



Universidad
del Atlántico

CÓDIGO: FOR-DO-109

VERSIÓN: 0

FECHA: 03/06/2020

**AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TEXTO COMPLETO**

Puerto Colombia, **29 de abril de 2020**

Señores

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA

Universidad del Atlántico

Asunto: Autorización Trabajo de Grado

Cordial saludo,

Yo, **MEIRA INÉS SEÑAS MARTÍNEZ**, identificado(a) con **C.C. No. 32.685.509** de **BARRANQUILLA**, autor(a) del trabajo de grado titulado **DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE MALAMBO, ATLÁNTICO** presentado y aprobado en el año **2019** como requisito para optar al título de **MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**; autorizo al Departamento de Biblioteca de la Universidad del Atlántico para que, con fines académicos, la producción académica, literaria, intelectual de la Universidad del Atlántico sea divulgada a nivel nacional e internacional a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios del Departamento de Biblioteca de la Universidad del Atlántico pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web institucional, en el Repositorio Digital y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad del Atlántico.
- Permitir consulta, reproducción y citación a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Esto de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Atentamente,

Firma

MEIRA INÉS SEÑAS MARTÍNEZ

C.C. No. 32.685.509 de BARRANQUILLA

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE PLAGIO EN TRABAJO ACADÉMICO PARA GRADO

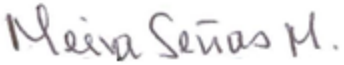
Este documento debe ser diligenciado de manera clara y completa, sin tachaduras o enmendaduras y las firmas consignadas deben corresponder al (los) autor (es) identificado en el mismo.

Puerto Colombia, **29 de abril de 2020**

Una vez obtenido el visto bueno del director del trabajo y los evaluadores, presento al **Departamento de Biblioteca** el resultado académico de mi formación profesional o posgradual. Asimismo, declaro y entiendo lo siguiente:

- El trabajo académico es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, en consecuencia, la obra es de mi exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma.
- Asumo total responsabilidad por el contenido del trabajo académico.
- Eximo a la Universidad del Atlántico, quien actúa como un tercero de buena fe, contra cualquier daño o perjuicio originado en la reclamación de los derechos de este documento, por parte de terceros.
- Las fuentes citadas han sido debidamente referenciadas en el mismo.
- El (los) autor (es) declara (n) que conoce (n) lo consignado en el trabajo académico debido a que contribuyeron en su elaboración y aprobaron esta versión adjunta.

Título del trabajo académico:	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE MALAMBO, ATLÁNTICO
Programa académico:	MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Firma de Autor 1:							
Nombres y Apellidos:	MEIRA INÉS SEÑAS MARTÍNEZ						
Documento de Identificación:	CC	X	CE		PA	Número:	32.685.509
Nacionalidad:					Lugar de residencia:		
Dirección de residencia:							
Teléfono:					Celular:		



FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE MALAMBO, ATLÁNTICO
AUTOR(A) (ES)	MEIRA INÉS SEÑAS MARTÍNEZ
DIRECTOR (A)	SANDRA MARÍA GÓMEZ AGUIRRE
CO-DIRECTOR (A)	NO APLICA
JURADOS	ALEYDA PARRA CANTILLO LILIANA MORALES CANEDO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE	MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PROGRAMA	MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PREGRADO / POSTGRADO	POSTGRADO
FACULTAD	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SEDE INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA SEDE.
AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	2019
NÚMERO DE PÁGINAS	99
TIPO DE ILUSTRACIONES	Ilustraciones, tablas, gráficos y diagramas, láminas y fotografías
MATERIAL ANEXO (VÍDEO, AUDIO, MULTIMEDIA O PRODUCCIÓN ELECTRÓNICA)	CARTILLA EDUCATIVA
PREMIO O RECONOCIMIENTO	NO APLICA



DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE MALAMBO, ATLÁNTICO

**MEIRA INÉS SEÑAS MARTÍNEZ
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
FACULTAD DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
PUERTO COLOMBIA
2019**

**Diseño de Una Estrategia Educativa para Mejorar Estilos de Alimentación en
Adultos Mayores Hipertensos usuarios del Hospital de Malambo, Atlántico**

Trabajo de grado presentado a la Universidad del Atlántico como parte de las exigencias del Programa de Postgrado en Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la obtención del título de *Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional*.

Meira Inés Señas Martínez

Enfermera

Directora

Sandra Gómez Aguirre

Nutricionista Dietista

Magister En Salud Pública

Universidad Del Atlántico

Facultad De Nutrición Y Dietética

Maestría En Seguridad Alimentaria Y Nutricional

Barranquilla

2019

Declaración de Responsabilidad de Autoría

Declaro que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la generación de la idea, recolección de los datos, análisis de los mismos y redacción del documento final, razón por la cual me hago responsable públicamente del contenido expresado en el documento.

Resultado de evaluación.

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE MALAMBO, ATLANTICO

Meira Inés Señas Martínez

Trabajo de grado presentado a la Universidad del Atlántico como parte de las exigencias del Programa de Postgrado en Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la obtención del título de *Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional*.

Resultado de evaluación:

Fecha de Sustentación:

Nombre del Evaluador 1

Nombre del Evaluador 2

Nombre del Asesor

Dedicatoria

A mis padres, por el apoyo incondicional en todos los actos de mi vida.

Agradecimientos

A Dios, por el propósito de servir a los demás y contribuir al cuidado de la salud y de la vida.

A mi familia por su apoyo y colaboración.

A la Magister Sandra Gómez Aguirre por su estímulo y disposición en la asesoría para el inicio y la culminación de esta tesis.

A los directivos y personal de enfermería del Hospital de Malambo por su ayuda y colaboración.

Contenido

Resumen	1
Introducción	3
1. Antecedentes y problema de investigación	4
2. Justificación	10
3. Objetivos.....	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. Marco Teórico	14
4.1 Generalidades de la Hipertensión arterial.....	14
4.1.1 Clasificación de la Hipertensión arterial	15
4.1.2 Factores de Riesgo	15
4.2 Conocimientos actitudes y prácticas de alimentación, referentes teóricos	16
4.2.1 Alimentación	17
4.2.2 Glosario de conocimientos, actitudes y prácticas	19
4.2.3 Modelo de Dorotea Orem.....	19
5. Metodología de Investigación	21
5.1 Enfoque	21
5.2 Tipo de estudio	21
5.3 Materiales, población y muestra	21
5.3.1 Población Diana.....	21
5.3.2 Muestra.	21
5.4 Instrumento de recolección de datos.....	22
5.4.1 Validación del instrumento.....	23
5.5 Técnicas, análisis y/o procedimientos	24

5.6 Operacionalización de variables	24
5.7 Análisis de Resultados	25
5.8 Consideraciones éticas	26
6 Resultados y Discusión	27
6.1 Características socio demográficas de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.....	27
6.2 Tipos de Hipertensión Arterial	30
6.3 Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en los hábitos alimentarios.....	31
6.4. Estado nutricional de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.....	37
6.5 Herramienta pedagógica de información, educación y comunicación con enfoque participativo orientada a la promoción de estilos de alimentación saludable en adultos mayores hipertensos atendidos en hospital de Malambo, Atlántico.....	38
7. Discusión	52
8. Conclusiones	54
9. Recomendaciones	55
10. Bibliografía.....	57
11. Anexos.....	63

Lista de tablas y figuras

<i>Tabla 1.</i> Clasificación de la Hipertensión Arterial en mayores de 18 años	15
<i>Tabla 2.</i> Operacionalización de variables	24
<i>Tabla 3.</i> Rango de edad de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	28
<i>Tabla 4.</i> Etnia de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	28
<i>Tabla 5.</i> Ingresos mensuales familiares de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	29
<i>Tabla 6.</i> Conocimientos sobre alimentación de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.	31
<i>Tabla 7.</i> Nivel de conocimiento sobre alimentación (por ítems) de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico. ..	32
<i>Tabla 8.</i> Actitudes frente a la alimentación de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.	33
<i>Tabla 9.</i> Prácticas de alimentación (consumo semanal) de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.	35
<i>Tabla 10.</i> Distribución del Peso de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	38
<i>Tabla 11.</i> Clasificación según IMC de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	38
<i>Tabla 12.</i> (Pre- Post) de la Intervención.	50

Lista de Gráficas

<i>Gráfica 1.</i> Genero de los adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.....	27
--	----

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento informado	63
Anexo B. Encuesta prácticas alimentarias	65
Anexo C. Cartillas para los adultos mayores y su familia	71

Resumen

La hipertensión arterial, según la Organización Mundial de la Salud, también conocida como tensión arterial elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede ocasionar daños a otros órganos como el corazón, cerebro y riñón. La intervención de los factores de riesgo modificables, y por lo tanto evitables, pueden mejorar los hábitos, estilos de vida y comportamientos de las personas que la padecen, fundamentalmente los hábitos alimentarios saludables, para evitar complicaciones de salud. Se realizó un estudio con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para mejorar estilos de alimentación en adultos mayores hipertensos en el Hospital de Malambo, Atlántico. Se desarrolló para ello un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal, en adultos mayores hipertensos que son atendidos en el Hospital de Malambo.

Como conclusión, la presente investigación demostró que la estrategia educativa ha sido efectiva de manera progresiva, el 100% de los adultos evidencian excelentes conocimientos, el 84 % de los adultos mayores refirieron estar dispuestos ante las interrogantes de actitud, y la mayoría refirió alimentarse de manera saludable de 5 a 6 días de la semana. Es decir, el impacto en los conocimientos ha generado un cambio de actitud, los cuales han repercutido en el mejoramiento de sus prácticas alimentarias y sus cifras de tensión arterial en 0.9 y 2.72 mmHg respectivamente sin ser estadísticamente significativos, aunque si clínicamente importantes.

Abstract

High blood pressure, according to the World Health Organization, is a disorder in which blood vessels have persistently high pressure, which can cause damage to other organs such as heart, brain and kidneys. The intervention of modifiable, and therefore avoidable risk factors can improve the habits, lifestyles and behaviors of people who suffer from it, primarily healthy eating habits, to avoid health complications. A study was conducted with the objective of designing an educational strategy to improve eating styles in hypertensive old adults in the Hospital of Malambo, Atlántico. A quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study was developed for this purpose in hypertensive old adults who are treated at the Malambo Hospital.

In conclusion, the present investigation showed that the educational strategy has been effective progressively, 100% of adults show excellent knowledge, 84% of older adults said they were willing to ask questions of attitude, and most said they fed on Healthy way 5 to 6 days a week. That is, the impact on knowledge has generated a change in attitude, which has had an impact on the improvement of their eating practices and their blood pressure figures by 0.9 and 2.72 mmHg respectively, without being statistically significant, although clinically important.

Introducción

Durante los últimos años, el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, ha sido atribuido principalmente a los cambios en los hábitos alimentarios, destacándose el consumo de comidas rápidas, ricas en sal, carbohidratos y grasas trans.

Dentro de los factores de riesgo, existen factores considerados como modificables, dentro de los cuales se destaca, los hábitos alimentarios, que forman parte de los estilos de vida de las personas e implican un rol significativo en la salud y enfermedad de un individuo, los cuales están condicionados por diversos factores (el estado de salud, la condición socioeconómica, la sociedad, la cultura y la religión).

En la región del Caribe colombiano varios son los reportes de investigación sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión y estrategias para mejorar esta situación.

La presente investigación tiene como objetivo, diseñar una estrategia educativa para mejorar estilos de alimentación en adultos mayores hipertensos, en el programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.

Este informe final de investigación, en su estructura constituida en capítulos, inicialmente, se presenta antecedentes y planteamiento del problema, justificación y objetivos. A continuación, el marco teórico en el cual se integra el tema de investigación con teorías y antecedentes alusivos al problema de investigación; el marco metodológico en el que se detallan los mecanismos usados para el análisis de la problemática de investigación; se presentan los resultados y discusión respectivamente, con sus correspondientes análisis de resultados; finalmente, las conclusiones y recomendaciones. Se presentan las referencias y anexos.

1. Antecedentes y problema de investigación

Los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en la salud humana. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial (HTA), y otras, endocrinas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras (Gonzales et al, 2015).

La hipertensión arterial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), también conocida como tensión arterial elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede ocasionar daños a otros órganos como el corazón, cerebro y riñón.

Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, distribuyéndola a todas las partes del cuerpo, teniendo en cuenta que, la tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón; cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones, causando un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares (OMS, 2015).

La mayoría de las personas con HTA no muestran ningún síntoma; por ello se le conoce como el “asesino silencioso”. También se conoce como la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y accidente cerebro vascular del mundo (OMS, 2015).

A nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión y son la causa de 9.4 millones de defunciones cada año en el mundo (OMS, 2013).

En Colombia según refiere el Análisis de la Situación de Salud (ASIS, 2016) las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres entre 2005 y 2014, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 49,30% (293.458) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pasando de 78,89 a 78,24 muertes por cada 100.000 habitantes; las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 23,47% (139.690) de las muertes, con tasas ajustadas por edad tendientes al

descenso de 41,05 a 32,52 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual implicó una reducción del 21% en términos relativos y de 8,53 muertes por cada 100.000 personas en términos absolutos.

Por su parte, las enfermedades hipertensivas causaron el 10,47% (62.297) de las muertes en este grupo y su comportamiento fue incremental, pasando de 15,48 a 17,77 muertes por cada 100.000 personas durante el periodo, lo cual equivale a tasas ajustadas por edad un 15% más altas y a 2,30 muertes adicionales por cada 100.000 habitantes (ASIS, 2016).

En los hombres, las enfermedades hipertensivas fueron responsables del 9,64% (29.552) de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio, equivalentes al 4,96% del total de muertes en el grupo de causas. Las tasas ajustadas tendieron al incremento pasando de 15,99 a 17,56 durante el periodo, lo cual se traduce en tasas ajustadas un 22% más altas para 2014, o, lo que es lo mismo, en 3,57 muertes más por cada 100.000 hombres (ASIS, 2016).

En las mujeres, fueron responsables del 11,35% (32.745) de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio y aportaron el 5,50% del total de muertes en el grupo de causas. Las tasas ajustadas tendieron al incremento pasando de 15,02 a 16,32 durante el periodo; esto se traduce en tasas ajustadas casi un 1% más altas para 2014, o, lo que es lo mismo, en 1,29 muertes más por cada 100.000 mujeres (ASIS, 2016).

En los países de ingresos bajos y medianos, la adquisición de malos hábitos de vida como el tabaquismo, el sedentarismo, una dieta inadecuada y la dificultad para acceder a programas de prevención o tratamiento puede ser la causa de muerte prematura de población cada vez más joven por Enfermedades cardiovasculares (Kankeu, 2013).

Dentro de los factores de riesgo, existen factores considerados como modificables, dentro de los cuales se destaca, los hábitos alimentarios, que forman parte de los estilos de vida de las personas e implican un rol significativo en la salud y enfermedad de un individuo, los cuales están condicionados por diversos factores (el estado de salud, la condición socioeconómica, la sociedad, la cultura y la religión).

Durante los últimos años, el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, ha sido atribuido principalmente a los cambios en los hábitos alimentarios, destacándose el

consumo de comidas rápidas, ricas en sal, carbohidratos y grasas trans. (OMS 2013; ENSIN 2015).

Estos factores de riesgo que son modificables son consecuencia entre otros de los procesos de industrialización, urbanización, desarrollo económico y globalización de los mercados ocurridos en las últimas décadas. Son los responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular (OMS, 2003).

Además, a esto se suma, la influencia por la publicidad y la globalización de los mercados, la inmensa mayoría de las poblaciones actuales, tienden a seguir un modelo alimentario uniforme y universal, despreciando u olvidando lo propio o tradicional.

Este cambio es lo que se conoce como “transición nutricional” y se caracteriza por la disminución en el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos y fibra (pan, cereales, pastas, legumbres, patatas) a favor de los que contienen azúcares refinados, los lácteos y otros productos de origen animal, aumentando la ingesta de calorías, proteínas de origen animal y grasas, que abundan en los productos cárnicos y los industrialmente procesados (Marrodán, 2012).

En la región, varios son los reportes de investigación sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión y estrategias para mejorar esta situación:

En Ecuador un estudio sobre factores de riesgos para hipertensión arterial concluyó que los principales factores asociados a la presencia de hipertensión en la población adulta de la ciudad de Cuenca fueron la edad, la presencia del antecedente familiar, obesidad y un alto consumo calórico. (Ortiz-Benavides et al, 2016)

Gorrita (2014), en un estudio realizado en Cuba sobre hábitos dietéticos, peso elevado, consumo de tabaco, lipidemia e hipertensión arterial en adolescentes, identificó que los hábitos dietéticos inadecuados, el peso elevado y el consumo de tabaco.

Bernui realizó un programa de intervención, “Corre por tu Vida” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el ejercicio y la disminución de peso e índice de masa corporal en miembros de la Iglesia de San Martín de Porras Lima – Perú, 2008”, cuyo objetivo fue mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas.

También en Perú, Medina (2008) realizó un programa Dieta sana en la disminución de síntomas de enfermedades cerebro vasculares y en la condición física metabólica en los pobladores adultos para determinar la efectividad del programa en la disminución de

síntomas enfermedades cerebro vasculares y en la condición física. En los resultados post intervención se demostró que el programa educativo dieta sana ejerció un impacto positivo en la población intervenida, en el cambio del tipo de alimentación, disminución de los síntomas de enfermedad cerebrovascular y mejoría del estado físico metabólico

Luna (2008) estudió la efectividad del programa educativo, “Somos vida para tu vida”, para promover el consumo de frutas y verduras en los participantes en la comunidad de Fiori 2008, Lima. Los resultados estadísticos demostraron una mejora alta del conocimiento sobre los beneficios del consumo de frutas y verduras de 0 % a 54.5%, la actitud favorable de 45.5% a 81.8 % y sus prácticas de consumir diariamente frutas y verduras de tres a cuatro porciones de 40.9 % a 91.0% después de la intervención.

En Colombia una investigación que se propuso indagar sobre los conocimientos y hábitos alimentarios de un grupo de mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial en el municipio de Sonsón-Antioquia, reportó que los alimentos que más gustaban en los hogares fueron los fritos, salados y condimentos procesados. Los cambios alimentarios propuestos por parte del personal de salud a las pacientes diagnosticadas con hipertensión arterial se orientan a disminuir alimentos ricos en sodio y sal, lo cual les resulta difícil de llevar a cabo por factores culturales. Las recomendaciones alimentarias brindadas por el personal de salud se enmarcaron en aspectos nutricionales que no siempre consideran los gustos alimentarios, ni los significados atribuidos a los alimentos (Arboleda, 2015).

Gómez et al, 2015 describieron los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos, frente a su enfermedad y al régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia. Un alto porcentaje de los pacientes hipertensos tuvieron conocimiento de la enfermedad y del régimen terapéutico, principalmente en lo relacionado con la dieta, complicaciones y el régimen farmacológico. Los pacientes presentaron una actitud positiva frente a la enfermedad y al régimen terapéutico, reconociendo la enfermedad como amenazante para la salud y a la atención brindada por el personal de salud, como positiva para la misma.

En cuanto a las prácticas se encontró que presentan prácticas positivas principalmente en el cumplimiento en las citas de control, identificación de signos de alarma y consideran que la información que reciben del personal de salud es suficiente para comprender el

tratamiento. Los pacientes presentan prácticas hacia la utilización de remedios caseros para el manejo de la hipertensión arterial.

El reporte de un estudio experimental realizado en Medellín, y que se diseñó con el fin de evaluar el efecto de actividades educativas especiales en pacientes hipertensos sometidos a seguimiento en un programa de control y vigilancia de hipertensión arterial, mostró que la educación dirigida hacia el problema del paciente, lo motiva para el cumplimiento en sus citas de control y aumenta su nivel de conocimientos sobre su enfermedad, lo cual se traduce en mayor constancia y permanencia en el tratamiento. Además, los autores consideraron que es importante efectuar estudios como éste para evaluar las actividades que se realizan en los programas de control de hipertensión arterial (De Restrepo, Escobar & Herrera, 2017).

Estos resultados evidencian que la HTA no debe ser considerada como un problema aislado de cifras superiores a la normotensión; el paciente hipertenso debe ser abordado bajo la visión del riesgo cardiovascular global, y se deben realizar intervenciones destinadas a modificar aquellos factores que lo permitan; tal el caso de los hábitos alimentarios. (Ferrera, 2010)

Por ello, los cambios en el estilo de vida ayudan a prevenir y a controlar los niveles de TA. Por tal motivo, para el tratamiento de personas con HAS se busca hacer una modificación en 3 principales variables: alimentación, actividad física y la disminución de peso en presencia de sobrepeso u obesidad, un estudio realizado en México reportó después de la intervención, que, en el grupo de estudio, se observó disminución de peso e índice de masa corporal; y aumentó de actividad física y conocimiento (Mendez et al, 2015).

En Cuba un estudio evidencio que se logró un mayor porcentaje de hipertensos controlados (65,0 %) y adheridos al tratamiento (64,9 %), el nivel de conocimiento se incrementó (50,9 %), así como la percepción de un buen estado de salud (67,2 %) en comparación al 2013. Los resultados fueron más alentadores en los grupos que fueron intervenidos (Díaz et al, 2018).

Es así como podemos inferir que la hipertensión arterial, se puede controlar si se intervienen los factores de riesgo modificables, y por lo tanto evitables, si se mejoran los hábitos, estilos de vida y comportamientos de las personas que la padecen, fundamentalmente los hábitos alimentarios saludables, para evitar complicaciones de salud.

Por todo lo anterior se plantea la siguiente interrogante científica ¿Qué características debe tener una estrategia educativa para mejorar hábitos alimentarios, en adulto mayores hipertensos que son atendidos en el Hospital de Malambo, Atlántico?

2. Justificación

Actualmente las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte y discapacidad prematura en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Para 2015 las muertes por enfermedades crónicas aumentaron el 17% en relación a años anteriores.

Las ENT se ven favorecidas por los efectos de la globalización, el rápido proceso de urbanización y el envejecimiento de la población, factores todos, sobre los que el individuo tiene escaso control y sobre los que el sector tradicional de la salud, tampoco tiene gran influencia (OMS, 2015; OMS, 2017).

Entre estas enfermedades, las cardiovasculares ocupan una alta incidencia y entre ellas la hipertensión arterial (HTA), en nuestro medio y en el mundo, es cada día más alta, produciendo una alta morbilidad y mortalidad. Es una enfermedad cada vez más frecuente en personas entre los 40 y 55 años, y en adultos mayores, debido a los estilos de vida que exige la vida moderna.

El sedentarismo, los inadecuados hábitos de la alimentación, el consumo excesivo de alcohol, entre otros, conllevan a generar más complicaciones en el estado de la salud de personas que lo padecen, convirtiéndose en una carga costosa para los sistemas de salud.

No obstante, la mayor parte de enfermedades cardiovasculares está relacionada con factores de riesgo modificables -por lo tanto, evitables- y podría reducirse mediante intervenciones basados en un enfoque de riesgo, que ya han demostrado ser costo-efectivas

Existen y se encuentran disponibles intervenciones costo-efectivas para la prevención, control y atención de las enfermedades crónicas, donde el control de la hipertensión, el consumo de sal, la dieta balanceada, entre otras, son pilares esenciales que potencialmente podrían evitar 32 millones de muertes en el transcurso de 10 años, sin embargo, persiste un incremento de estas enfermedades en casi la totalidad de los países, lo que demuestra debilidad en la mayoría de los sistemas de salud para dar una respuesta efectiva y sostenible y así lo corroboran datos recientes como el reporte global de ENT (OMS, 2015; OMS, 2017).

En Colombia, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN, 2012) implementa como uno de sus objetivos “Promover una alimentación balanceada y

saludable que contribuya a la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada a hábitos alimentarios inadecuados y proteja la salud de la población colombiana.” Fomentar los estilos de vida saludable y el desarrollo de la estrategia nacional de consumo de frutas y verduras, es otra de las acciones del PNSAN.

La educación en salud constituye un instrumento de intervención importante conociendo la realidad de la población que se atiende, promoviendo una mejor calidad de vida de la población, esta afirmación esta reforzada por el estudio sobre hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia realizado por Weschenfelder y Gue (2012).

En este sentido, el control de la hipertensión arterial requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. Con el propósito de propiciar el autocuidado, así como facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento.

La autora en la sistematización del tema objeto de estudio no encontró estudios en Malambo, ni en adultos mayores hipertensos que son atendidos en el Hospital de ese municipio del Atlántico. Situación que justifica la propuesta y que evidencia los aportes del estudio.

La relevancia teórica del estudio estará dada, porque permitirá seleccionar y sistematizar la información sobre los beneficios de una alimentación saludable como parte de un estilo de vida saludable y necesaria para disminuir el riesgo de episodios de hipertensión en adultos mayores. Así mismo fortalecerá la práctica de la Disciplina Enfermería en el eje de promoción y prevención, y dentro de ese eje instaurar el hábito de una alimentación saludable, sostenible y segura.

Como promotores de un estilo de vida saludable activo que se mantenga a lo largo de la vida; siendo éste un desafío para OMS, la más interesada en enfrentar y disminuir los casos de enfermedades no trasmisibles, cuyo propósito es promover los estilos de vida saludable a través de sus gobiernos regionales y locales.

La intervención educativa que se propone tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de los participantes, teniendo en cuenta los reportes de diferentes autores nacionales e internacionales a los que se hizo referencia en el acápite anterior.

Tiene además una gran relevancia para la práctica social, porque las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen en un problema de salud pública que es necesario resolver y evitar mayores complicaciones para la persona y la familia.

Los resultados de la investigación contribuyen al que el Hospital de Malambo, pueda ser referente para otras instituciones al aplicar programas que ayuden a mejorar los estilos de vida saludable, la prevención y promoción en salud de pacientes adultos con hipertensión arterial.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia educativa para el mejoramiento de estilos de alimentación en adultos mayores hipertensos atendidos en el hospital de Malambo, Atlántico.

3.2 Objetivos específicos

- a. Caracterizar socio demográficamente a la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.
- b. Determinar los tipos de hipertensión arterial de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.
- c. Identificar nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en los hábitos alimentarios de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.
- d. Evaluar el estado nutricional de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.
- e. Elaborar una herramienta pedagógica de información, educación y comunicación con enfoque participativo orientada a la promoción de estilos de alimentación saludable en adultos mayores hipertensos atendidos en hospital de Malambo, Atlántico.

4. Marco Teórico

4.1 Generalidades de la Hipertensión arterial

La hipertensión o presión arterial alta es una condición muy común, que afecta a 1 de cada 4 adultos, comúnmente recibe el nombre de “asesino silencioso” porque no presenta ningún síntoma y puede causar complicaciones serias si no se controla a tiempo (OMS, 2013).

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de TA y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal (OMS, 2013).

Es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas. Fomentar la sensibilización pública es clave, como lo es el acceso a la detección temprana. La hipertensión es un signo de alerta importante que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo de vida. (...) En la publicación del VII Joan Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación and Traten of High Blod Presure (VII JNC) se estimó, que la Hipertensión arterial afecta aproximadamente a mil millones de personas en el planeta y a aproximadamente 50 millones de personas en los Estados Unidos. (OMS, 2013, p. 5).

La historia de la Hipertensión arterial comienza cuando alguien abandona el concepto del corazón como centro de las emociones y lo concibe como una bomba impelente de sangre (Alfonso, 2009).

Para llegar al concepto de Hipertensión arterial (citado por Berenguer, 2016) fue necesario que se tomara conciencia, de que la presión arterial es una variable, como la respiración, la frecuencia cardíaca o la temperatura, que algunas personas tienen la presión más elevada que otras, y que mientras más elevada, mayor es el riesgo de enfermar o morir. Para que esto se supiera hubo que inventar un aparato para medirla. A partir de ahí, surgieron nuevos problemas e incógnitas, algunas resueltas, otras en su mayoría, aún no lo están.

4.1.1 Clasificación de la Hipertensión arterial

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial en mayores de 18 años

Categoría	P. Sistólica en mm Hg (el # más alto)		P. Diastólica en mm Hg (el # más bajo)
Normal	Menos de 120	Y	Menos de 80
Pre hipertensión	120 – 139	O	80 – 89
Hipertensión estadio 1	140 – 159	O	90 – 99
Hipertensión estadio 2	160 – 180	O	100 – 110
Crisis Hipertensiva (requiere atención de urgencia)	Mayor de 180	O	Mayor de 110

Fuente: 8th Report Joint National Committee. 2014

4.1.2 Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo encontramos (OMS, 2015):

Dieta saludable: reducir la ingesta de sal, consumir diariamente frutas y verduras, reducir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.

Disminuir la ingesta de alcohol, abandonar el consumo de tabaco.

Realizar actividad física: Para mantener un peso normal, cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial entre 2 y 10 puntos.

Controlar el estrés de una forma saludable, por ejemplo, mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas.

Clasificación del estado nutricional según IMC de adultos mayores.

Clasificación	IMC (KG/m ²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobre Peso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad Grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad Grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad Grado III	Más de 40	Muy Severo

Fuente: elaboración en base a datos y cifras de la OMS 2018

4.2 Conocimientos actitudes y prácticas de alimentación, referentes teóricos

Señalan además, que la pauta de comportamiento más habitual respecto a la salud consiste en acudir al médico una vez contraída la enfermedad para que se erradique y de esta forma la salud quede restaurada, las pautas alternativas consistirían en adoptar comportamientos que disminuyen la probabilidad de contraer una serie de afecciones comunes, con lo que las visitas al médico disminuirían considerablemente, así como, todo el malestar y el seguimiento asociado a los procesos de enfermedad evitados, pero eso implica una concepción de la salud y de la medicina radicalmente diferente a la única ausencia de enfermedad (Sánchez, 1999).

Un estilo de vida saludable implica realizar ejercicio físico en forma regular, consumir una dieta saludable y equilibrada y abstenerse de hábitos nocivos como el alcohol, tabaco y seguir prácticas de seguridad (Medline Plus, 2013).

Además, ya instaurada la enfermedad, se debería asumir estilos de vida saludables para minimizar los factores de riesgo desencadenantes de crisis y complicaciones en la evolución de la enfermedad.

Según la OMS “el estilo de vida es una manera de vivir basado en patrones de comportamiento identificables, que están determinados por la interacción entre

características personales de los individuos, interacciones sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales “. (OMS, 1998).

El estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, en la década de los 80 , del pasado siglo, gracias al informe Lalonde (1974), donde se presentaba la importancia de los hábitos de vida y su importancia sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”.

De acuerdo con el modelo de Laframboise, (citado por Cámara, 2014) utilizado en el informe Lalonde (1974), la salud se considera como una variable dependiente influida por los llamados “factores determinantes de salud”:

- a. Factores ligados a la biología humana
- b. Factores ligados al entorno o medio ambiente
- c. Factores ligados a los estilos de vida
- d. Factores ligados al sistema sanitario.

En este modelo, se asevera que los logros de mayor importancia en cuanto a la contribución potencial de la reducción de la mortalidad provienen de los cambios en los estilos de vida. En este sentido, los hábitos alimentarios adquieren un papel importante y se asocian a otras prácticas positivas o desfavorables: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico etc. (Aranceta J, 1995).

4.2.1 Alimentación

La alimentación es uno de los factores con mayor influencia en la salud. Realizar una dieta suficiente, equilibrada y adaptada a las necesidades en las diferentes etapas de la vida, garantiza un adecuado crecimiento físico, facilita el desarrollo psicológico, ayuda en la prevención de enfermedades y favorece un estado óptimo de salud (Lopez,1998).

En la historia de la alimentación, los hábitos alimentarios del hombre han cambiado desde la creación hasta nuestros días, de una sociedad a otra, la lección de los alimentos, su valor gastronómico, su preparación y manera de comerlo dependerán de la cultura y su medio ambiente formándose una tradición que va pasando de generación en generación. Durante siglos, los griegos y romanos celebraban en banquetes recostados, pero desde la

edad media los avances económicos y tecnológicos han cambiado, actualmente el descubrimiento de las vitaminas por los nutricionistas surge la “nueva cocina” cocciones cortas y protagonismo de las verduras, disminución de harinas refinadas, mantequilla, azúcar, sin embargo, este tipo no llega a popularizarse en los hogares (Treasure, Smith, Grane, 2011).

Uno de los principales componentes de un estilo de vida saludable es la dieta. El término dieta tiene diversos significados y, por su relación con la manera de aportar nutrientes al organismo o alimentación, deriva del griego diaita o dayta, que se refiera a régimen de vida para evitar la enfermedad. De hecho, en la antigua Grecia, la palabra dieta se asociaba no solamente a la ingesta de alimentos, sino también a un conjunto de hábitos y prácticas consideradas sanas.

En este contexto, el aforismo hipocrático que dice:” Que tu medicina sea tu alimento y el alimento tu medicina”, todavía tiene vigencia. Esta definición entronca con el concepto de Higiene o de pautas que contribuyen a la salud, que fueron ampliamente compiladas en la obra del médico romano Galeno. Esta visión greco-romana coincide con las orientaciones del Siglo XXI sobre Medicina Preventiva y Salud Publica, que considera la alimentación como un factor fundamental para la salud y calidad de vida.

Implica un control alimentario consciente y una regulación de los alimentos como medida higiénica o terapéutica, con especial atención a las cualidades y defectos respecto a una situación de nutrición determinada con ponderación de los componentes nutricionales.

Actualmente, los alimentos son considerados como compuestos en los que se reconocen más de 50 constituyentes indispensables para los procesos vitales, denominados genéricamente nutrientes, que específicamente pueden aportar componentes energéticos, estructurales o de sostén (material plástico) o elementos reguladores (agentes control) para el normal funcionamiento de las células y del organismo en su conjunto. Los clasificaremos en hidratos de carbono o azúcares, lípidos, proteínas, vitaminas hidrosolubles y liposolubles, minerales y finalmente el agua (Cámara, 2014).

Así, se define como alimentación la manera de proporcionar al organismo las sustancias que le son indispensables para su subsistencia. Es un proceso voluntario y consciente, susceptible de ser socializado socio-culturalmente, de esta forma se da la síntesis de tres factores principales: los sistemas biológicos, la cultura y el medio. Éste es

un concepto que engloba dentro de él, por una parte, los procesos nutritivos y de otra la regulación y el control dietético, y al mismo tiempo todo el marco social y cultural que se ve implicado desde el punto de vista de los comportamientos alimentarios y los estilos de vida.

El comportamiento alimentario es la realidad referida tanto a los alimentos y su manipulación, cargados de atributos culturales como a los grupos humanos que participan y se organizan en sistemas alimentarios que se adaptan permanentemente por ser consistentes con su sistema socio-cultural (Palou A et al, 2004).

Estudios reportan que dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardiaca (OMS, 2017).

En base a estas definiciones, podemos definir una alimentación saludable, como aquella capaz de prevenir las carencias nutricionales y de cubrir las necesidades energéticas de la persona, aportando todos los nutrientes necesarios, en la proporción adecuada, así como la energía suficiente, en función de las etapas fisiológicas de la vida. Además, se trata de una alimentación que proporciona bienestar, salud y longevidad, reduciendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (Martínez A, 2004).

Surge por tanto la necesidad de actuar sobre factores ambientales como la dieta con el fin de mejorar uno de los componentes de la salud más importantes.

4.2.2 Glosario de conocimientos, actitudes y prácticas

Conocimiento: Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

Actitud: Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto.

Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los

Práctica: Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados.

4.2.3 Modelo de Dorotea Orem

Para intervenir sobre los pacientes hipertensos, teniendo en cuenta sus conocimientos, actitudes y prácticas, debemos contextualizar el autocuidado como el

supuesto teórico desde la Enfermería que será usado en este estudio. Definido por Orem en su “Teoría del Déficit de Autocuidado”, una teoría general de Enfermería, que integra de forma armónica otras tres subteorías relacionadas entre sí, que son utilizadas conjuntamente para diseñar y orientar la prestación de cuidados: a) Teoría de Autocuidado, en la que define el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia; b) Teoría del Déficit de Autocuidado, en la que se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit; c) Teoría del Sistema de Enfermería, en la que se explica los modos en que lo(a)s enfermero(a)s pueden atender a los individuos (Expósito, 2012).

El modelo de Orem demuestra que cuando las capacidades de las personas son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado, la enfermera diseña y aplica un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado.

Orem planteó: que el/la enfermera(a) se desempeña como sustituto, en un sistema totalmente compensatorio cuando el paciente, no puede participar en su propio cuidado; como apoyo, en un sistema de enfermería parcialmente compensatorio cuando el paciente participa en su cuidado y como compañía, en un sistema de apoyo educativo, para los pacientes con capacidad para auto cuidarse. Afirmó que los métodos de ayuda que se pueden utilizar son cinco: actuar por otros, orientar y dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico, proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal y enseñar.

Contextualizando los métodos de ayuda que propone Orem, en el estudio que se propone, podrían las intervenciones ir dirigidas a la relación de ayuda es un intercambio humano enriquecedor, en el que se procuran captar las necesidades de los pacientes (actitudes, conocimientos y practicas) para que éste pueda encontrar nuevas posibilidades para afrontar la enfermedad, mejorar sus conocimientos y prácticas.

5. Metodología de Investigación

5.1 Enfoque

Cuantitativo, se trata de un proceso sistemático, riguroso, formal y objetivo para genera información numérica sobre el mundo. La investigación cuantitativa se realiza para describir nuevas situaciones, acontecimientos o conceptos. Se centra en fenómenos capaces de ser medidos porque se basa en mediciones numéricas para analizar y comprobar datos e información concreta (Burns (2013); Salamanca, 2012)

5.2 Tipo de estudio

Descriptivo porque no pretende medir una presunta relación causa-efecto, sino simplemente describir el hecho, es la exploración y descripción de fenómenos en situaciones de la vida real. Será de corte transversal, porque se mostrarán los datos obtenidos en un momento de tiempo determinado. Las variables se medirán de manera simultánea y no siempre podrá establecerse una secuencia temporal entre ellas (Burns (2013); Salamanca, 2012).

5.3 Materiales, población y muestra

5.3.1 Población Diana.

Población adulto mayor del municipio de Malambo según proyecciones del DANE a 2018.

La población accesible: de la presente investigación estará constituida por 890 adultos mayores que asisten al programa de hipertensión del hospital de Malambo, del departamento del Atlántico.

5.3.2 Muestra.

La muestra fue probabilística, con la participación voluntaria entre los adultos mayores que asisten al programa de hipertensión del hospital de Malambo, del departamento del Atlántico. $n = 269$

No obstante, se aplicará la siguiente fórmula estadística para calcular el tamaño de la muestra, que sea representativo de la población objeto de estudio, que cumpla con los criterios de inclusión, con un intervalo de confianza del 99% y un margen de error del 5%.

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

e = Nivel de error dispuesto a cometer

N = Tamaño de la población.

$$n = \frac{Z^2(p * q)}{e^2 + \frac{(Z^2(p * q))}{N}}$$

Para seleccionar la muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que deseen participar voluntariamente, en la investigación previa información.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores que no sean atendidos en el programa de hipertensión del hospital de Malambo, no deseen participar voluntariamente en la investigación y/o tengan deterioro cognitivo.

Adultos mayores ausentes el día de la aplicación de las encuestas

5.4 Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico de Cari en 2015, Para el estudio que se presenta solamente se tomaron las primeras 54 ítems que corresponden a conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable, este instrumento es una adaptación del cuestionario elaborado por Choque en 2008. No siendo objeto de esta investigación a la práctica de ejercicios físicos.

Este instrumento sirvió para elaborar el diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición de los adultos mayores, el cual sirvió de base para el diseño de la estrategia educativa.

El cuestionario de alimentación está dividido en 3 partes:

Datos generales (I): Edad, sexo, estado civil y datos antropométricos, considerando además la etnia.

Primera parte (II). Está compuesta por 19 Items de conocimientos con preguntas cerradas, Verdadero, Falso sobre definiciones, tipos, beneficios, consecuencias, frecuencias de la alimentación saludable. El cual medirá un conocimiento en una escala: excelente, bueno, regular, deficiente. (considerándose excelente cuando el 85% o más de los adultos mayores responde acertadamente, bueno entre el 70% y el 84.9, 9%, regular del 69,9% - 51% y deficiente si menos del 51 % de los adultos mayores responden de manera incorrecta las interrogantes.

Segunda parte (III) compuesta por 22 ítems sobre actitudes respecto a la alimentación saludable y su grado de disposición. Qué medirá la actitud en una escala:

Muy indispueto

Indiferente

Dispuesto

Muy dispuesto

Tercera parte (IV). La guía de observación también consta de 13 ítems que miden la frecuencia de práctica de alimentación saludable. Se medirá en una escala:

Nada en la semana

1 a 2 veces por semana

3 a 4 veces por semana

5 a 6 veces por semana

Todos los días.

5.4.1 Validación del instrumento

Al instrumento, la autora le realizó en el contexto peruano validación de contenido, fiabilidad, validación estadística mediante análisis factorial (Alfa de Cronbach 0.935)

Para este estudio, por ser un instrumento que no se ha utilizado en la población de estudio se realizó la validez de contenido a través de juicio de expertos y con la finalidad de comprobar la confiabilidad y validez del instrumento se realizó una prueba piloto previa a la recolección de los datos

5.5 Técnicas, análisis y/o procedimientos

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora, en la consulta de Hospital de Malambo donde asisten los adultos mayores hipertensos. Se aplicó en un lugar ventilado, con iluminación y privacidad.

5.6 Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de variables

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Características socio demo-gráficas	Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los hombres y las mujeres	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
	Edad	Número de tiempo en años que tiene el individuo desde su nacimiento.	Cuantitativa	Razón	1,2,3,4.....
	Nivel de escolaridad	Condición de nivel educativo máximo que ha alcanzado la persona, durante su vida	Cualitativa	Ordinal	Primaria Primaria incompleta Bachiller Bachiller incompleto Técnico Tecnólogo Universitario Post grado
Clasificación de HTA	Nivel de ingresos				
	Tipo de HTA	El tipo de HTA que padece el individuo según la clasificación de la JNC Registrada en la historia clínica	Cualitativa	Ordinal	Normal Pre hipertensión Hipertensión estadio 1 Hipertensión estadio 2 Crisis Hipertensiva
Estado nutricional	Peso	Medida en Kg, resultado de la medida reportada por la báscula.	Cuantitativa	razón	Peso en Kg
	Talla	Medida de la altura de un adulto, reportada en cm. por un tallímetro	Cuantitativa	Razón	Cm. de talla
	IMC	Índice sobre la relación	Cuantitativa	Razón	Valor del IMC

		entre peso y altura			
Conocimiento, actitudes y practicas sobre alimentación	Conoci- miento	Conocimientos sobre la alimentación saludable, los cuales son importantes para el buen funcionamiento de nuestro organismo	Cualitativa	Nominal	Pre- test Preguntas dicotómicas Escala Likert Verdadero Falso Se utilizó una escala de medición con los siguientes parámetros: excelente, bueno, regular, deficiente. (considerándose excelente cuando los adultos mayores responden acertadamente más del 85% de las preguntas, bueno entre el 70% y el 84, 9%, regular del 69,9% - 51% y deficiente si responden acertadamente menos del 51 % de los interrogantes.
	Actitudes	Actitud frente a la alimentación saludable	Cualitativa	Ordinal	Pre/pos test Escala de Likert 1) Muy indispueto (2) Indispueto (3) Indiferente (4) Dispuesto (5) Muy dispuesto
Conocimientos, actitudes y practicas sobre alimentación	Practicas	Prácticas de alimentación saludable	Cuantitativa	Razón	Pre/ pos test Escala de Likert - Nada en la semana - 1 a 2 veces por semana - 3 a 4 veces por semana - 5 a 6 veces por semana - Todos los días Pre/pos test Escala Likert

5.7 Análisis de Resultados

El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 (2016) en español, con un nivel de confiabilidad de 95% y 5% de error.

Los datos son presentados en tablas de frecuencias agregando porcentajes, donde se describen los datos, valores o puntuaciones obtenidas por cada variable con el respectivo

análisis y discusión. Algunas distribuciones de frecuencia son presentadas en histogramas, gráficas circulares y polígonos de frecuencia.

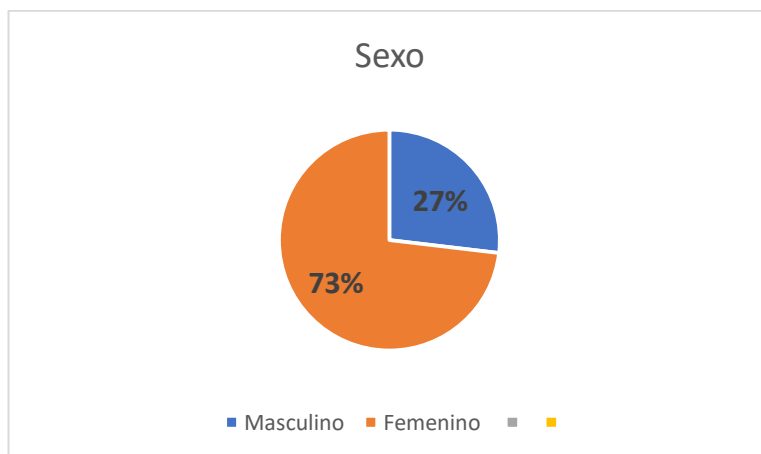
5.8 Consideraciones éticas

De acuerdo a la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, se tomaron en cuenta las normas científicas y administrativas para llevar a cabo a investigación, se respetaron los aspectos relacionados con el respeto a los derechos humanos y su bienestar. En razón se solicitó el Aval del Comité de Ética de la Universidad del Atlántico para el desarrollo de este trabajo. Previo a la aplicación del instrumento el participante firmó el consentimiento informado, donde se le informó la privacidad de la información suministrada y se hizo claridad que su participación en el estudio es voluntaria y su participación hasta cuando lo decida. La investigación es sin riesgos, debido que no se realizaron procedimientos invasivos que afecten la salud del participante (Anexo 1).

6 Resultados y Discusión

Con el objeto de diseñar una estrategia educativa orientada a las necesidades de la población objeto de estudio representado por los adultos mayores asistentes al programa de hipertensos en una institución de salud de baja complejidad de atención en Malambo, Atlántico en el segundo semestre de 2019 se aplicó una encuesta a 67 adultos mayores para describir sus características sociodemográficas, así como valorar los conocimientos, actitudes y practicas sobre alimentación saludable y ejercicio físico. A continuación, se presentan los resultados de la encuesta aplicada los cuales se constituyeron en línea de base para el diseño de la estrategia educativa.

6.1 Características socio demográficas de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.



Gráfica 1. Distribución porcentual de Genero de los adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico, 2019

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico

La figura 1 muestra la mayor participación de mujeres con un 73% entre los adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico y solo el 27 % corresponden al sexo masculino.

Tabla 3. Rango de edad de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico, 2019

Rango de Edades	Frecuencia	%
Total	63	100
50 – 65	41	67
> 65	22	33

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico

La tabla 3. Expone que la población encuestada corresponde en una gran proporción a adultos mayores jóvenes con un 67% entre 50 y 65 años de edad. Por su parte, la tabla 4 muestra que el grupo está conformado en un 55 % por mestizos seguidos por un 22% de etnia blanco.

Tabla 4. Etnia de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico. 2019

Etnia	Frecuencia	%
Indígena	12	18
Afrodescendiente, Palenquero y Raizal	3	4
Mestizo	37	55
Blanco	15	22
Total	67	100

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

En la tabla 5 se aprecia un alto porcentaje de la población con bajo nivel educativo, el 34% de los adultos mayores refirieron que su nivel educativo era primaria completa y un 33%

primaria incompleta. Es de señalar que 6% de los participantes se declaran analfabetos, datos a considerar para el desarrollo de una estrategia educativa.

Tabla 5. Nivel educativo de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.

Nivel Educativo	Frecuencia	%
Analfabetos	4	6
Primaria Incompleta	22	33
Primaria completa	23	34
Bachillerato Incompleto	14	21
Bachillerato completo	4	6

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

Con respecto a las características económicas, el 55.2% de los adultos mayores tiene un ingreso mensual correspondiente al salario mínimo y el 44, 78% un salario superior al salario mínimo, como muestra la tabla 6 y el 100% gasta menos de un salario mínimo en su alimentación (tabla 7).

Tabla 6. Ingresos mensuales familiares de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico. 2019

Ingresos mensuales familiares	Frecuencia (n)	Porcientos
Ingresos = 1 salario mínimo	37	55.22%
Ingresos > 1 salario mínimo	30	44.78%
Total	67	100.00%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

Tabla 7. Gasto mensual en alimentos de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.

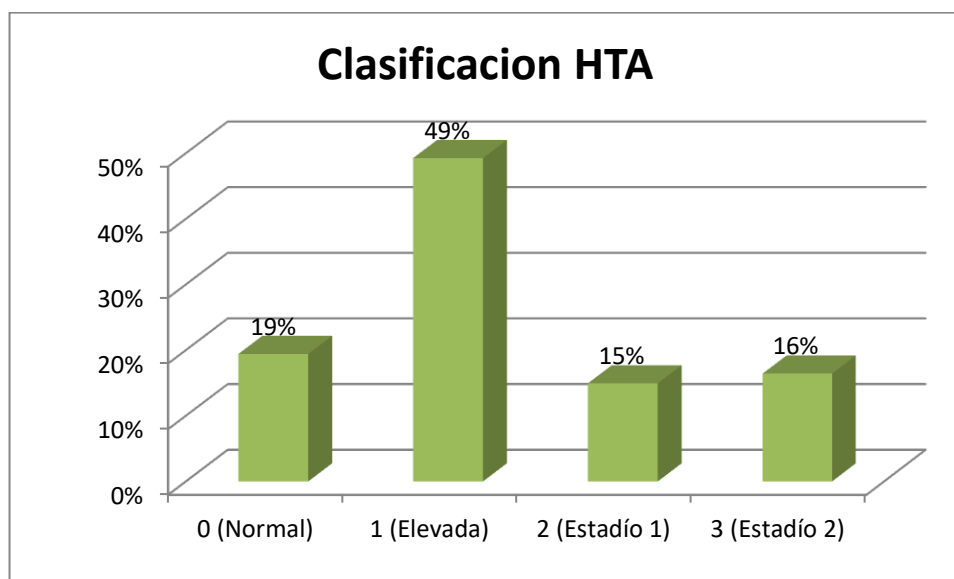
Gastos en alimentos mensual	Frecuencia (n)	Porcentaje
< 1 salario mínimo	67	100.00
Total	67	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

6.2 Tipos de Hipertensión Arterial

La figura 2 muestra que el 49 % de los participantes presentaron HTA elevada el día del control en el programa de hipertensos, y solo el 19% se encontraron con la presión arterial normal indicando un bajo porcentaje de personas con la presión arterial controlada.

Figura 2. Clasificación de Hipertensión en adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico. 2019



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

6.3 Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en los hábitos alimentarios

Tabla 8. Conocimientos sobre alimentación de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.

CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN	VERDADERO		FALSO	
	Frec	Porcentaje	Frec	Porcentaje
C1. Alimentación saludable es aquella que está equilibrada y satisface las necesidades de nutrientes para el correcto crecimiento y desarrollo de capacidades físicas e intelectuales	62	92,54	5	7.46
C2. Los problemas de salud comúnmente asociados a la mala alimentación son: enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, hipertensión.	60	89,55	7	10.45
C3. Los alimentos que favorecen la disminución de grasa en la sangre son: los cereales integrales, hortalizas, verduras, leguminosas, semillas y frutos oleaginosos.	57	85,07	10	14.93
C4. Son leguminosas secas: arroz, avena, trigo, cebada, centeno, quinua, amaranto.	63	94,03	4	5.97
C5. Son leguminosas frescas: arvejas verdes, habas verdes, frijol verde, habichuelas largas y cortas.	56	83,58	11	16.42
C6. Los cereales constituyen: garbanzo, frijoles, lentejas, habas.	55	82,09	12	17.91
C7. Son semillas y frutos oleaginosos: maní, ajonjolí, nueces, pistachos.	54	80,60	13	19.40
C8. Son hortalizas y verduras: lechuga, espinaca, acelga, brócoli, apio, cebolla, puerro, rábano, tomate, zanahoria, ahuyama, perejil, cilantro.	65	97,01	2	2.99
C9. Es muy importante consumir 3 a 5 porciones de frutas diarias.	63	94,03	3	4.48
C10. La comida más importante del día es el desayuno	47	70,15	20	29.85
C11. Son preferibles los aceites de extracción en frío como: aceite de oliva, girasol y soya	49	73,13	18	26.87
C12. Se recomienda limitar el consumo de leche y derivados diariamente.	50	74,63	17	25.37
C13. Son buenas opciones para reemplazar la leche de vaca, las bebidas de soya, maní, ajonjolí, nueces y almendras.	35	52,24	31	46.27
C14. Una alimentación saludable no requiere el consumo de carnes, vacuno, aves y peces con escama.	39	58,21	28	41.79
C15. Consumir más de 3 unidades de huevo, resta minutos de vida	39	58,21	28	41.79
C16. Los postres de frutas frescas son alimentos bajos en caloría.	50	74,63	17	25.37

C17. Los helados, pudines y postres incluyen en su preparación leche y azúcar por lo que no se deberían consumir.	60	89,55	7	10.45
C18. Consumir miel es más saludable que el azúcar	62	92,54	5	7.46
C19. Es saludable agregar sal a tus alimentos al consumirlos.	59	88,06	8	11.94
C20. Los aditivos: caldos concentrados, pimienta, mostaza, vinagre, son positivos para la salud.	62	92,54	5	7.46

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

De las 20 preguntas que exploraron nivel de conocimiento (tabla 8) se observa que la gran mayoría de los adultos mayores tiene conocimiento sobre alimentación saludable y los beneficios para la salud que tienen. El 24% manifiestan que no conocen cuales son las leguminosas y cereales. El 70% manifiesta que la comida más importante del día es el desayuno. El 58 % de esta población manifiesta que una alimentación saludable no requiere el consumo de carnes, peces, igualmente considera el 58% que consumir 3 unidades de huevo resta minutos de vida, así como también las opciones para reemplazar la leche de vaca.

De igual forma se aprecia que el 52,24% de los adultos mayores refirió que son buenas opciones para reemplazar la leche de vaca, las bebidas de soya, maní, ajonjolí, nueces y almendras. Además, se destaca que el 92,54% de los adultos mayores refirió que los aditivos son positivos para la salud y 88.06% considera que es saludable agregar sal a los alimentos al consumirlos. Estos resultados evidencian un conocimiento insuficiente en relación a estos temas indagados y orientan a considerarlos como temas de una estrategia educativa.

Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre alimentación de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	4	6,0
Bueno	41	61,2
Regular	16	23,9
Deficiente	6	9,0

Total, respuestas	67	100
-------------------	----	-----

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

De acuerdo a la escala de valoración utilizada se considera excelente cuando los adultos mayores responden acertadamente más del 85% de las preguntas, bueno entre el 70% y el 84, 9%, regular del 69,9% - 51% y deficiente si responden acertadamente menos del 51 % de los interrogantes.

De las 20 preguntas que exploraron nivel de conocimiento (tabla 9) se evidenció que un gran porcentaje (67,2%) de los adultos mayores participantes en el estudio presentan un nivel de conocimientos excelentes y bueno (6,0% y 61,1% respectivamente), solamente un 9% tiene un nivel conocimientos deficientes sobre alimentación saludable.

Tabla 10. Actitudes frente a la alimentación de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.

ACTITUDES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN	Muy indispuerto	Indispuerto	Indiferente	Dispuesto	Muy dispuesto
Abstenerse de comer cereales refinados: arroz, harina de trigo, fideos, maicena, galletas, pan blanco	8,96%	23,88%	10,45%	53,73%	2,99%
Comer cereales integrales: arroz, pan, avena, trigo, maíz, centeno, quinua, ajonjolí.	1,49%	14,93%	37,31%	35,82%	10,45%
Comer verduras crudas: lechuga, tomate, zanahoria, pimiento, pepino, rábanos, repollo.	0,00%	5,97%	0,00%	43,28%	50,75%
Comer frutas frescas: guayaba, mango, mandarina, guineo, uva, papaya, piña, naranja, manzana, pera.	0,00%	0,00%	0,00%	46,27%	53,73%
Comer frutos secos, una porción diaria.	0,00%	7,46%	20,90%	52,24%	19,40%
Comer leguminosas frescas: arvejas verdes, habichuelas, habas verdes o guisantes.	0,00%	11,94%	8,96%	55,22%	23,88%
Comer leguminosas secas:	0,00%	16,42%	4,48%	56,72%	22,39%

garbanzo, frijoles, lentejas u otros.					
Abstenerse de comer manteca vegetal, margarina, mayonesa.	5,97%	16,42%	10,45%	56,72%	10,45%
Preferir aceites vegetales: oliva, girasol, maíz u otros.	0,00%	7,46%	17,91%	49,25%	25,37%
Limitar el consumo de leche y derivados.	0,00%	40,48%	32,84%	52,24%	10,45%
Comer con moderación huevos, 3 unidades por semana.	1,49%	8,96%	23,88%	49,25%	16,42%
Evitar totalmente el consumo de carnes, aves y peces con escama.	10,45%	56,72%	14,93%	13,43%	4,48%
Preferir el consumo de bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras.	4,48%	34,33%	14,93%	31,34%	14,93%
Abstenerse de tomar bebidas estimulantes, red Bull, gaseosas, bebidas con electrolitos.	5,97%	17,91%	10,45%	32,84%	32,84%
Beber agua pura más de 8 vasos diarios.	0,00%	14,93%	14,93%	35,82%	34,33%
Comer postres de frutas secas o ensaladas de frutas.	0,00%	13,43%	22,39%	34,33%	29,85%
Abstenerse de bebidas como café, gaseosas.	1,49%	13,43%	10,45%	49,25%	25,37%
Sazonar ensaladas con aliño simple, limón, ajo, hierbas verdes.	0,00%	7,46%	7,46%	46,27%	38,81%
Evitar líquidos en las comidas	6,06%	25,76%	19,70%	33,33%	15,15%
Tomar un buen desayuno	0,00%	5,97%	1,49%	65,67%	26,87%
Tomar una Cena liviana.	0,00%	0,00%	0,00%	73,13%	26,87%
Consumir una cantidad adecuada de alimentos.	0,00%	0,00%	2,99%	68,66%	28,36%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

La tabla 10 indica que de los 22 ítems que indagaron sobre la Actitud para la alimentación de los adultos mayores se evidencia que 18 (81,8% de las preguntas del instrumento) participantes en el estudio refirieron estar dispuestos ante una alimentación

saludable. No obstante, solamente el 49,25 % de los adultos mayores refirieron estar dispuestos a comer con moderación huevos, 3 unidades por semana, el 32,84% abstenerse de tomar bebidas estimulantes, red Bull, gaseosas, bebidas con electrolitos, el 49,25% de consumir bebidas durante las comidas, el 34,33% comer postres de frutas secas o ensaladas de frutas, el 35,82 % beber agua pura más de 8 vasos diarios.

Además, de los adultos mayores el 37,31% refirió que eran indiferentes a comer cereales integrales: arroz, pan, avena, trigo, maíz, centeno, quinua, ajonjolí. El 56,72% que estaban indispuestos a evitar totalmente el consumo de carnes, aves y peces con escama y el 34,33% indispuestos a preferir el consumo de bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras.

Tabla 11. Prácticas de alimentación (consumo semanal) de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico.

Prácticas de alimentación (consumo semanal)	Todos los días	Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	5 a 6 veces por semana	3 a 4 veces por semana
Cereales integrales: arroz, avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua, pan integral, galletas y fideos integrales	37,31%	34,33%	20,90%	7,46%	0,00%
Frutas frescas: naranja, mandarina, mango, guayaba, papaya, uvas, guineo, pera, melón, fresa.	29,85%	1,49%	17,91%	10,45%	40,30%
Frutas secas o deshidratadas: uvas pasas, higos o brevas, ciruela, guineo paso	5,97%	11,94%	52,24%	10,45%	19,40%
Hortalizas y verduras: lechuga, espinaca, acelga, tomate, zanahoria, pimentón, pepino, ahuyama, brócoli, repollo, otros.	38,81%	4,48%	13,43%	22,39%	20,90%
Leguminosas frescas: habichuelas, arvejas verdes, habas verdes, frijoles verdes.	7,46%	8,96%	35,82%	13,43%	34,33%
Leguminosas secas o deshidratadas: garbanzo, frijoles, lentejas, guandules, soya	1,49%	1,49%	46,27%	10,45%	40,30%

y otros.					
Oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, almendras, otros.	1,49%	28,36%	47,76%	11,94%	10,45%
Aceite vegetal extraído al frío: aceite de oliva, girasol, maíz, soya, ajonjolí.	25,37%	22,39%	43,28%	0,00%	8,96%
Manteca vegetal, margarina, grasa animal, mayonesa comercial.	10,45%	28,36%	22,39%	2,99%	35,82%
Huevos.	7,46%	14,93%	26,87%	5,97%	44,78%
Carnes: Res, ternera, aves, gallina, pescados con escamas.	16,42%	4,48%	17,91%	8,96%	52,24%
Leche y derivados: queso, yogurt comercial.	13,43%	5,97%	40,30%	0,00%	40,30%
Bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras, otros.	4,48%	37,31%	40,30%	0,00%	17,91%
Postres de frutas frescas asadas o ensaladas de frutas.	0,00%	35,82%	35,82%	8,96%	19,40%
Consume 8 vasos de agua al día.	41,79%	8,96%	25,37%	2,99%	20,90%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

El análisis de las prácticas de alimentación de los adultos mayores participantes en el estudio, no evidencian un patrón homogéneo en la mayoría de las interrogantes se distribuyen indistintamente en las opciones de respuestas. La tabla 11 muestra que el 37,31% de los encuestados manifestó consumir cereales integrales: arroz, avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua, pan integral, galletas y fideos integrales todos los días y el 34,33% nada en la semana. El 29,85% reportó consumir todos los días frutas frescas: naranja, mandarina, mango, guayaba, papaya, uvas, guineo, pera, melón, fresa y el 40,30% de 3 a 4 veces a la semana.

Además, el 52,24% declaró consumir frutas secas o deshidratadas: uvas pasas, higos o brevas, ciruela, guineo paso, 1 o 2 veces por semana y solo el 5,97% los consume todos los días. El 38,81% refirió consumir diariamente hortalizas y verduras: lechuga, espinaca, acelga, tomate, zanahoria, pimentón, pepino, ahuyama, brócoli, repollo y el 4,48% refirió

no consumirlos en la semana. Solamente el 7,46% consumen diariamente leguminosas frescas: habichuelas, arvejas verdes, habas verdes, frijoles verdes.

También se puede observar que el 46,27% consumen 1 o 2 veces por semana leguminosas secas o deshidratadas: garbanzo, frijoles, lentejas, guandules, soya y el 40,30% de 3 a 4 veces. El 47,76% consume de 1 o 2 veces a la semana oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, almendras, otros y el 43,28% aceite vegetal extraído al frío: aceite de oliva, girasol, maíz, soya, ajonjolí.

Esta propia tabla evidencia que el 28,36% reveló no consumir nada de manteca vegetal, margarina, grasa animal, mayonesa comercial y el 35,82% de 3 a 4 veces a la semana. En igual proporción (3 a 4 veces a la semana) el 44,78% consume huevos, el 52,24% carnes: Res, ternera, aves, gallina, pescados con escamas y el 40,32% leche y derivados: queso, yogurt comercial. El 37, 31 del adulto, mayores no consume nada en la semana de bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras, otros y solamente el 4,48% refiere consumirlos todos los días. Ninguno de los adultos mayores (0,0%) refirió consumir diariamente postres de frutas frescas asadas o ensaladas de frutas, el 35,82% planteó que no consumen nada de estos postres o frutas en la semana e igual proporción refirió consumirlos 1 o 2 veces por semana. Una situación preocupante es que el 8, 9 % de los participantes reportó no consumir nada en toda la semana cuando se les interrogó sobre si consume 8 vasos de agua al día.

6.4. Estado nutricional de la población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.

El 45 % (30) de los adultos mayores se encuentran en sobrepeso (IMC = 25-29.9) con un riesgo aumentado de enfermedades no transmisibles, seguido por el 34% (23) con un peso normal (IMC= 18.5-24,9), el 13 % (9) tienen un índice de masa corporal entre 30 – 34, por lo que son clasificados con Obesidad Grado I y riesgo moderado de enfermedades no transmisibles, el 6% (4) presentan un IMC entre 35 y 39,9 y se clasifican en Obesidad grado II y riesgo severo de enfermedades no trasmisibles (tabla 12).

Tabla 12. Distribución del estado nutricional según el Índice de Masa Corporal de adultos mayores hipertensos que asiste al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.

IMC (kg/mts ²)	CANT	%
< 18.5	1	1
18.5 - 24.9	23	34
25 - 29.9	30	45
30 - 34.9	9	13
35 - 39.9	4	6
Más de 40	0	0
TOTAL	67	100

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

6.5 Herramienta pedagógica de información, educación y comunicación con enfoque participativo orientada a la promoción de estilos de alimentación saludable en adultos mayores hipertensos atendidos en hospital de Malambo, Atlántico.

La herramienta pedagógica tenía el propósito de mejorar los hábitos y prácticas relacionadas con la alimentación y nutrición en la población adulta mayor que asiste al programa Adulto Mayor del Hospital de Malambo, Atlántico. sustentado en el enfoque participativo y el modelo de Orem que plantea que cuando las capacidades de las personas son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado, se diseña y aplica un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado. En este sentido, se orientó la educación de los adultos mayores en promoción de estilos de alimentación saludables.

Se desarrolló una estrategia educativa consistente en sesiones educativas y talleres prácticos de alimentación saludable. Para ello se utilizó la metodología ARDE, la cual ha sido utilizada con éxitos en otros contextos suramericanos en educación para adultos.

El adulto mayor participa activamente en cada una de las etapas, enfatiza la reflexión y destaca la utilización de mensajes fuerza para fijar los conocimientos en el participante. Esta metodología consiste en cuatro partes: Animación, reflexión, demostración y evaluación.

Animación. Se motiva a los participantes a romper el hielo, creando un ambiente de confianza; esto ayuda a estimular los sentidos y permite a los participantes y capacitadores despejarse de lo cotidiano. En este momento también se motiva y despierta el interés de las personas por el tema. Se hace una breve introducción y se presenta el tema a tratar.

Reflexión. Este paso permite conocer qué tanto sabe del tema el público objetivo, permitiendo recoger los conocimientos previos de los participantes, analizarlos y a contrastar los saberes nuevos o nuevos conocimientos. Aquí el facilitador brinda la nueva información en base a los conocimientos previos de los participantes.

Demostración. La “demostración” es el corazón de la metodología ARDE, porque permite a los participantes aplicar lo aprendido en forma grupal o personal y plasmarlo en acciones concretas. Es en este momento cuando se generan los mensajes fuerza y se refuerzan conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas. Favorece el intercambio de experiencias y/o conocimientos adquiridos por los participantes.

Evaluación. La evaluación permite verificar, reafirmar y retroalimentar lo aprendido. Finalmente, como parte de la evaluación los participantes asumen compromisos de mejorar las prácticas respecto a los temas tratados

Protocolo educativo: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la Alimentación y Nutrición de Adultos Mayores	
Población objetivo (audiencia): Adultos mayores hipertensos que asisten al programa de Adulto mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	
Problema: Alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT)- Hábitos Alimentarios no saludables.	
Estrategia: “Reconozco y conozco mi plato saludable”	
Objetivo general: Mejoramiento de hábitos y prácticas relacionadas con la alimentación y nutrición en la población adulta mayor que asiste al programa Adulto Mayor del Hospital de Malambo, Atlántico.	
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los conocimientos sobre alimentación y nutrición en los adultos mayores. • Fomentar el cambio de actitudes respecto a la alimentación • Desarrollar en las participantes habilidades prácticas de elaboración de menús saludables. 	
Fecha en la que se realiza la Estrategia Educativa (EE):	Horario: 8 a 10 am
RECURSOS HUMANOS Investigadora (enfermera) Facilitadores para las capacitaciones Enfermeras del Hospital Malambo	
RECURSOS MATERIALES Computador Proyector de imágenes Material de oficina (Lápices, borradores, saca punta, papel, goma, clips, grapas, carpetas fólder, cartulinas, acetatos, tinta de impresora, etc.)	
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> - Reunión de trabajo con Autoridades del Hospital para socializar la propuesta. - Reunión de trabajo con personal de Salud del hospital para proponer la herramienta - Reunión de trabajo con personal de Enfermería del Hospital para validar la herramienta - Aplicación de herramienta pedagógica 	

Plan de Sesiones

Para trabajar conocimientos de alimentación saludable y autocuidado, todas las sesiones fueron teórico – prácticas y se les facilitó a las participantes cartillas para reforzar conocimientos y compartir con las familias para el logro de prácticas saludables de alimentación (Ver Anexos)

Sesión 1.	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES -Importancia de una dieta balanceada
Sesión 2	ALIMENTACIÓN SALUDABLE: -Tipo y Función de los Alimentos -Grupos de alimentos
Sesión 3	EDUCACION ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES
Sesión 4	DESAYUNO SALUDABLE
Sesión 5	ALMUERZO Y CENA SALUDABLE

ESTRATEGIA IMPLEMENTADA EN CADA SESIÓN.

Animación: Se logró la motivación a través de preguntas Ejemplo: ¿Por qué consideran importante una alimentación saludable? ¿Qué tipo de alimentos contiene el plato que consumen diariamente en el desayuno, almuerzo y cena? ¿Considera Ud. que una alimentación no saludable, puede llevar a producir enfermedades crónicas no transmisibles? ¿Si tendría la posibilidad de mejorar su alimentación, lo haría?

Reflexión: Se motiva a través de la reflexión sobre las respuestas y comentarios. Se desarrolla lluvia de ideas. Se fomenta el autocuidado y alimentación saludables Se dio inicio al desarrollo de los temas. Para cambiar las actitudes se utilizaron videos motivacionales acerca de estilos saludables, constante retroalimentación entre los participantes de cómo están logrando interiorizar y practicar los nuevos cambios en su hogar, compartir los testimonios positivos acerca de la alimentación saludable

Demostración: el espacio en las sesiones para fomentar el cambio de actitudes respecto a la alimentación y el desarrollar en las participantes habilidades prácticas de elaboración de menús saludables y en su autocuidado. Elaboración de recetas saludables.

Evaluación: los participantes asumieron compromisos de mejorar de las prácticas respecto a los temas tratados, se evaluó el nivel de conocimientos post sesiones.

SESIONES EDUCATIVAS

Sesión Número 1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES IMPORTANCIA DE UNA DIETA BALANCEADA

Descripción

Competencias:

- Conoce qué son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles
- Identifica la importancia de una dieta balanceada
- Reconoce las complicaciones de salud que puede producir las Enfermedades Crónicas no transmisibles.

Duración: 60 minutos

Materiales:

- 1 papelógrafo
- Cinta adhesiva
- 10 plumones
- 60 Tarjetas en blanco
- Cuestionario con 3 preguntas para la evaluación

Actividad: Retroalimentación de Conocimientos a través de un Taller de Lluvia de ideas (30 min.)

- El facilitador solicita a los participantes a responder las siguientes preguntas:
 - ¿Qué es una dieta balanceada?
 - ¿Cuál es la importancia de una dieta balanceada para prevenir Enfermedades no transmisibles?
- Se entrega a cada participante 02 tarjeta de cartulina y un plumón grueso y se les indica que tienen 3 minutos para responder.
- En cada tarjeta se escribirá una sola respuesta. Se recomienda escribir solo “ideas” con letra legible y grande.

- Terminado el tiempo, se orienta a los participantes para que peguen la tarjeta, en el tablero y papelógrafo acondicionado para la actividad.
- El facilitador organiza con ayuda de los participantes, las tarjetas por similitud de ideas, sin emitir juicios de valor si correcta o incorrecta.

EVALUACIÓN DURACIÓN: 20 min

Actividad: El Cuestionario

- El facilitador prepara un cuestionario corto de máximo 03 preguntas sobre el tema y les entrega a los participantes para que lo resuelvan en 05 minutos.
- Finalizado el tiempo, el Facilitador lee cada pregunta y pide a cualquier participante leer su respuesta. Luego pregunta a los demás si la respuesta de su compañero es correcta.
- Si la respuesta de la persona seleccionada y del público no es correcta, el facilitador debe decir la respuesta correcta y reforzar lo que no quedo claro.
- Finalmente el facilitador hace el llamado a los participantes para el autocuidado y la prevención de Enfermedades Crónicas no transmisibles.

Sesión Número 2 y 3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

TIPO Y FUNCIÓN DE LOS ALIMENTOS GRUPOS DE ALIMENTOS

Descripción

Competencias:

- Conoce qué es una alimentación saludable
- Identifica el tipo y función de los alimentos
- Reconoce cuales son los grupos de alimentos

Duración: 60 minutos

Materiales:

- 1 papelógrafo
- Cinta adhesiva
- 10 plumones
- 60 Tarjetas en blanco

- Cuestionario con 3 preguntas para la evaluación

Actividad: Taller de Lluvia de ideas (30 min.)

- El facilitador solicita a los participantes a responder las siguientes preguntas:
 - ¿Qué es una alimentación saludable?
 - ¿Cuáles son los grupos y las funciones de los alimentos?
- Se entrega a cada participante 02 tarjeta de cartulina y un plumón grueso y se les indica que tienen 3 minutos para responder.
 - En cada tarjeta se escribirá una sola respuesta. Se recomienda escribir solo “ideas” con letra legible y grande.
 - Terminado el tiempo, se orienta a los participantes para que peguen la tarjeta, en el tablero y papelógrafo acondicionado para la actividad.
- El facilitador organiza con ayuda de los participantes, las tarjetas por similitud de ideas, sin emitir juicios de valor si correcta o incorrecta.

EVALUACIÓN DURACIÓN: 20 min

Actividad: El Cuestionario

- El facilitador prepara un cuestionario corto de máximo 03 preguntas sobre el tema y les entrega a los participantes para que lo resuelvan en 05 minutos.
 - Finalizado el tiempo, el Facilitador lee cada pregunta y pide a cualquier participante leer su respuesta. Luego pregunta a los demás si la respuesta de su compañero es correcta.
 - Si la respuesta de la persona seleccionada y del público no es correcta, el facilitador debe decir la respuesta correcta y reforzar lo que no quedo claro.
 - Finalmente el facilitador hace el llamado a los participantes para el autocuidado y la importancia de una alimentación saludable para un buen vivir.

Sesión Numero 4. DESAYUNO SALUDABLE

Descripción

Competencias:

- Explica los beneficios de un Desayuno Saludable

- Identifica las características de un Desayuno Saludable
- Prepara un modelo de desayuno saludable

Duración: 60 minutos

Participantes: 30

Materiales:

- 1 Canasta
- Figuras de alimentos de un desayuno (que sean repetidas)
- 10 plumones
- 60 Tarjetas en blanco
- Cinta adhesiva
- Alimentos de un desayuno (Hoja de información 2)
- 3 tableros o papelógrafos
- Cuestionario con 3 preguntas para la evaluación

Actividad 1: La canasta revuelta

DURACIÓN: 10 min

El facilitador haciendo uso de una canasta, distribuye imágenes de alimentos de un desayuno entre los participantes (Pan, cereal, leche, frutas, etc.). Las imágenes deben estar repetidas.

Cada participante debe buscar a la persona que tiene la misma imagen, cantado el viejo molinero. Cuando encuentre a su pareja, se debe responder a las siguientes preguntas: ¿Tomaste hoy desayuno? ¿Qué debe tener un buen desayuno?

- La pareja se da un abrazo al finalizar las preguntas.
- Todos los participantes forman un círculo y el facilitador anuncia el tema a tratar.
- Al terminar la actividad se pregunta a los participantes de que tema hablaremos hoy?

Espera la respuesta del grupo e incentive a la participación hasta que puedan dar con el título del tema: “Desayuno Saludable”

Actividad: Lluvia de ideas (10 min.)

- El facilitador solicita a los participantes a responder las siguientes preguntas:
- ¿Por qué es importante tomar desayuno?
- ¿Qué debe tener un desayuno saludable?
- Se entrega a cada participante 02 tarjeta de cartulina y un plumón grueso y se les indica que tienen 3 minutos para responder.
- En cada tarjeta se escribirá una sola respuesta. Se recomienda escribir solo “ideas” con letra legible y grande.
- Terminado el tiempo, se orienta a los participantes para que peguen la tarjeta, en el tablero y papelógrafo acondicionado para la actividad.
- El facilitador organiza con ayuda de los participantes, las tarjetas por similitud de ideas, sin emitir juicios de valor si correcta o incorrecta.

Actividad: Desayuno Saludable (10 min.)

El facilitador presenta un breve resumen sobre el desayuno saludable, sus beneficios y características con presentaciones en Power Point u otro medio.

En este espacio, también se refuerzan y reorientan las ideas de las participantes dadas en el intercambio de saberes.

DEMOSTRACIÓN DURACIÓN: 10 min

Actividad: Feria de Desayunos

- Previamente, el facilitador tiene preparado en tapers alimentos de un Desayuno, como cereales integrales, tubérculos, panes integrales, lácteos, huevos, frutas, los cuales son presentados en una mesa con sus respectivas etiquetas.
- También coordinar la participación de un jurado para la calificación de los desayunos.
- Luego, el facilitador formará 3 grupos con los participantes y les indicará que elaboren un desayuno saludable, usando los alimentos de la mesa. Para ello, se les dará 10 minutos.
- El facilitador indica que cada grupo debe presentar su preparación al jurado que

pasará por su mesa. Este jurado calificará si la preparación cumple con los criterios de un desayuno saludable.

Terminado el tiempo, un representante de cada grupo hace la presentación ante el jurado de su desayuno, sustentando porque es saludable.

Al finalizar, el jurado dará los resultados de los grupos que lograron la calificación de “desayuno saludable”

El facilitador, felicita a todos los grupos. Sí es posible, entregar un premio a los grupos que lograron elaborar un desayuno saludable.

EVALUACIÓN DURACIÓN: 20 min

Actividad: El Cuestionario

El facilitador prepara un cuestionario corto de máximo 03 preguntas sobre el tema y les entrega a los participantes para que lo resuelvan en 05 minutos.

Finalizado el tiempo, el Facilitador lee cada pregunta y pide a cualquier participante leer su respuesta. Luego pregunta a los demás si la respuesta de su compañero es correcta.

Si la respuesta de la persona seleccionada y del público no es correcta, el facilitador debe decir la respuesta correcta y reforzar lo que no quedó claro.

Finalmente el facilitador hace el llamado a los participantes a comprometerse en la práctica de tomar un desayuno saludable.

Sesión Numero 5. ALMUERZO Y CENA SALUDABLE Descripción

Competencias:

Explica los beneficios de un Almuerzo y Cena Saludable

Identifica las características de un Almuerzo y Cena Saludable

Prepara un modelo de Almuerzo y Cena Saludable

Duración: 60 minutos

Participantes: 30

Materiales:

1 Canasta

Figuras de alimentos de un almuerzo y cena (que sean repetidas)

- 10 plumones
- 60 Tarjetas en blanco
- Cinta adhesiva
- Alimentos de un desayuno (Hoja de información 2)
- 3 tableros o papelógrafos
- Cuestionario con 3 preguntas para la evaluación

Actividad 1: La canasta revuelta

DURACIÓN: 10 min

El facilitador haciendo uso de una canasta, distribuye imágenes de alimentos de un almuerzo y cena entre los participantes (proteínas, leguminosas, cereal, tubérculos, frutas, verduras etc.). Las imágenes deben estar repetidas.

Cada participante debe buscar a la persona que tiene la misma imagen, cantado el viejo molinero. Cuando encuentre a su pareja, se debe responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo preparas tu almuerzo y cena? ¿Qué debe tener un buen almuerzo?

La pareja se da un abrazo al finalizar las preguntas.

Todos los participantes forman un círculo y el facilitador anuncia el tema a tratar.

Al terminar la actividad se pregunta a los participantes de que tema hablaremos hoy?

Espera la respuesta del grupo e incentive a la participación hasta que puedan dar con el título del tema: “Almuerzo y cena Saludable”

Actividad: Lluvia de ideas (10 min.)

El facilitador solicita a los participantes a responder las siguientes preguntas:

¿Por qué es importante tomar un almuerzo y cena saludable?

¿Qué debe tener un almuerzo y cena saludable?

Se entrega a cada participante 02 tarjeta de cartulina y un plumón grueso y se les indica que tienen 3 minutos para responder.

En cada tarjeta se escribirá una sola respuesta. Se recomienda escribir solo “ideas” con letra legible y grande.

- Terminado el tiempo, se orienta a los participantes para que peguen la tarjeta, en el tablero y papelógrafo acondicionado para la actividad.
- El facilitador organiza con ayuda de los participantes, las tarjetas por similitud de ideas, sin emitir juicios de valor si correcta o incorrecta.

Actividad: Almuerzo y Cena Saludable (10 min.)

El facilitador presenta un breve resumen sobre el almuerzo y cena saludable, sus beneficios y características con presentaciones en Power Point u otro medio.

En este espacio, también se refuerzan y reorientan las ideas de las participantes dadas en el intercambio de saberes.

DEMOSTRACIÓN DURACIÓN: 10 min

Actividad: Feria Gastronómica

Previamente, el facilitador tiene preparado en tapers alimentos de un Almuerzo, como proteínas, cereales, tubérculos, leguminosas frescas, leguminosas secas, frutas, verduras los cuales son presentados en una mesa con sus respectivas etiquetas.

También coordinar la participación de un jurado para la calificación de los almuerzos

Luego, el facilitador formará 3 grupos con los participantes y les indicará que elaboren un almuerzo saludable, usando los alimentos de la mesa. Para ello, se les dará 10 minutos.

El facilitador indica que cada grupo debe presentar su preparación al jurado que pasará por su mesa. Este jurado calificará si la preparación cumple con los criterios de un almuerzo saludable.

Terminado el tiempo, un representante de cada grupo hace la presentación ante el jurado de su almuerzo, sustentando porque es saludable.

Al finalizar, el jurado dará los resultados de los grupos que lograron la calificación de “almuerzo saludable”

El facilitador, felicita a todos los grupos. Sí es posible, entregar un premio a los grupos que lograron elaborar un almuerzo saludable.

EVALUACIÓN DURACIÓN: 20 min

Actividad: El Cuestionario

- El facilitador prepara un cuestionario corto de máximo 03 preguntas sobre el tema y les entrega a los participantes para que lo resuelvan en 05 minutos.
- Finalizado el tiempo, el Facilitador lee cada pregunta y pide a cualquier participante leer su respuesta. Luego pregunta a los demás si la respuesta de su compañero es correcta.
- Si la respuesta de la persona seleccionada y del público no es correcta, el facilitador debe decir la respuesta correcta y reforzar lo que no quedó claro.
- Finalmente el facilitador hace el llamado a los participantes a comprometerse en la práctica de tomar un almuerzo y cena saludable.

6.6. Evaluación Diagnóstica del Diseño y Aplicación de la Herramienta.

Se utilizó la metodología ARDE, en el plan de intervención que se realizó a los adultos mayores, aplicando un pre test de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable a 67 adultos mayores, el cual sirvió de línea de base para el diseño de la herramienta educativa. Se desarrollaron 5 sesiones o encuentros educativos, una por semana donde se les animó a participar de talleres de menús saludables, utilizando videos, demostraciones y juegos en base a lluvias de ideas sobre alimentación y hábitos saludables, encontrándose mucha receptividad y motivación por parte de los adultos mayores. Posterior a la intervención se seleccionó a los adultos mayores que asistieron al 80% de las actividades educativa y se les aplicó un post test en el cual se observó el cambio de conocimientos y actitudes de hábitos saludables, se fomentó el autocuidado y prácticas saludables.

Tabla 5. Resultados de la evaluación de conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación pre y post intervención educativa.

Nivel de Conocimiento	PREINTERVENCION		POST INTERVENCION	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	4	6,0	4	12,1
Bueno	41	61,2	21	63,6

Regular	16	23,9	6	18,2
Deficiente	6	9,0	2	6,1
Total respuestas	67	100	33	100

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de conocimientos y actitudes y prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico.

Luego del desarrollo de la estrategia educativa, se observó un cambio favorable en el nivel de conocimiento duplicándose a un 12% el porcentaje de adultos mayores con un nivel de conocimiento excelente. De igual forma se observó un aumento de dos puntos porcentuales en los adultos mayores con un nivel de conocimiento bueno. En consecuencia, se evidenció una reducción del porcentaje de adultos mayores con nivel de conocimiento regular y deficiente en un 5,7% y 2,9% respectivamente.

7. Discusión

Frente a estos resultados se podría inferir que la herramienta ha sido efectiva de manera progresiva y concadenada en los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes en cuanto a su alimentación. Es decir, el impacto en los conocimientos ha generado un cambio de actitud, los cuales han repercutido en el mejoramiento de sus prácticas alimentarias. A pesar de que el programa duró 5 sesiones fueron positivos los resultados, ya que las prácticas no son fáciles de cambiar en un corto tiempo.

Las disminuciones en las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica en el grupo de estudio, fueron de 0.9 y 2.72 mmHg respectivamente sin ser estadísticamente significativos, aunque si clínicamente importantes. Será importante recabar un mayor tamaño de muestra y realizar comparación entre dos grupos, hacer asignación aleatoria entre los grupos de estudio y control, lo que debe aportar el rigor metodológico y validez científica de los resultados.

Resultados similares encontrados por Barrera (2007) que en su programa “Akaya Sasa” titulado “Modificación de conocimientos actitudes y prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años en Boyacá, Colombia.” Comprobó que la implementación de este programa favoreció de manera muy positiva y significativamente cambios en la población respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas en el aumento del consumo del grupo de alimentos de proteínas.

Asimismo, Concha (2008), en el programa “Come lo nuestro” sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de Quinoa, Cañigua, Kiwicha en alumnos del sexto grado de primaria y sus familiares del colegio del Titicaca Puno. Los resultados después de aplicar el programa los alumnos cambiaron sus prácticas, y en un 91.7% presentaron una actitud positiva frente a estos cereales.

Igualmente, Medina (2008) efectuó el programa, Dieta sana en disminución de síntomas de enfermedades cerebro vasculares y en la condición físico metabólica en los pobladores adultos del asentamiento humano Sicuani del distrito Ate Vitarte, Lima. Los resultados mostraron que antes de la intervención el 76.19% consumía una dieta basada en harinas refinadas y el 57.14 % en grasas y frituras, después del 86 programa este mismo porcentaje incrementa la ingesta de frutas y verduras en su alimentación, disminuyendo las harinas, grasas, y frituras 23.81 %, 14,29 %.

De la misma manera, Luna (2008) efectuó en su programa educativo, Somos vida para tu vida, para promover el consumo de frutas y verduras en los participantes en la comunidad de Fiori 2008, Lima, y los resultados estadísticos demostró mejorar su conocimiento alto sobre los beneficios del consumo de frutas y verduras de 0 % a 54.5%, la actitud favorable de 45.5% a 81.8 % después de la intervención, sus prácticas de consumir diariamente frutas y verduras de 3 a 4 porciones de 40.9 % a 91.0% después de la intervención.

De la misma manera al evaluar la efectividad del programa “Viva Mejor” en cuanto a los conocimientos sobre ejercicios se encontró que en 5 de los participantes fue efectivo el programa; es decir, antes del programa tenían bajo conocimiento sobre ejercicios y ahora han mejorado de bueno a excelente tan sólo un 13.2%. Igualmente, en cuanto a la actitud sobre el ejercicio se encontró que en 6 de los participantes fue efectivo el programa; es decir, antes del programa tenían buena actitud sobre ejercicios un 76.3% y se tiene un 92.1%; es decir, han aumentado su disposición un 15.8% más. Asimismo, en cuanto a las prácticas de ejercicios físicos se halló que 28 participantes han mejorado sus prácticas de ejercicio físico entre 3 a más días en la semana. Dicho de otro modo, la efectividad del programa es efectivo en un 73.6% en cuanto a la práctica de ejercicios físico.

8. Conclusiones

La población de adultos mayores que asiste al programa de hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico, en una mayor proporción son mujeres, mestizos y tienen un rango de edad entre 50 y 65 años de edad y reciben un salario mínimo o menos mensualmente.

El 49 % de los adultos mayores tienen HTA elevada, seguida por tensión arterial normal. El 45 % de los adultos mayores tienen un índice de masa corporal entre 25-29.9 kg/m², que se clasifica en sobrepeso, con un riesgo aumentado, el 34% presenta un peso normal y el 13 % tienen Obesidad Grado I y riesgo moderado.

Los participantes en el estudio evidenciaron antes del desarrollo de la herramienta pedagógica insuficientes conocimientos sobre alimentación, un 18,18%, malas prácticas y refirieron estar dispuestos ante una alimentación saludable el 81,8%, lo que evidencia su actitud al cambio. El análisis de las prácticas de alimentación de los adultos mayores participantes en el estudio, no evidencian un patrón homogéneo en la mayoría de las interrogantes se distribuyen indistintamente en las opciones de respuestas

Una herramienta pedagógica de información, educación y comunicación orientada a la promoción de estilos de alimentación saludable en adultos mayores hipertensos debe sustentarse en el diagnóstico de conocimientos, actitudes y prácticas de las personas a quien irá dirigida, debe estar dividida en sesiones, tener una estrategia de enfoque participativo que contribuya estilo de alimentación saludable y autocuidado.

El diseñar una estrategia educativa para el mejoramiento de estilos de alimentación en adultos mayores hipertensos atendidos en el hospital de Malambo, Atlántico, evidenció cambios en los adultos que asistieron al programa en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas.

9. Recomendaciones

Es fundamental la difusión e implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, que incluyen las de promoción de alimentación saludable en el curso de vida de la vejez, que van desde lo poblacional, lo colectivo y lo individual, en el marco de la resolución 3280 del 2 de agosto de 2018; por parte de todos aquellos actores involucrados con la salud integral de las personas adultas mayores.

Por lo anterior, es importante continuar el programa de intervención con las enseñanzas de alimentación saludable, esta experiencia será de mucha ayuda para mejorar la salud y evitar complicaciones en la población de adultos mayores. Es importante también promover el intercambio de experiencias exitosas de preparación de recetas saludables entre los adultos mayores y su familia.

Para la búsqueda de la sostenibilidad es fundamental el fortalecimiento de los conocimientos aprendidos en el programa, motivar la preparación alimentos saludables en reuniones durante la asistencia de los adultos al programa de Hipertensos en el Hospital de Malambo, Atlántico.

De igual forma, se recomienda realizar estudios de intervención con seguimiento a largo plazo y medir los efectos de variables sociales, biológicas y psico-afectivas sobre el apego a la dieta y los cambios en las cifras de TA y del estado de nutrición. Así mismo, la formulación de planes, proyectos o programas para la adquisición de infraestructura, bienes y servicios que promuevan la alimentación saludable de la población adulta mayor en los entornos donde desarrollan su vida cotidiana, según las líneas de acción del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de mejorar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de los adultos mayores.

Es importante el fortalecimiento de competencias y capacidad de cuidadores sobre manipulación, preparación y servido de alimentos y su relación con el desarrollo humano

integral (físico y emocional), encaminado a mejorar las condiciones de salud de esta población de adultos mayores.

10. Bibliografía

- Aranceta J, Pérez C, Marzana I, Egileon I, González de Galdeano L, Sáenz de Buruaga J. Encuesta de nutrición de la Comunidad Autónoma Vasca. Tendencias del consumo alimentario, indicadores bioquímicos y estado nutricional de la población adulta. Vitoria, Servicios de publicación del Gobierno Vasco 1995.
- Arboleda M, Luz Marina, & Velásquez V, John Edinson. (2015). Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 42(4), 357-361. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400006>
- Alfonzo Guerra Jp, Pérez Caballero MD, Hernández Cueto MJ, García Barreto D. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.p.7-14.
- Barrera L, Poma N. *Eficacia de un programa (2007) "Akaya Sasa" modificación de conocimientos actitudes y prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años de la Vereda Colorada*. Tunja, Boyaca, Colombia. [Electrónico]. Tunja: Universidad Peruana Unión.
- Bernui, M. *Evaluación del Impacto del programa de intervención, "Corre por tu Vida" en los conocimientos, actitudes y practicas sobre el ejercicio y la disminución de peso e índice de masa corporal en miembros de la Iglesia de San Martin de Porras*. Lima - Perú – 2008. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión & Loma Linda University. Lima. Perú. 2008
- Berenguer Guárnales, Lázaro Jorge. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN*, 20(11), 2434-2438. Recuperado en 17 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es&tlng=es.

Cámara R. Intervención personalizada sobre factores de riesgo cardiovascular en población mediterránea española (tesis doctoral) Universidad de Valencia, Valencia España. 2014

Concha, M. (2008). *Efectos del programa de Intervención “Come lo nuestro” en los conocimientos, actitudes y practicas sobre el consumo de Quinoa, Cañihua, Kiwicha en alumnos del sexto grado de primaria y sus familiares del colegio adventista del Titicaca, Puno, Perú, 2007*. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión & Loma Linda University. Lima. Perú.

Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, García-Roche R, Carbonell-García I, Achiong-Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 7]; 8(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/621>

García Barreto D. Historia de la hipertensión. 2009 <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>

Gobierno De Colombia. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 -2019) Bogotá Colombia: Recuperado en <http://www.osancolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf>

Gómez Cuéllar, César Giovanni. Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso. *RFS Revista Facultad de Salud*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 32-38, jan. 2015. ISSN 2389-9298. Disponible en: <<https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/177/2660>>. Fecha de acceso: 15 mar. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.25054/rfs.v7i1.177>.

González Sánchez, R., Llapur Milián, R., DÍAZ CUESTA, M., Cos, I., del Rosario, M., Yee López, E., & Pérez Bello, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 273-284.

Gorrita Pérez, Remigio Rafael, Romero Sosa, César Dayán, & Hernández Martínez, Yalili. (2014). Hábitos dietéticos, peso elevado, consumo de tabaco, lipidemia e hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 315-324. Recuperado en 15 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300006&lng=es&tlng=es.

Kankeu Ht, Saksena P, Xu K, Evans Db (2013). The financial burden from noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Res Policy Syst*. Aug 16; 11:31.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.

Luna, L. (2008). Efectividad del programa educativo, “Somos vida para tu vida”, para promover el consumo de frutas y verduras en los participantes de la comunidad de Fiori 2008 Lima – Perú. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión & Loma Linda University. Lima. Perú.

Luna, L. Efectividad del programa educativo, “Somos vida para tu vida”, para promover el consumo de frutas y verduras en los participantes de la comunidad de Fiori 2008 Lima – Perú. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión & Loma Linda University. Lima. Perú.

NURIA V. Ferrera et al (2010). Programa de intervencion en hipertension arterial *Rev Fed Arg Cardiol* . 39 (3): 194-203

- Marrodán Md, Martínez-Álvarez JR, González M, López N, Cabañas MD (2012). Transición nutricional en España durante la historia reciente, *Nut Clin Diet Hosp* 32 (2)55-64.
- Martínez A, Astiasaran I. Alimentos. Composición y propiedades. Ed Díaz de Santos. Madrid 2004
- Medina, J. (2008). Efectividad del programa “Dieta sana” en la disminución de síntomas de enfermedades cerebro vasculares y en la condición física metabólica en los pobladores adultos del asentamiento humano Sicuari del distrito de Ate Vitarte, Provincia de Lima- Perú. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión & Loma Linda University. Lima. Perú.
- Méndez, SM; Mota, V; Maldonado, EP; Rivas, L. (2015). Efectividad de una intervención en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria de salud: resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México *Nutr. clín. diet. hosp.*35(3):51-58
- Ministerio de Salud y Protección Social Análisis de Situación de Salud. Colombia: (2016). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el Ministerio;1993.
- Ministerio De Salud Y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN). (2015). Bogotá Colombia :Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/encuesta-nacional-de-situacion-nutricional-ensin.aspx>

MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina Alimentación saludable para un estilo de vida activa (2013) EE. UU: Recuperado en <http://www.choosemyplate.gov/sites/default/files/tentips/DGTipsheet25Health-yEatingActiveLifestyle-sp.pdf>

Organización Mundial De La Salud (1998) Promoción de la Salud. Glosario. Monografía en internet. Ginebra: Recuperado en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> p 27

Organización Mundial De La Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra

Organización Mundial De La Salud “Información general sobre la hipertensión en el mundo”. (2013). Ginebra, Suiza: Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_sp.pdf p 5-7.

Organización Mundial de la Salud Preguntas y Respuestas sobre la Hipertensión. Ginebra: (2015). Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 29 Ene 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt [Buscar en Google Scholar]

Ortiz-Benavides, Rina Elizabeth, Torres-Valdez, Maritza, Sigüencia-Cruz, Wilson, AÑEZ-RAMOS, Roberto, Salazar-Vílchez, Juan, Rojas-Quintero, Joselyn, & Bermúdez-

Pirela, Valmore. (2016). Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 248-255. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2214>

Palou A, Bonet MI, Pico C, Serra F. Nutrientes, genes y obesidad. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa 2004;191-211.

Sánchez, F. La actividad física orientada hacia la salud en España. Madrid: Biblioteca Nueva. (1999).

Weschenfelder Magrini, D., Gue Martini, J. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11(26), 344-353.

11. Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

Universidad del Atlántico

Facultad de Nutrición y Dietética

Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional

Consentimiento Informado.¹

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres denominados usuarios hipertensos, que asisten al programa de adulto mayor del hospital de Malambo, Atlántico, a los cuales se les invita a participar de esta investigación.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Meira Inés Señas Martínez

NOMBRE DEL INVESTIGADOR ASESOR: Sandra Gómez Aguirre

NOMBRE DEL PROYECTO Y VERSION: Diseño de una estrategia educativa para mejorar estilos de alimentación, en adultos mayores hipertensos. Hospital de Malambo, Atlántico.

Para su conocimiento este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

Parte 1: Información: Le proporciona información sobre el estudio.

Parte 2: Formulario de Consentimiento: Para su firma, si está de acuerdo en participar y con los términos establecidos en el marco de esta investigación.

El objetivo de esta investigación, es diseñar una estrategia educativa para mejorar estilos de alimentación en los adultos mayores hipertensos en el hospital de Malambo, Atlántico.

Se aplicará una encuesta a los y las pacientes adultos mayores con hipertensión arterial sobre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias.

Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y sólo será utilizada con fines investigativos.

La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta investigación.

La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que esto traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo-----estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informado (a), sobre la importancia de este trabajo para incorporar conocimientos sobre prevención de la hipertensión.

Firma-----

Fecha-----

1. Formato adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación

Anexo B. Encuesta prácticas alimentarias

El presente cuestionario tiene como objetivo recolectar información sobre los conocimientos, actitudes, prácticas de la alimentación. Este cuestionario es de completa confidencialidad, agradecemos mucho su participación y colaboración que será de mucho beneficio para Usted y su familia.

Instrucciones. Este cuestionario está dividido en dos partes: datos generales y datos específicos. Se presentan preguntas abiertas y cerradas. En la primera pregunta deberá marcar con una cruz en el casillero que crea conveniente.

Información general

Edad	Et nia	Sexo		Estado Civil				P eso	T alla
		Hom bre	M ujer	Solter o/a	Casad o/a	Viud o/a	Divorciad o/a		

Ingresos económicos	
Gasto de alimentos	

Clasificación de la Hipertensión arterial	
---	--

INFORMACIÓN ESPECÍFICA

CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN

Identifique si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:		V	F
1	Los problemas de salud comúnmente asociados a la mala alimentación son: enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, hipertensión.	1	2
2	Los alimentos que favorecen la disminución de la grasa en la sangre son los cereales integrales, las hortalizas, verduras, las leguminosas, las semillas y frutos oleaginosos.	1	2
3	Son leguminosas secas: arroz, avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua, amaranto, otros.	1	2
4	Son leguminosas frescas: vainitas, arvejas verdes, habas verdes, frijol verde, habichuelas.	1	2
5	Los cereales constituyen: garbanzo, frijoles, lentejas, habas, soya.	1	2
6	Son semillas y frutos oleaginosos: maní, ajonjolí, nueces, pistachos.	1	2
7	Son hortalizas y verduras: lechuga, espinaca, acelga, brócoli, apio, cebolla o ajo puerro, rábano, tomate, zanahoria, ahuyama, remolacha, perejil, cilantro, cebolla, ajos.	1	2
8	Es muy importante consumir 5 porciones de frutas diarias.	1	2
9	La comida más importante del día es el desayuno.	1	2
10	Son preferibles, los aceites de extracción en frío como: aceite de oliva, girasol y soya, etc.	1	2
11	Consumir leche y derivados diariamente, producen cáncer.	1	2
12	Son buenas opciones para reemplazar la leche de vaca, las bebidas de soya, maní, ajonjolí, nueces, y almendras.	1	2
13	Una alimentación saludable no requiere del consumo de carnes, vacuno, aves, y peces con escama.	1	2
14	Consumir más de 3 unidades de huevo resta minutos de vida.	1	2

5	Los postres de frutas frescas, asadas son alimentos bajos en calorías.	1	2
6	Los helados, pudines y postres incluyen en su preparación leche y azúcar por lo que no se debería consumir.	1	2
7	Consumir miel es más saludable que el azúcar.	1	2
8	Es saludable agregar sal a tus alimentos al consumirlos.	1	2
9	Los aditivos: caldos concentrados, pimienta, mostaza, vinagre, son positivos para la salud.	1	2

ACTITUDES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN

Cuán dispuesto está Usted a:		Muy indispuesto	Indispuesto	Indiferente	Dispuesto	Muy dispuesto
20	¿...abstenerse de comer cereales refinados: arroz, harina de trigo, ¿fideos, maicena, galletas, pan blanco?	1	2	3	4	5
21	¿...comer cereales integrales: arroz, pan, avena, trigo, maíz, centeno, quinua, ¿ajonjolí u otros?	1	2	3	4	5
22	¿...comer verduras crudas: lechuga, tomate, zanahoria, ¿pimiento, pepino, rábanos, repollo?	1	2	3	4	5
23	¿...comer frutas frescas: manzana, pera, durazno, mandarina, plátano, uva, papaya, pina, ¿naranja y otros?	1	2	3	4	5
24	¿...comer frutos secos, una porción diaria?	1	2	3	4	5

2 5	¿...comer leguminosas frescas, arvejas verdes, vainitas, habas verdes, etc.?	1	2	3	4	5
2 6	¿...comer leguminosas secas: garbanzo, frijoles, lentejas, habas u otros?	1	2	3	4	5
2 7	¿...abstenerse de comer manteca vegetal, margarinas, mayonesa?	1	2	3	4	5
2 8	¿...preferir aceites vegetales: oliva, girasol, maíz u otros?	1	2	3	4	5
2 9	¿...limitar el consumo de leche y sus derivados?	1	2	3	4	5
3 0	¿...comer con moderación huevos, 3 unidades por semana?	1	2	3	4	5
3 1	¿...evitar totalmente el consumo de carnes, aves y peces con escama?	1	2	3	4	5
3 2	¿...preferir el consumo de bebidas derivados de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras?	1	2	3	4	5
3 3	¿...abstenerse de tomar bebidas estimulantes, red Bull, gaseosa, bebidas con electrolitos?	1	2	3	4	5
3 4	¿...beber agua pura más de 8 vasos diarios?	1	2	3	4	5
3 5	¿...comer postres de frutas secas y/o asadas?	1	2	3	4	5
3 6	¿...abstenerse de bebidas café, gaseosas?	1	2	3	4	5
3 7	¿...sazonar ensaladas con aliño simple, limón, ajo, hierbas verdes?	1	2	3	4	5
3 8	¿...evitar líquidos en las comidas?	1	2	3	4	5
3 9	¿...tomar un buen desayuno?	1	2	3	4	5

40	¿...tomar una cena liviana?	1	2	3	4	5
41	¿...consumir una cantidad adecuada de alimentos?	1	2	3	4	5

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Consumo semanal		Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5 a 6 veces por semana	Todos los días
42	Cereales integrales: arroz, avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua, pan integral, galletas y fideos integrales.	1	2	3	4	5
43	Frutas frescas: naranja, mandarina, mango, guayaba, papaya, limón, manzana, uvas, durazno, guineos, higos, chirimoya, pera, pepino, sandía, melón, kiwi, , fresa, zapote, etc.	1	2	3	4	5
44	Frutas deshidratadas: pasas, uvas, higos, , ciruelas, albaricoque de piña, de mango, de manzana, guineo paso	1	2	3	4	5
45	Hortalizas y verduras: lechuga, espinaca, acelga, berros, tomate, zanahoria, ahuyama, brócoli y otros.	1	2	3	4	5
46	Leguminosas frescas: habichuela, arvejas verdes, habas verdes, , frijoles verdes, etc.	1	2	3	4	5
4	Leguminosas secas o deshidratadas:	1	2	3	4	5

7	garbanzo, frijoles, lentejas, habas, soya, u otros.					
4 8	Oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, almendras, y otros.	1	2	3	4	5
4 9	Aceite vegetal extraído al frío: aceite de oliva, girasol, maíz, soya, ajonjolí.	1	2	3	4	5
5 0	Manteca vegetal, margarina, grasa animal, mayonesa comercial.	1	2	3	4	5
5 1	Bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, almendras, y otros.	1	2	3	4	5
5 2	Postres de frutas frescas asadas.	1	2	3	4	5
5 3	Aliños: limón, ajo, hierbas verdes, cebolla, orégano, sal, aceite de oliva.	1	2	3	4	5
5 4	Consume 8 vasos de agua al día.	1	2	3	4	5

Anexo C. Cartilla para los adultos mayores y su familia

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA MEJORAR ESTILOS DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS



El exceso de peso conocido como sobrepeso u obesidad genera uno de los riesgos más importantes para que el corazón y las arterias se enfermen. Este riesgo se incrementa considerablemente cuando está combinado con conductas sedentarias y malos hábitos en el consumo de alimentos. Elige consumir alimentos saludables, disminuye el consumo de bebidas azucaradas y grasas saturadas, y reduce el consumo de sal/sodio.

HERRAMIENTA PEDAGÓGICA

Sesiones educativas para promover la reducción del consumo de grasas saturadas, bebidas azucaradas y disminuir el consumo de sal/sodio.



Tema	Disminuir el consumo de grasas saturadas, bebidas azucaradas y reducir el consumo de sal/sodio.
Entorno	Comunitario
Grupo Interactivo	Adultos mayores
Objetivos de Información	El grupo interactivo conoce qué son las grasas saturadas, los daños para la salud que producen.
Objetivos de educación	El grupo interactivo comprende cuales son los alimentos que contienen grasas saturadas, y los que contienen grasas no saturadas que contribuyen a mejorar la salud.
Objetivos de Comunicación	El grupo interactivo mejora su práctica de alimentación y métodos de cocción, consumiendo alimentos saludables, bajos en grasa saturada, bajos en sal y consume

Elegir cuidarse es aprender a comer
Alimentación sana para un corazón sano

HERRAMIENTA PEDAGÓGICA

Jornada educativa en adultos mayores que incluye juegos y demostraciones para preparar alimentos saludables que previenen la obesidad y el sobrepeso y promueven hábitos alimentarios saludables.



Actividad: Sesión educativa sobre alimentación saludable

Tema

Promover la reducción del consumo de grasas saturadas, disminuir el consumo de sal/sodio y bebidas azucaradas.



Fuente: web consultas.com

PLAN DE SESIONES

Para trabajar conocimientos de alimentación saludable y autocuidado, todas las sesiones fueron teórico – prácticas y se les facilitó a los participantes cartillas para reforzar conocimientos y compartir con las familias para el logro de prácticas saludables de alimentación.

Estrategia implementada en cada sesión.

Sesión 1.	Enfermedades Crónicas NO Transmisibles -Importancia de una dieta balanceada
Sesión 2	Alimentación Saludable -Tipo y Función de los Alimentos -Grupos de alimentos
Sesión 3	Educación Alimentaria en Adultos Mayores
Sesión 4	Desayuno Saludable
Sesión 5	Almuerzo y Cena Saludable

Animación: Se logró la motivación a través de preguntas
Ejemplo: ¿Por qué consideran importante una alimentación saludable? ¿Qué tipo de alimentos contiene el plato que consumen diariamente en el desayuno, almuerzo y cena? ¿Considera Ud. que una alimentación no saludable, puede llevar a producir enfermedades crónicas no transmisibles? ¿Si tendría la posibilidad de mejorar su alimentación, lo haría?

REFLEXIÓN

Se motiva a través de la reflexión sobre las respuestas y comentarios. Se desarrolla lluvia de ideas. Se fomenta el autocuidado y alimentación saludables. Se dio inicio al desarrollo de los temas. Para cambiar las actitudes se utilizaron videos motivacionales acerca de estilos saludables, constante retroalimentación entre los participantes de cómo están logrando interiorizar y practicar los nuevos cambios en su hogar, compartir los testimonios positivos acerca de la alimentación saludable.

DEMOSTRACIÓN

El espacio en las sesiones para fomentar el cambio de actitudes respecto a la alimentación y el desarrollar en las participantes habilidades prácticas de elaboración de menús saludables y en su autocuidado. Elaboración de recetas saludables.



DIAGNOSTICO

La presencia de las enfermedades crónicas es un problema de salud pública, que ocasiona el 60% de todas las muertes en el mundo. De estas, el 85% ocurren en los países de ingresos medios y bajos, y se encuentran fuertemente asociadas con los hábitos alimentarios y de actividad física de la población. (Guía Práctica para Aprender a comer, Fundación Colombiana del Corazón).

El exceso de peso conocido como sobrepeso (índice de masa corporal mayor a 25) u obesidad (índice de masa corporal mayor de 30) genera uno de los riesgos más importantes para que el corazón y las arterias se enfermen. Este riesgo se incrementa considerablemente cuando está combinado con conductas sedentarias y malos hábitos en el consumo de alimentos.

La obesidad ha venido creciendo significativamente en los últimos años, al punto que hoy se considera como una verdadera epidemia.

Una alimentación desequilibrada en los adultos trae tres consecuencias básicas que hacen que el corazón se



Actividad: Sesión educativa sobre alimentación saludable

1. Obesidad, que es el exceso de grasa corporal
2. Colesterol o grasa en sangre elevado
3. Diabetes

Es de vital importancia que la alimentación tenga equilibrio, balance, y que sus recomendaciones se refieran a aumentar la fibra y el consumo de frutas y verduras a mínimo 5 porciones al día y a moderar el consumo de sal y sodio, grasas y azúcar, recomendación que debe complementarse con 3 a 4 vasos de agua adicionales a los alimentos líquidos. (Hábitos saludables para Corazones Responsables, Sociedad Colombiana de Cardiología).

+ Frutas y Verduras

+ Fibra

+ Agua

- Sal

- Azúcar

- Grasas

=

**Corazón
Responsable
con
Alimentación
equilibrada**





El consumo diario de frutas y verduras disminuye las posibilidades de desarrollar las enfermedades asociadas a los estilos de vida (cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer); en tanto que el consumo frecuente y en porciones inadecuadas de grasas animales, azúcar y sal aumentan considerablemente la posibilidad de desarrollar más temprano enfermedades del corazón, diabetes y cánceres.



DESAYUNO



La primera comida tiene como objetivo salir del ayuno más largo del día, por eso se llama desayuno y se debe tomar para hacer el equilibrio energético de iniciar el día. No desayunar o hacerlo de manera insuficiente predispone a las enfermedades asociadas a los estilos de vida.

ALMUERZO



Foto Comunidad Hospital de Malambo

Es un momento ideal para compartir con familia y amigos. Tiene como objetivo compensar y completar la energía para el resto de la jornada.

COMIDA

Es la última comida que se realiza en el día y debe tomarse un par de horas antes de ir a dormir. Hay que evitar el exceso y las comidas pesadas, mejor si son Bajas en grasa, poco condimentadas y sin fritos.



Foto Comunidad Hospital de Malambo



Fuente: webconsultas.com

EVITA AZUCAR ADICIONADA EN LA ALIMENTACION

El azúcar que se adiciona es aquella que se agrega a los alimentos durante su producción, al momento de cocinarlos o directamente en la mesa.



Fuente: medineplus.gov

IDENTIFICAR GRASAS BUENAS Y GRASAS MALAS

La grasa es indispensable para que el cuerpo funcione adecuadamente y debe consumirse diariamente. La clave está en aprender a escoger las grasas buenas y desechar las que pueden dañar las arterias.



Fuente: blogs.iadb.org

TIPOS DE GRASAS:

Se dividen en:

Grasas Buenas

las cuales son beneficiosas, protegen el corazón, generan beneficios en el cerebro, estimulan el desarrollo intelectual, la retina y la vista. Mejoran el perfil lipídico (colesterol y triglicéridos) en la sangre.

Los alimentos que contienen las grasas buenas son: aceite de oliva, girasol, canola, nueces almendras, aguacate, ajonjolí, Bocachico, Mojarras, Tilapia, Bagre, etc.

Grasas Malas

Que pueden ser Saturadas, las cuales pueden aumentar el colesterol malo en la sangre; están presentes en alimentos de origen animal y las grasas Trans, que son las más perjudiciales y deben evitarse completamente, las cuales se encuentran en alimentos procesados como: los empacados, comidas rápidas, enlatados, etc.

LAS FRUTAS Y VERDURAS PARA APRENDER A COMER

Las frutas junto con las verduras, son alimentos protectores porque intervienen en el cuerpo generando condiciones favorables para prevenir el desarrollo de factores de riesgo de las enfermedades asociadas con los estilos de vida.

Dentro de todos los grupos de alimentos, las frutas y las verduras son los más poderosos protectores de salud del corazón, entre estas tenemos: papaya, mango, banano, patilla, aguacate, berenjena, etc.



Fuente: saludtip.com

BENEFICIOS DE LAS FRUTAS Y VERDURAS

1. Bajo aporte de calorías
2. Aporte de vitaminas que favorecen la salud del corazón
3. Aporte de potasio: El potasio es un mineral fundamental para el control de la presión arterial que actúa contrarrestando los efectos de la sal sobre la salud de las arterias.
4. Gran capacidad antioxidante



Fuente: slidehare.net

DISMINUCION DE LA SAL PARA MANTENER LA SALUD



Foto Internet

El uso excesivo de la sal se convierte en un problema de salud, porque al aumentar los niveles de sodio en sangre, se aumentan a su vez las posibilidades de elevar los valores de la tensión arterial, o sea que el corazón se enferme y que se aumenten dramáticamente las posibilidades de sufrir una enfermedad cerebrovascular, que es la primera causa de discapacidad en el mundo.

Anexos



BIBLIOGRAFÍA

- ♦ Guías Alimentarias Basadas en la Alimentación (GABA). Ministerio de Salud y Protección Social.
- ♦ Guía practica para aprender a comer . Sociedad Colombiana de Cardiología.
- ♦ Lineamiento técnico para la promoción de alimentación saludable en las personas adultas mayores Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social.

