechos con el desarrollo de los talleres educativos como estrategias, asimismo 16 participantes que representa al 27,7% afirman estar medianamente satisfechos con el desarrollo de los talleres educativos como estrategias y solo 02 participantes que representan al 3,4 % afirman estar insatisfechos con el desarrollo de los talleres educativos como estrategias, es decir en promedio están satisfechos.

Resultados de la aplicación del cuestionario de los hábitos alimenticios saludables.

A. Aplicación del Pre test.

Tabla 13

Resultados de los puntajes obtenidos del pre test – cuestionario de hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL de Huánuco 2015.

Puntuación	Escala	f _i	%
76 – 100	Muy buena	6	10,3
51 – 75	Buena	12	20,7
26 – 50	Regular	22	37,9
00 – 25	Deficiente	18	31,1
Total		58	100,0

Fuente: Resultados de la aplicación del pre test.

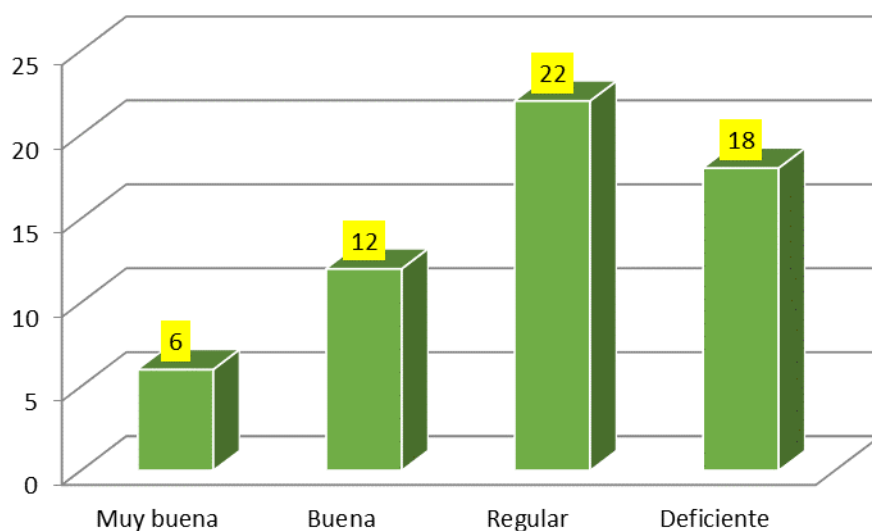


Figura 9. Resultados de la aplicación del pre test.

Interpretación: de la tabla anterior se observa que, la mayoría de los encuestados 22 participantes que representan al 37,9% afirman practicar regularmente los hábitos alimenticios saludables, asimismo 12 participantes que representa al 20,7% afirman practicar de buena manera los hábitos alimenticios saludables y solo 06 participantes que representan al 10,3 % afirman practicar de muy buena manera los hábitos alimenticios saludables, es decir en promedio practican regularmente los hábitos alimenticios saludables.

Tabla 14

Estadísticos descriptivos del pre test.

N	Válido	58
	Nulo	0
Media		43,34
Mediana		40,00
Moda		18
Desviación estándar		21,398
Varianza		457,879
Mínimo		10
Máximo		76
Suma		2514

Fuente: Resultados del pre test.

Como se puede observar en la tabla anterior el mínima puntaje alcanzado es de 10 puntos y el máximo puntaje es de 76 puntos, los puntajes están concentrados con respecto al valor central de la media, porque la desviación estándar es de 21,398. Asimismo la puntuación que más se repite es de 18 del mismo modo el promedio de los participantes es de 43,34 lo que significa que nuestros participantes se encuentran un el nivel de regular en promedio.

B. Aplicación del Post test.

Tabla 15

Resultados de los puntajes obtenidos del post test – cuestionario de hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL de Huánuco 2015.

Puntuación	Escala	f _i	%
76 – 100	Muy buena	24	41,4
51 – 75	Buena	17	29,3
26 – 50	Regular	11	18,9
00 – 25	Deficiente	6	10,4
Total		58	100,0

Fuente: Resultados de la aplicación del post test.

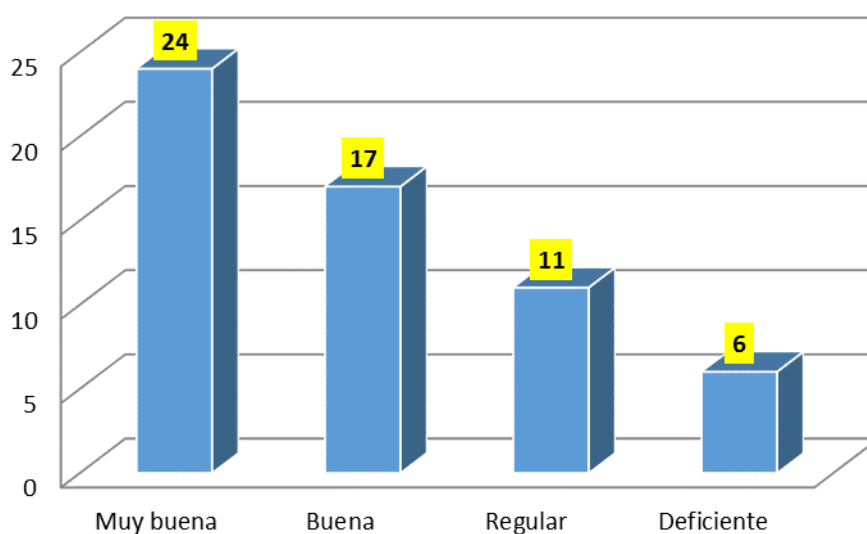


Figura 10. Resultados de la aplicación del post test.

Interpretación: de la tabla anterior se observa que, la mayoría de los encuestados 24 participantes que representan al 41,4% afirman practicar de muy buena manera los hábitos alimenticios saludables, asimismo 17 participantes que representa al 29,3% afirman practicar de buena manera los hábitos alimenticios saludables, por otro lado 11 participantes que representan al 18,9 % afirman practicar de regularmente los hábitos alimenticios saludables y solo 06 participantes que representan al 10,4 % afirman practicar de manera deficiente los hábitos alimenticios saludables, es decir en promedio practican de buena manera los hábitos alimenticios saludables.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos del post test.

N	Válido	58
	Nulo	0
Media		66,02
Mediana		70,00
Moda		88
Desviación estándar		22,254
Varianza		495,245
Mínimo		22
Máximo		95
Suma		3829

Fuente: Resultados del post test.

Como se puede observar en la tabla anterior el mínima puntaje alcanzado es de 22 puntos y el máximo puntaje es de 95 puntos, los puntajes están concentrados con respecto al valor central de la media, porque la desviación estándar es de 22,254. Asimismo la puntuación que más se repite es de 88 del mismo modo el promedio de los participantes es de 66,02 lo que significa que nuestros participantes se encuentran en el nivel de regular en promedio.

5.4 Contrastación de hipótesis

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov

La prueba de Kolmogorov-Smirnov se aplicó para analizar la normalidad de los datos obtenidos durante la investigación y calcula la distancia máxima entre la función de distribución empírica de la muestra seleccionada y la teoría, en este caso la normal. Esta prueba es aplicable sólo cuando el número de datos es mayor que 50.

Para analizar la prueba de normalidad se ha tomado un nivel de confianza del 95%, si el p-valor es menor que el nivel de significancia ($p < \alpha$), entonces se rechaza la H_0 (Hipótesis nula) caso contrario aceptamos H_0 , para la cual se planteó las siguientes hipótesis:

H_0 : El conjunto de datos en estudio en la población tiene distribución normal.

H_1 : El conjunto de datos en estudio en la población es distinta a la distribución normal.

Tabla 17

Prueba de la normalidad.

Edad de las personas mayores de 50 Años del centro de atención primaria de la UNHEVAL (Agrupada)	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
50 - 59	0.139	22	,200*	0.967	22	0.642
60 - 69	0.151	18	,200*	0.954	18	0.484
70 - 79	0.134	11	,200*	0.944	11	0.573
80 a más	0.174	7	,200*	0.918	7	0.456

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Analizando los resultados en la tabla 18, en la columna de Kolmogorov-Smirnov se observa que el *p-valor* es mayor que el nivel de significación ($0,200 > 0,05$). Por lo tanto,

se aceptamos la hipótesis nula; en conclusión, podemos decir que la distribución de la muestra de estudio es normal. Es por ello que se recomienda utilizar contrastes estadísticos paramétricos en el análisis de los datos de la investigación (Siegel y Castellan, 1995).

Evaluación de las hipótesis.

Para probar las hipótesis planteado en la investigación de estudio se realizó con la prueba de *t* Student y se analizará a través de *p-valor* calculado.

Análisis hipótesis de estudio

Los talleres educativos como estrategias afectan significativamente para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015.

Para el análisis de la hipótesis de estudio se realizó teniendo en cuenta el diseño de investigación planteado como es cuasi-experimental con pre y post test aplicado al grupo de investigación; así mismo se fijó un nivel de significación de 0,05 o 95% de confiabilidad ($\alpha = 0,05_{2\text{colas}}$) por tratarse de una investigación de carácter educativo. Pagano (2009; 293).

Planteamos las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después de haber desarrollado los talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco durante el 2015.

H_1 : Existe diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después de haber desarrollado los talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco durante el 2015.

Tabla 18

Prueba de muestras relacionadas de los puntajes del pre y post test grupo experimental.

Prueba de muestras emparejadas								
Diferencias emparejadas								
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pre Test								
- Post Test	7,185	2,403	0,315	6,554	7,817	2,775	57,000	0.000

Según de los resultados de la tabla 18, el análisis de t Student para muestras relacionadas. El *p-valor* es menor que el nivel de significación ($0.000 < 0,05$). Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después de haber desarrollado los talleres educativos como estrategias de reforzar los hábitos alimenticios saludables en las personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco, durante el 2015.

5.5 Discusión de los resultados

En esta sección analizaremos los resultados obtenidos en el pre y post test en la presente investigación y relacionar con otros datos obtenidos en diferentes investigaciones con la finalidad de contrastar estos resultados.

Los resultados obtenidos en las variables personales, en cuanto al género y la edad, fueron los esperados, se presenta un mayor número de mujeres en nuestra población y una disminución de personas conforme se avanza en edad, en las mismas proporciones que en la población general, ya que el muestreo fue estratificado y los estratos se construyeron en base a estas dos variables.

Los resultados obtenidos demuestran que el nivel educativo es observamos que son mayoritariamente altos con el 48,3% con estudios secundarios y del nivel primarios son 20,7%, también se encuentra una minoría con estudios universitarios (un 13,8 %) como podemos ver en la Tabla 10, estos resultados reflejan que durante la inclusión de la población fue que deben saber leer y escribir. El nivel de instrucción de los mayores es difícilmente equiparable al de la población más joven: por debajo de los 50 años, más del 48,3% de la población cuenta con educación secundaria, frente al 8% de los mayores que poseen educación superior universitario.

Las edades están comprendidas entre 50 y 85 años. La media de la edad queda fijada en 64,69 años (Tabla 3). En la figura 4 del histograma se observa claramente como disminuye el número de personas conforme avanza la edad, de esta manera, la muestra refleja las proporciones existentes en la población. Así mismo se tiene que existe un 36,2% que están sin trabajo las personas mayores sin realizar ninguna actividad laboral. Según la tabla X. por lo que generalmente son desocupados y no son requeridos en la actividad laboral.

Los resultados obtenidos coinciden con los estudios de Herrán (2012), donde se pone de manifiesto que cuando superas los 50 años de edad se inicia una nueva etapa laboral, que en muchas ocasiones viene acompañada de grandes obstáculos. Alrededor de la mitad de la población de 50 a 64 años carece de ocupación, bien porque han sido prejubilados de manera voluntaria o inducida, o porque son parados de larga duración. Buscar empleo en estas circunstancias, y más en la situación de crisis en la que nos encontramos, se vuelve complicado y genera una gran frustración.

En este factor saturan 5 ítems, por lo que el máximo teórico estará en 5 y el mínimo en 0. La media obtenida es de 3,33 con una desviación típica de 1,45. Los máximos y mínimos resultantes coinciden con los teóricos (Tabla 18).

Este se relaciona con la evaluación del cambio autopercebido (o ausencia de cambio) cuando se envejece y cómo se valoran estos cambios, como se observa en la Tabla 18, todos los ítems se ajustan a estos contenidos. Los adultos mayores indicaron que la experiencia laboral siempre está presente para dar consejos a los más jóvenes; pero sin embargo que las energías no son tan buenas como los años de juventud y así mismo indican cada vez que van avanzando de edad se sienten triste y más aún aquellos que están desempleados.

La prevalencia del hábito de fumar es más baja entre personas de edad de 50 a 59 años 46,6% de los varones afirma que fuma muy poco, una proporción más baja que en el grupo de los que se inician en este hábito, el de 70 a más. La prevalencia del tabaquismo entre la población peruana; estos resultados coinciden con los estudios de Gómez (2005) realizado en España donde indica que ha descendido entre 1987 y 1997, según las encuestas nacionales de salud, pasando de 38,1 a 35,7%. El consumo de tabaco entre los varones ha descendido diez puntos porcentuales hasta situarse en el 44,8% de la población de 16 y más años. Sin embargo, ha aumentado el tabaquismo entre las mujeres, que ya superan a los varones en el intervalo de 25 a 34 años, lo que hará cambiar el patrón de morbilidad y mortalidad a medio y largo plazo (MSC, Informe sobre la salud de los españoles, 1998).

Asimismo, los resultados son similares al estudio de Bareedo (2007), realizado en Europa que el envejecimiento de la población es un hecho. Desde Adecco Institute se afirma que “llegará un momento inevitable en que las empresas deberán reconocer y valorar el talento potencial y la contribución efectiva de los trabajadores de más edad”. Por ello, las compañías comienzan a pensar en los beneficios de contratar mano de obra experimentada, que aporta una mayor flexibilidad, ya que los trabajadores de cierta edad no tienen tantas cargas familiares como cuando se es más joven.

Este representa la aceptación o insatisfacción con el grado de interacción social experimentado en el momento actual, como se observa en la Tabla 19 también los ítems llegan a ajustarse a los contenidos donde los mayores del Centro de Atención Primario de la UNHEVAL de la ciudad de Huánuco manifestaron se sienten sólo cada vez que se van haciendo mayor y las cosas son peor para ellos e indican que la vida es dura y difícil para las personas mayores de 50 años.

Conclusiones

1. Existe que las edades están comprendidas entre 50 y 85 años. El promedio de la edad es de 64,69 años (Tabla 8), se concluye que disminuye el número de personas conforme avanza la edad, de esta manera, la muestra refleja las proporciones existentes en la población. Se agruparán las edades en cuatro categorías para facilitar los análisis, el 37,9% pertenece a las edades comprendidas entre 50 y 59 años, el 31% a las personas entre 60 y 69 años, las personas que tienen entre 70 y 79 años forman parte del 19% de la muestra, mientras que el 12,1% son las personas de más de 80 años (Tabla 8).
2. Se concluye que la situación laboral se tiene que un 27,6% de personas se encuentran totalmente activo, sin embargo, existe un 36,2% que están sin trabajo y sin realizar ninguna actividad laboral. Por otra parte, se puede observar un número menor de personas que se jubilaron, pero que permanecen activo, constituyen un 15,5%, tal y como observamos en la Tabla 11. Así mismo se tiene que existe una mayoría de personas cuyas edades se corresponden al rango de 50 a 59 años, estas representan a la mayoría de personas que trabajan en este momento.
3. Se concluye que el *p-valor* es menor que el nivel de significación ($0.000 < 0,05$). Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes antes y después de haber desarrollado los talleres educativos como estrategias de reforzar los hábitos alimenticios saludables en las personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco, durante el 2015.

Recomendaciones

1. Implementar como estrategia los talleres educativos en la atención primaria, actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad fomentando el apoyo de las organizaciones y la participación comunitaria creando alianzas estratégicas con otras instituciones.
2. Desarrollar un programa que promueva alimentación saludable, ejercicio físico, técnicas para manejo del estrés, estrategias de prevención abuso de sustancias tóxicas como cigarrillos, alcohol, etc.
3. En próximas investigaciones se debería estudiar el contenido de estas actividades, no sólo el tiempo en alimentación, sino cuál es esa alimentación, la calidad del sueño, cómo es el autocuidado, cuáles son las relaciones sociales, etc.
4. Otra posible investigación sería un estudio comparativo entre poblaciones rurales y urbanas, entre países diferentes (mediterráneos vs. Nórdicos; desarrollados vs. en vías de desarrollo). Se espera encontrar grandes diferencias entre sus estilos de vida.

Referencias

- Albert, V., Maestro, E., y Martínez, J. A. (1998). *Estabilidad de las respuestas de personas mayores de 65 años a un cuestionario sobre estilos de vida*. Revista española de Geriátría y Gerontología, 33, 277- 282.
- Adler, A. (1973). *El sentido de la vida*. Barcelona: Luis Miracle. (original 1959)
- Alonso, C.M. (1991) *Estilos de Aprendizaje: Análisis y Diagnóstico en Estudiantes Universitarios*. Madrid, Universidad Complutense.
- Amador, L. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. España: Revista de Humanidades, 25 (2015). p. 145-168 ISSN 1130-5029. DOI: <https://doi.org/10.5944/rdh.25.2015.14374>.
- Ávila, R. (1990). *Introducción a la Investigación*. Lima, Ediciones CONCYTEC.
- G. P. Box, Georg, Hunter, W. & otros. (1989). *Estadística para investigadores*. Barcelona, Editorial Revesté S.A.
- Betúzhhev-Lada, I. (1986). *Pronosticación del modo de vida en la sociedad*. Moscu: Editorial Progreso.
- Barrón, M. (2009). *"Docencia universitaria y competencias didácticas"*, Perfiles Educativos, vol. XXXI, núm. 125, pp. 76-87.
- Bayés, R. (2002). *Tiempo y enfermedad*. Estudios de Psicología, 23, 101-110.
- Becoña Iglesias, Elisardo; Vázquez Fernando. *Promoción de los estilos de vida saludable* 2008 <<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>> (Noviembre 2011).
- Beltrán, B., Carvajal, A., Cuadrado, C., y Varela- Moreiras, G. (2001). *Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa*. Estudio SENECA´s FINALE en España. Revista española de Geriátría y Gerontología, 36, 82- 93.
- Bloom, B. (1971). *Taxonomía de los objetivos de la educación*. El Ateneo, México.

- Bunge, M. (2000). *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. México, Siglo XXI Editores.
- Cagigal, J. M. (1971). "Ocio y deporte en nuestro tiempo". Citius, Altius, Fortius.- Tomo XIII, Fascículo 1-4: 79-119.
- Crombach, L. (1968). *Psicología Educativa*. Paidós, México, D.F.
- Espinoza, L. (2004). *Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad*", Revista Cubana Estomatol p. 41-43.
- http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm. (Noviembre 2011)
- EXPERIENCIAS INTERNACIONALES (2010). *Estilos de vida saludable: actividad física*: Veronique Morel Gonay. COSTA RICA, 2010.
- Gamarra, G. Rivera, T. Wong, F. & Pujay, O (2015). *Estadística e Investigación con aplicaciones de SPSS*. Segunda Edición. Lima, San Marcos.
- Genua G. (2001). *Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano*. Agosto de 2001. Disponible desde: URL <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>; accedido en 5 de abril de 2012.
- Hernaez, L. (2010). *Estudio del consumo de fibra dietética en Adolescentes de Capital federal*, Buenos Aires, 1–74. recuperado de <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tf-hernaez.pdf>.
- Kerlinger, F. & Howardb, L. (2001). *Investigación del Comportamiento*. México, McGraw-Hill Interamericana. Editores S. A. de C. V.
- Kolb, D. (1984). *Psicología de las Organizaciones*. Madrid, Prentice
- Labatut, E. (2004) *Aprendizaje universitario: un enfoque metacognitivo*. (tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis>.

OPS, (2006) “*Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores*”, p. 2-11. Disponible desde:

URL www.paho.org/spanish/dd/pub/mantenerse-lu.pdf; accedido en 08 de marzo 2012.

Sánchez, F., & De la Cruz, F. (2011). *Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana*, 2011, 1–47. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3435> \n http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3435/3/cruz_mf.pdf.

Sánchez, R. F., De la Cruz, M. F., Cereceda, B. M., & Espinoza, B. S. (2014). *Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal*. *Anales de La Facultad de Medicina*, (6), 107–111. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i2.8382>.

Schapira M. (2001) *¿Qué es envejecer?* En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. *Nutrición y Tercera edad*. Buenos Aires: Abbot Laboratorios. p. 67-130.

Silvestri, C. (2011). *Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en Adultos Mayores de más de 70 años.*, 24–30. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>.

Soifer G. (2001) *Nutrición y Anciano*. En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. *Nutrición y Tercera edad*. Buenos Aires: Abbot Laboratorios. p. 131-150.

Vázquez, C. (2003). *La grasa como factor de riesgo de obesidad en la población infantil*. *Endocrinología y Nutrición*, 50(6), 198-210.

Vox, L. (1991). *Diccionario General de la Lengua Española*, Bibliograf, S.A., España.

Apéndices

Apéndice A
Matriz de consistencia

Talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el Centro de Atención Primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y muestra
Problema general PG: ¿Qué efectos produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015? Problemas específicos PE1: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar los conocimientos frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015? PE2: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar el autocuidado frente a los hábitos alimenticios saludables en	Objetivo general. OG: Determinar los efectos que produce los talleres educativos como estrategias para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015. Objetivos específicos. OE1: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como estrategia para reforzar los conocimientos frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015. OE2: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como	Hipótesis general HG: Los talleres educativos como estrategias afectan significativamente para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015. Hipótesis específicas HE1: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar los conocimientos sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL. HE2: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar el autocuidado sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención	Variable independiente X: Talleres educativos como estrategias. Variable dependiente Y: Hábitos alimenticios saludables.	La investigación por la naturaleza de los procedimientos desarrollados posee un enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo porque se ha orientado al estudio de las personas mayores de 50 años en el Centro de Atención Primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en la ciudad de Huánuco, puesto que los resultados de la investigación han	La población de estudio estuvo constituida por 58 personas adultas que asisten al centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, seleccionados por las mismas características y riesgos potenciales.

personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015? PE3: ¿Qué efecto producen los talleres educativos aplicado como estrategia para reforzar el cambio de conducta frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015?	estrategia para reforzar el autocuidado frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria UNHEVAL Huánuco 2015. OE3: Evaluar si los talleres educativos son eficientes como estrategia para reforzar la conducta frente a los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco 2015.	primaria de la UNHEVAL. HE3: Los talleres educativos son significativamente eficientes como estrategia para reforzar la conducta sobre hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL.		sido cuantificados utilizando la escala de medición intervalo, posteriormente han sido interpretados los resultados obtenidos.	
--	--	--	--	---	--

Apéndice B

Entrevista de investigación

Entrevista de características sociodemográficas de los usuarios mayores de 50 años que participan en los talleres educativos para reforzar hábitos alimenticios saludables del CAP UNHEVAL Huánuco 2015

Instrucciones: Señor(a) participante, sírvase responder a las siguientes interrogantes marcando con un aspa (X) sus respuestas en los paréntesis correspondientes o llenar los recuadros en blanca.

El cuestionario será anónimo y los datos serán confidenciales garantizando su privacidad.

I. Aspectos Socio Demográficos.

1. ¿A qué género pertenece usted?

Masculino ()

Femenino ()

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted:

3. ¿Cuál es su estado civil?

Casado ()

Viudo ()

Separado ()

4. ¿Cuál es su nivel educativo

Primaria ()

Secundaria ()

Superior no universitaria ()

Superior universitaria ()

5. ¿Cuál es su ocupación?

Activo ()

Jubilado/no trabaja ()

Jubilado/trabaja ()

No trabaja ()

Apéndice C
Encuesta de investigación

Encuesta de satisfacción del desarrollo de los talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL, Huánuco.

Objetivo: Determinar el desempeño del docente - investigador y la participación de los participantes del grupo de investigación durante el proceso de desarrollo de los talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años del centro de atención primaria de la UNHEVAL, Huánuco

Instrucciones: Marque con un aspa (X) según corresponda en cada ítem, no existen respuestas malas ni buenas, debe contestar todas las preguntas, según la escala:

4 = Siempre 3 = Casi siempre 2 = Algunas veces 1 = Nunca

N°	Ítems	Valoración			
		1	2	3	4
1	Durante el proceso de experimentación del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables, usted asisto.				
2	Durante el proceso de experimentación del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables, usted se dedicó adecuadamente en la adquisición de conocimientos.				
3	Los contenidos seleccionados respondieron al logro de los objetivos de la investigación.				
4	Las estrategias aplicadas respondieron al logro de los objetivos de la investigación.				
5	El desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables, desarrollo en ustedes las habilidades en la resolución de problemas.				
6	El desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables, fomento en los participantes el interés por aprender y mejorar.				
7	El desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar				

	los hábitos alimenticios saludables, fomento en los participantes el desarrollo de la solidaridad y el respeto.				
8	El docente - investigador explica la finalidad y/o propósito del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables.				
9	El docente - investigador explica detallada los procedimientos del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables.				
10	El docente - investigador ejemplifica con hechos reales los procedimientos del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables.				
11	El docente investigador muestra dominio en el conocimiento y manejo de las capacidades y competencias para el desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables				
12	El docente - investigador muestra dominio en el conocimiento de los contenidos de los talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables				
13	El docente - investigador muestra dominio en el desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables				
14	Durante el proceso de experimentación del desarrollo de talleres educativos como estrategia para reforzar los hábitos alimenticios saludables, mostro actitud positiva.				
15	El docente - investigador muestra disposición en la atención a las dudas y preguntas de los participantes en cualquier momento.				

Gracias por su colaboración.

Apéndice D

Pre test y post test

Cuestionario de hábitos alimenticios saludables en personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la UNHEVAL Huánuco, durante el 2015

Instrucciones.- Señor(a), a continuación le presentamos un grupo de preguntas en el cuestionario, debe responder marcando con un aspa (X) la alternativa que estime pertinente según su criterio, los resultados serán confidenciales y anónimas, debe tener en cuenta la siguiente valoración.

Siempre = 4 Casi siempre = 3

Algunas veces = 2 Nunca = 1

N°	Ítem	Valoración			
		1	2	3	4
Aspecto de conocimiento:					
1	Conoce usted los hábitos saludables para mayores de 50 años				
2	Le enseñaron las comidas saludables				
3	Cuántas veces recibió educación sobre manejo de dietas para adultos más de 50 años				
4	Cree usted que la educación influye en la calidad de vida				
5	Tiene algún inconveniente sobre el aprendizaje de cumplir hábitos saludables				
6	Reconoce que existen alimentos que hace daño				
7	Conoce los valores nutricionales de su dieta que le sirven				
8	Cree usted que es necesario la educación alimentaria para la familia y mejorar los hábitos alimenticios familiares				
9	Cree usted que el aprendizaje tiene que ver con los factores protectores familiares				
10	Se informa de la importancia del agua				
Aspecto de autocuidado					

11	Practica algún hábito nocivo que perjudique su salud				
12	Practica usted hábitos alimenticios adecuados				
13	Practica los hábitos alimenticios relacionados a su edad				
14	Participa en charlas educativas de dietas				
15	Cumple con indicaciones saludables del nutricionista				
16	Tiene miedo, subir de peso				
17	Cree usted que los ejercicios son importantes para una buena calidad de vida				
18	La ansiedad da mucho apetito				
Aspecto de actitud					
19	Reacciona adecuadamente frente a las insistencias de cuidados alimenticios				
20	Se encuentra con alguien que no hace dietas a pesar de tener más de 50 años				
21	Se preocupa de cuidarse para no tener problemas de su imagen corporal				
22	Tiene cuidado cuando va a los mercados sobre la clase de alimentos que compra				
23	Cuida a la familia y asimismo sobre alimentos chatarras				
24	Reniega si no come lo que le gusta – gustos al paso.				
25	Se muestra descontento con la familia si no le sirven comida que le gusta				

Gracias por su colaboración.

Apéndice E

Cronograma de talleres con respectivas sesiones

Taller 1 4-7-15

11-7-15

Sesión 1: Tema: Auto cuidado conociendo el valor nutritivo de las frutas y verduras	Sesión 2: Demostración Manipulación, conservación y preparación De verduras y frutas
Sesión 3: 20-7-15 Tema: Importancia del uso de los vegetales por colores y por qué comer en poca cantidad las carnes rojas.	Sesión 4: 22-7-15 Preparación de una ensalada de frutas por colores. Demostración de huacayina de chochos (tarui)

Taller 2

Sesión 1 : 24-7-15 Tema: Obesidad y los factores pre disponentes	Sesión 2: 2-8-15 Alimentos a base de fibra y preparación de refrigerios saludables
Sesión 3: 6-8-15 Tema: Consecuencias de ingesta de productos nocivos para el sistema nervioso: cigarro, café, aji, alcohol, chocolates.	Sesión 4:14-8-15 Importancia de la preparación de café y saber cómo tomar. Preparación de ensaladas saludables y jugo de carambola y camu, camu.

Taller 3

Sesión 1: 16-8-15 Obesidad y los factores pre disponentes	Sesión 2 :18-8-15 Alimentos a base de fibra y preparación de refrigerios saludables
Sesión 3: 21-8-15 Tema: Consecuencias de ingesta de productos nocivos para el sistema nervioso: cigarro, café, aji, alcohol, chocolates.	Sesión 4: 25-8-15 Importancia de la preparación de café y saber cómo tomar. Preparación de ensaladas saludables y jugo de carambola y camu, camu.

Taller 4

Sesión 1 : 28-8-15 Importancia de Ingesta de agua en la prevención de enfermedades crónicas en adultos.	Sesión 2: 1-9-15 Demostración de la Pirámide nutricional Y demostración de leches de germinados
Sesión 3: 4-9-15 Productos que lesionan órganos blancos o lábiles.	Sesión 4: 11-9-15 Demostración de lo órganos dañados: riñón, ojo, corazón, pulmón

Taller 5

Sesión 1: 18-9-15 Familias saludable	Sesión 2 : 22-9-15 Control talla y peso de familiares Ver IMC
Sesión 3: 25-9-15 ¿Qué es el peso ideal?	Sesión 4: 25-9-15 Taller de peso ideal con formula Taller control presión arterial Control glucosa

Taller 6

Sesión: 28-9 15 Índice Glucémico de alimentos	Sesión 2: 28-9-15 Demostración de alimentos chatarras
Sesión 3: 2-10-15 Patologías que dan por descontrol de alimentos	Sesión 4: 2-10-15 Video de alimentos chatarras

Taller 7

Sesión 1: 11-10-15 Sustancias químicas y sus efectos en la salud	Sesión 2 : 11-10-15 Videos relacionados a alimentos no adecuados para mayores de 50 años
Sesión 3: 16-10-15 Ingesta de Cereales y la pirámide nutricional	Sesión 4: 18-10-15 Preparación de leche de germinados

Taller 8

Sesión: 20-10-15 Reforma de vida Renovada: alimentación Celeste , terrestre	Sesión 2: 20-10-15 Importancia del TAI CHI - práctica
Sesión 3:27-10-15 El estrés y su efecto en la Dieta	Sesión 4:27-10-15 Evaluación con área Psicología

Taller 9

Sesión: 30-10-15 Reforma de vida Renovada: alimentación Celeste , terrestre	Sesión 2: 30-10-15 Evaluación por Nutricionista
Sesión 3:3-11-15 El estrés y su efecto en la Dieta	Sesión 4: 3-11-15 1° Evaluación médica

Taller 10

Sesión 1: 6-11-15 Enfermedades del colon a consecuencia de mal nutrición por efecto	Sesión 2: 6-11-15 Demostración de preparados para el colon irritable
Sesión 3: 10-11-15 Malnutrición por defecto	Sesión 4: 10-11-15 Efectos de no desayunar a la hora

Taller 11

Sesión: 13-11-15 Taller vivencial de 12 horas en Lindero	Sesión 2: 13-11-15 Comida saludable campestre
Sesión 3: 20-11-15 Ecoturismo y calidad de vida	Sesión 4: : 20-11-15 Calificación de bebidas saludables en refrigerios

Taller 12

Sesión: 22-11-15 Productos de la zona y sus nutrientes	Sesión 2: 22-11-15 2° evaluación médica
Sesión 3: 27-11-15 Preparación de refrigerios saludables En CIAAM	Sesión 4: 30-11-15 Premiación a los usuarios con colesterol < 200 y triglicéridos < a 150

Apéndice F

Resultados obtenidos del desarrollado los talleres educativos como estrategias de reforzar los hábitos alimenticios saludables en las personas mayores de 50 años en el centro de atención primaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco, durante el 2015.

N° Participantes	Pre test	Post test	N° Participantes	Pre test	Post test
1	20	48	30	39	65
2	18	44	31	20	46
3	58	90	32	69	89
4	36	66	33	20	44
5	19	43	34	38	68
6	76	85	35	70	92
7	38	60	36	40	72
8	60	88	37	76	88
9	10	20	38	20	24
10	38	60	39	44	78
11	62	88	40	68	88
12	40	70	41	18	25
13	79	85	42	42	71
14	20	44	43	70	91
15	38	77	44	18	55
16	16	22	45	44	76
17	68	85	46	19	40
18	40	68	47	72	89
19	18	42	48	48	72
20	44	80	49	77	91
21	72	84	50	18	25
22	42	82	51	48	70
23	38	68	52	74	94
24	18	40	53	18	42
25	78	89	54	50	88
26	38	60	55	18	24
27	40	73	56	76	95
28	68	88	57	18	38
29	41	70	58	49	70

Apéndice G

Evidencias de los talleres

Equipo de trabajo que apoyo en la ejecución de la tesis, personal de la Universidad



Primer Grupo en proceso de evaluación



Consejos para el síndrome de colon irritable



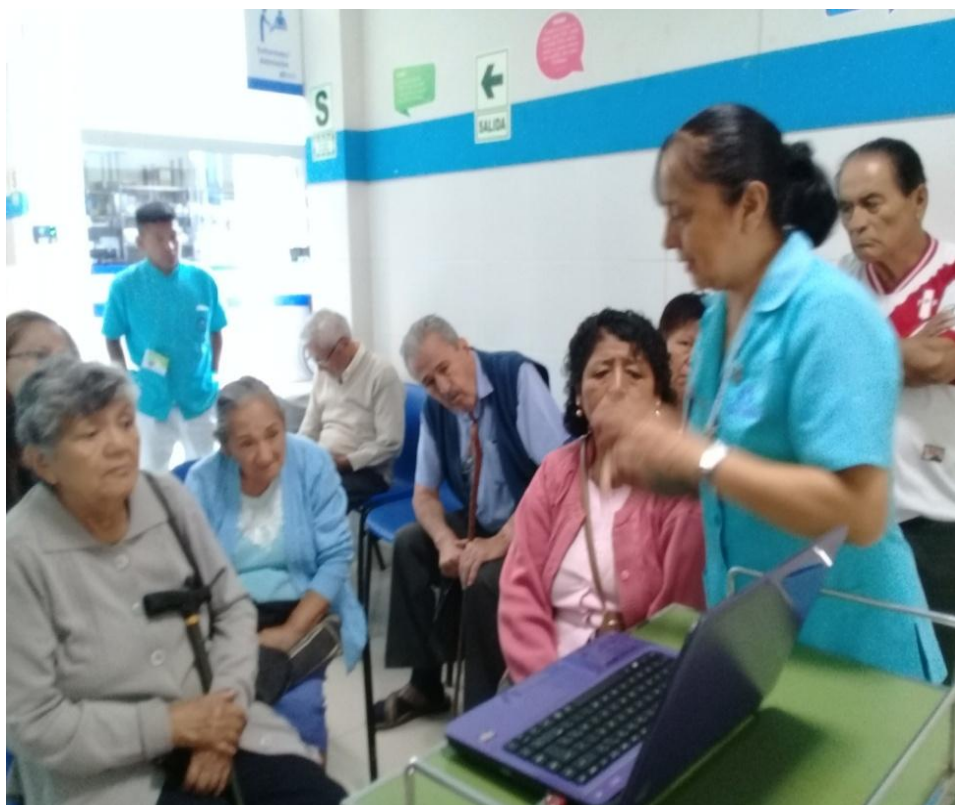
- 1** Evite las comidas copiosas y fraccione la alimentación en 4-5 comidas al día.
- 2** Aumente el consumo de alimentos ricos en fibra: pan integral, frutas y verduras.
- 3** Haga una dieta "pobre en grasas". Prefiera carnes magras.
- 4** En muchos casos es necesario limitar la leche, sobre todo la entera.
- 5** Evite alimentos que claramente molestan (valorar de forma individualizada).
- 6** Coma en ambiente relajado y tranquilo, mastique bien los alimentos.
- 7** Evite la ansiedad, los nervios y las prisas. Respete sus horas de sueño.
- 8** Evite el consumo de tabaco, alcohol, cafeína, té y colas.
- 9** Realice actividad física como caminar, nadar, etc.

Disfruta vivir saludable

www.delimas.pe

Intervención del Psicólogo





Sustento de sesiones educativas



Sustento de sesiones educativas



Sesión demostrativa



Sesiones demostrativas con apoyo de alumnos para grupo de investigación



Participantes en sesiones grupo de investigación



Participantes en sesiones grupo de investigación