



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SOBRE
ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA EDUCATIVO**

Autora:

Licda. Keila Peraza

CI:7150740

Tutora:

Dra. Yolanda Rodríguez

Valencia, Octubre 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SOBRE
ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA EDUCATIVO**

Trabajo de Grado presentado ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Carabobo para optar al Título de Magister en Enfermería,
Gerontología y Geriatria

Autora:

Licda. Keila Peraza

CI:7.150.740

Tutora:

Dra. Yolanda Rodríguez

Valencia, Octubre 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SOBRE
ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA EDUCATIVO**

Autora:

Licda. Keila Peraza

Aprobado en el área de estudio de Postgrado de la Universidad de Carabobo por miembros de la Comisión Coordinadora

Nombre, apellido y firma

Valencia, Octubre 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



VEREDICTO

Nosotros, como miembros del jurado designados para la evaluación del trabajo titulado **Conocimiento que tienen los Adultos Mayores sobre estilos de vida antes y después de participar en un Programa Educativo**, presentado por la Licda. Keila Peraza para optar al Título de Magister en Enfermería, Gerontología y Geriatria, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado aprobado.

Nombre, apellido, cédula y firma

Valencia, Octubre 2018

Dedicatoria

- Al gran Dios Todopoderoso mi profundo agradecimiento por la energía, fe y esperanza con la que día a día nos envuelve e inspira en todo momento de nuestra existencia para lograr las metas planeadas.
- A mi esposo Ramón Martínez por su compañía, comprensión en los momentos de ausencia y sus palabras de aliento y fe.
- A mis hermanos Josefina, Oswal y Wilmer por su apoyo moral y espiritual en todo momento.
- A mis hermanos Luis, Maritza y Migdalia: aunque no estén presentes físicamente sé que nunca me han abandonado. Que Dios los tenga en su gloria.
- A mis sobrinos: todos son parte de mis vivencias, esperanza e inspiración para seguir luchando cada día.
- A mi primo Jairo Aponte por su dedicación incondicional.
- A mi Tutora, la Dra. Yolanda Rodríguez y a la Dra. Vicenta Fernández por dedicarme parte de su valioso tiempo y compartir su sabiduría y sus palabras de fuerza, fe y esperanza.
- A mis cuñados(as): Luis, Sara, Sandra, Sulmy y Peggy por su apoyo incondicional. Con la fe y la esperanza, en Dios está la fuerza.

Agradecimientos

- A Dios, por darme fuerza, fe y sabiduría para alcanzar esta meta tan esperada.
- A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron con dedicación, y de manera incondicional aportaron su granito de arena para que alcanzara esta meta tan deseada.
- A mi esposo, mis hermanos, sobrinos, primos, a mi Tutora, a mis colegas y compañeros de trabajo, a mis profesores y compañeros de estudio, a los adultos mayores y a los voceros de la comunidad, mi más sincero agradecimiento. Que Dios los bendiga a todos y los premie con las cosas más bellas de este mundo.

ÍNDICE GENERAL

	p.
Índice	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	xii
Resumen	xii
Abstract	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos específicos	7
Justificación de la Investigación	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación	10
Bases Teóricas	19
El Conocimiento	20
Programas Formativos para los Adultos Mayores	23
Estructura del Programa Educativo	29
Estilos de Vida	31
Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor	33
Alimentación Recomendada en los Adultos Mayores	34
Grupos de Alimentos	35
Carbohidratos	36
Proteínas	37
Lípidos	37
Alimentos de Origen Vegetal	38
Alimentos de Origen Animal	41
Alimentos de Origen Mineral	42
Fibra	44
Vitaminas	44
Horario y Frecuencia Recomendada para la Ingesta de Alimentos	45
Calidad y Preparación de las Comidas	46
Actividad Física en el Adulto Mayor	47
Tipo de Actividad Física en el Adulto Mayor	49
Efectos de la Actividad Física sobre el Adulto Mayor	52
Importancia de la Actividad Física para los Adultos Mayores	53
Bases Legales	55

Sistema de Hipótesis	57
Sistema de Variables	58
Operacionalización de las Variables	60
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
Tipo y Diseño de la Investigación	65
Población y Muestra	66
Técnicas e Instrumentos de Recolección de los Datos	66
Validez y Confiabilidad del Instrumento	67
Técnica de Análisis de los Datos	69
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	70
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.		Pág.
1	Distribución según edad de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	71
2	Distribución según sexo de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	72
3	Distribución según estado civil de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	73
4	Distribución según grado de instrucción de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	74
5	Distribución según dependencia económica de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	75
6	Distribución según patologías crónicas de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	76
7	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor hábitos alimentarios antes y después de impartir el Programa Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	77
8	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor actividad física antes y después de impartir el Programa Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	78
9	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático de la variable estilo de vida antes y después de impartir el Programa	

TABLA No.	Pág.
Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No.		Pág.
1	Distribución por edad de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017	71
2	Distribución por sexo de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	72
3	Distribución por estado civil de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	73
4	Distribución por grado de instrucción de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	74
5	Distribución por dependencia económica de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	75
6	Distribución por patologías crónicas de los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	76
7	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor hábitos alimentarios antes y después de impartir el Programa Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	78
8	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor actividad física antes y después de impartir el Programa Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	79
9	Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático de la variable estilo de vida antes y después de impartir el Programa Educativo a los Adultos Mayores. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Abril 2017	81



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SOBRE
ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA EDUCATIVO**

Línea de Investigación: Estilos de Vida y Control de Riesgo para la Salud del Adulto Mayor.

Autora: Licda. Keila Peraza

Tutora: Dra. Yolanda Rodríguez

Mes, Año: Octubre, 2018

RESUMEN

El envejecimiento constituye un proceso natural que origina cambios fisiológicos, que afectan el consumo de alimentos y la capacidad para realizar actividad física. La investigación esta inserta en la línea “Estilos de Vida y Control de Riesgo para la Salud del Adulto Mayor”, el objetivo fue comparar el nivel de conocimiento que tienen los adultos mayores sobre estilos de vida antes y después de participar en un programa educativo. La investigación fue cuantitativa con diseño pre experimental de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 adultos mayores, la muestra fue de 30 seleccionados aleatoriamente. Los datos se obtienen aplicando la técnica de encuesta, el instrumento fue un cuestionario. Los resultados demuestran que mayoritariamente la muestra ubicó su edad entre los 60 a 69 años; predominó el sexo femenino; concubinos, con grado de instrucción primaria incompleta, la principal fuente de ingresos es la pensión, las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares. El puntaje obtenido al valorar el conocimiento sobre los hábitos alimentarios, antes de participar en el programa educativo, fue de $10,5 \pm 2,3$ puntos y después $22,7 \pm 0,7$, reportándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). El puntaje obtenido al valorar el conocimiento sobre actividad física, antes de participar en el programa educativo fue $3,4 \pm 1,9$ puntos y una vez concluido $17,6 \pm 0,8$, reportándose una diferencia significativa ($p < 0,0001$). Demostrándose que el programa educativo logró incrementar los conocimientos sobre estilos de vida de los adultos mayores.

Palabras claves: Adultos Mayores, Estilos de Vida, Hábitos Alimentarios, Actividad Física, Programa Educativo.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**KNOWLEDGE THAT OLDER PEOPLE HAVE ABOUT LIFESTYLES BEFORE
AND AFTER PARTICIPATING IN AN EDUCATIONAL PROGRAM**

Investigation Line: Lifestyle and risk control for the health of the elderly.

Autora: Licda. Keila Peraza

Tutora: Dra. Yolanda Rodríguez

Mes, Año: Octubre, 2018

ABSTRACT

Aging is a natural process that causes physiological changes that affect the consumption of food and the ability to perform physical activity. The research is inserted in the line "lifestyle and risk control for the health of the elderly". The objective was to compare the level of knowledge older adults have about lifestyles before and after participating in an educational program. The research was quantitative with a pre-experimental design of a transversal cut. The population was constituted by 50 older adults. The sample was 30 randomly selected. The data is obtained by applying the survey technique and the instrument was a questionnaire. The results show that the majority of the sample was between 60 and 69 years old, female sex predominated, concubines with incomplete primary education. The main source of income is the pension; the most frequent pathologies were cardiovascular diseases. The score obtained when assessing knowledge about eating habits before participating in the educational program was 10.5 + - 2.3 points and then 22.7 + - 0.7, reporting a statistically significant difference ($p \leq 0.0001$). The score obtained in physical activity before participating in the educational program was 3.4 + - 1.9 points and once concluded 17.6 + - 0.8 reporting a difference ($p \leq 0.0001$) showing that the educational program achieved increase knowledge about lifestyles of older adults.

Key words: older adults, lifestyle, eating habits, physical activity, educational program.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se ha experimentado un incremento significativo de la esperanza de vida, por ende, el número de personas mayores de 60 años en la actualidad duplica al existente en el año 1980. Es así como, según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2012), se estima que en los próximos cinco años el número de personas mayores de 65 años supere al de niños menores de cinco años y que para el año 2050 habrá casi 395 millones de personas de 80 años, superando al número de niños menores de 14 años. Específicamente, para mediados de este siglo América Latina y el Caribe contarán con 112 habitantes de 60 años de edad o mayores, por cada 100 de 15 años o menos.

Ahora bien, el envejecimiento constituye un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable en el que se produce una disminución progresiva de la capacidad funcional en todos los tejidos y órganos del cuerpo y de la consiguiente habilidad de ajustarse a estímulos ambientales. De este modo, se produce una disminución en la capacidad para tolerar los cambios metabólicos, térmicos y hemodinámicos; así como un incremento en la aparición de enfermedades crónico degenerativas. En otras palabras, el proceso implica una serie de cambios a nivel corporal que conllevan a una reducción de la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico, limitando la autonomía y la calidad de vida.

En este orden de ideas, a medida que aumenta la edad, se originan cambios fisiológicos que determinan o condicionan el consumo de alimentos y, por consiguiente, el estado nutricional de los adultos mayores. Asimismo, los adultos mayores inactivos pierden terreno en cuatro áreas muy importantes y necesarias para conservar la salud y la independencia, como son la resistencia, el fortalecimiento, el equilibrio y la flexibilidad; situación que es perfectamente reversible a través de programas adecuados de ejercicio.

Así, para lograr un envejecimiento satisfactorio es preciso que el adulto mayor mantenga una buena calidad de vida, representando los hábitos alimentarios y el ejercicio variables determinantes. Es por ello que, es importante concientizar al adulto mayor y a sus familiares o cuidadores de la importancia de una adecuada alimentación y de la realización de actividad física regular para tener una vida más saludable y activa. En este sentido, la presente investigación tiene como propósito comparar el conocimiento que tienen los adultos mayores del sector la Línea de Libertad, Parroquia Juan José Flores en el Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, sobre los hábitos alimentarios y actividades físicas antes y después de participar en un programa educativo.

Su desarrollo se estructura organizativamente en cinco capítulos. En el Capítulo I se presenta y contextualiza el problema, se plasman los objetivos de la investigación y se resaltan los aportes más significativos del estudio. En el Capítulo II, que corresponde al Marco Teórico, se incluyen los antecedentes de la investigación, los fundamentos teóricos y legales que sustentan el estudio, así como las variables a abordar y la definición de términos básicos.

En el Capítulo III o Marco Metodológico se describe el diseño y el tipo de investigación, la población y muestra seleccionada, así como las técnicas de recolección y análisis de los datos. En el Capítulo IV se exponen los resultados del estudio con su respectivo análisis e interpretación.

En el Capítulo V se sintetizan las conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados de la investigación; finalizando con el contenido del programa educativo diseñado en el presente estudio y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se desarrolla y contextualiza el problema, se presentan los objetivos y la justificación de la investigación

Planteamiento del Problema

El proceso de envejecimiento ocurre irremediablemente en todos los seres vivos, y el mismo genera una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que afectan la capacidad funcional de los adultos mayores. Aunado a los cambios propios del proceso de envejecimiento, los adultos mayores presentan enfermedades crónicas cardiovasculares como la hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares e insuficiencias cardíacas, al igual que enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus; que comprometen el equilibrio fisiológico, psicológico y alteran la dinámica familiar.

En este orden de ideas, cabe apuntar que, según Peña (2011), se generan una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico y músculo esquelético, entre otros. Adicionalmente, es importante recordar, que el adulto mayor presenta una serie de dificultades motoras debido al debilitamiento de los músculos y problemas articulares. De hecho, para Abreu (2010), los adultos mayores inactivos pierden terreno en cuatro áreas muy importantes y necesarias para conservar la salud y la independencia, como son la resistencia, el fortalecimiento, el equilibrio y la flexibilidad; situación que es perfectamente reversible a través de programas adecuados de ejercicio.

Asimismo, los cambios propios del proceso de envejecimiento generan modificaciones en cuanto a los hábitos alimentarios y la actividad física,

contribuyendo a la disminución de la calidad de vida de este grupo humano. Para mantener la calidad de vida de los adultos mayores es importante el control del estado de salud; mantener un estilo de vida saludable mediante la realización de actividades físicas tales como ejercicios, caminar diariamente, bailar y participar en actividades recreativas como ir al cine, realizar paseos y compartir con amigos. Igualmente debe ingerir los alimentos básicos, incluyendo proteínas, carbohidratos, vegetales y minerales; además de cumplir con su plan terapéutico en caso de tener alguna de las enfermedades crónicas antes mencionadas.

Ahora bien, los adultos mayores suelen permanecer dentro de su grupo familiar o estar institucionalizados cuando presentan alteraciones del estado de salud o existe imposibilidad de ser cuidados en el hogar. En el caso específico de los adultos mayores que permanecen en el hogar, en un gran porcentaje de los casos son cuidados por alguno de los miembros de su grupo familiar. Sin embargo, se ha observado en algunas comunidades, que los adultos mayores bajo este tipo de cuidados presentan situaciones que, de manera directa o indirecta, afectan la salud integral y lo colocan en situación de riesgo.

Así, entre estas situaciones destaca de forma especial, la permanencia del adulto mayor durante largos periodos solos en el seno familiar, debido mayoritariamente a la falta de tiempo por parte de los cuidadores, ya sea por compromisos labores o la realización de diferentes actividades. En consecuencia, se ven en la necesidad de tener que preparar sus propios alimentos y, en muchos casos, colaborar con las actividades de mantenimiento del hogar.

En relación a este punto, es preciso señalar la investigación realizada en Ecuador por Alarcón (2011), titulada "Diseño y Validación de Material Educativo sobre Alimentación en el Adulto Mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe 2011"; cuyos resultados demostraron que el 65,0% de los adultos mayores que participaron

en la investigación no recibían cuidado de ningún familiar, por lo que ellos eran los responsables de su alimentación, manteniendo una dieta deficitaria y monótona. Por tanto, este estudio prueba la importancia de la familia para garantizar un estilo de vida saludable.

En tal sentido, en Venezuela, específicamente en la comunidad del Sector la Línea de Libertad del Municipio Puerto Cabello, se ha observado a un grupo de adultos mayores de ambos sexos, quienes conviven con su familia. Así, durante la interacción preliminar de la investigadora con este grupo, se pudo detectar en primer término que, en muchos casos, cursan con problemas de diabetes e hipertensión. En segundo término, a pesar de su condición, ingieren alimentos con alto contenido graso, de harinas, de azúcar y de sal y realizan poca actividad física. En efecto, manifestaron ingerir exceso de frituras, de comida chatarra y de bebidas gaseosas. Este comportamiento evidentemente refleja un estilo de vida insano que constituye un riesgo para el mantenimiento de la salud y la vida.

Así, los hábitos alimentarios inadecuados y el sedentarismo constituyen factores que contribuyen a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano. Es así como, la calidad de vida de los adultos mayores se puede mejorar significativamente, a través de pautas específicas de alimentación y ejercicio, las cuales incluso pueden contribuir a disminuir las complicaciones fisiológicas producto de la edad y evitar la aparición de enfermedades concomitantes.

De modo que, para garantizar una buena calidad de vida de los adultos mayores, es preciso ofrecerles una dieta balanceada y un plan de ejercicios. En tal sentido, la dieta y las pautas de ejercicio deben estar adaptadas a su gasto energético, a sus características particulares como edad, sexo, contextura, condición biológica o

patológica y actividad física, entre otros y a las enfermedades asociadas como la diabetes, hipertensión arterial y alteraciones metabólicas.

Por tanto, el cuidado de la salud de los adultos mayores está íntimamente relacionado con un estilo de vida saludable, una ingesta adecuada de alimentos y la realización de actividades físicas acordes con su edad cronológica. En consecuencia, las conductas de cuidado están relacionadas con el conocimiento o la información que tenga la población sobre la importancia de tener un estilo de vida saludable, una ingesta adecuada de alimentos según su edad, así como la de realizar actividad física regularmente según su capacidad, tomando en cuenta incluso alguna patología presente.

De tal forma que, la situación descrita sobre el comportamiento de un grupo de adultos mayores en relación a los hábitos alimentarios y la actividad física genera una serie de interrogantes:

¿Cuál es el grado de conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la alimentación?

¿Cuál es el grado de conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la actividad física?

¿El programa educativo sobre el estilo de vida en sus factores hábitos alimentarios y actividad física en los adultos mayores, modifica el conocimiento de este grupo etareo?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Comparar el conocimiento que poseen los adultos mayores sobre estilos de vida antes y después de participar en un programa educativo.

Objetivos Específicos

Determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre los hábitos alimentarios en sus factores tipos de alimentos, formas de preparación y formas de presentación antes de participar en un programa educativo.

Determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre los hábitos alimentarios en sus factores tipos de alimentos, formas de preparación y formas de presentación después de participar en un programa educativo.

Determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre actividad física referidos a actividades de flexibilidad, resistencia, fuerza y equilibrio antes de participar en un programa educativo.

Determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre actividad física referidos a actividades de flexibilidad, resistencia, fuerza y equilibrio después de participar en un programa educativo.

Justificación de la Investigación

Los adultos mayores constituyen una población que requiere cuidado integral, a objeto de mantener su capacidad funcional y calidad de vida, representando la actividad física y la alimentación factores fundamentales para mantener la salud y la vida. En tal sentido, para que ocurra un cambio del estilo de vida de los adultos mayores, es necesario que tengan conocimiento de la importancia de los hábitos alimentarios y de la actividad física para el mantenimiento de la salud.

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo general comparar el nivel de conocimiento que poseen los adultos mayores del sector la Línea

de Libertad del Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, sobre el estilo vida en cuanto a hábitos alimentarios y actividad física antes y después de participar en un programa educativo. Por tanto, la presente investigación constituye una oportunidad para los adultos mayores de la comunidad sector la Línea de Libertad de la Parroquia Juan José Flores, Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo quienes se beneficiarán al obtener información sobre el estilo de vida en cuanto a hábitos alimentarios y actividad física. Así, el programa educativo facilitará las herramientas cognitivas para generar cambios en sus estilos de vida, los cuales, en definitiva, contribuirán a mejorar la calidad de vida de este grupo humano.

Asimismo, el programa educativo adopta el autocuidado como fundamento teórico para su desarrollo, lo cual es una oportunidad para aplicar este marco de referencia propio de la Enfermería. De hecho, para la Enfermería Gerontológica desarrollar el programa educativo sobre el estilo vida en cuanto a hábitos alimentarios y actividad física, constituye una oportunidad para ejercer su función independiente y demostrar sus aportes para promover la salud de este grupo humano.

A su vez, el programa educativo sobre el estilo de vida en cuanto a hábitos alimentarios y actividad física, es un aporte importante para los establecimientos de salud de la región, los cuales pudieran implementarlos como parte de sus actividades de promoción de la salud de los adultos mayores en las diferentes comunidades del estado Carabobo.

Por último, la presente investigación constituye una guía y referente para realizar futuras investigaciones en otras comunidades de Puerto Cabello y del estado Carabobo en general, en aras de mejorar la calidad de vida los adultos mayores. Igualmente, los resultados de esta investigación constituyen una referencia teórico metodológica para otras investigaciones que aborden esta importante temática.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los antecedentes y las bases teóricas y legales de la investigación, es decir, una síntesis de estudios previos relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación, así como los supuestos teóricos y legales que servirán de referencia para el análisis en un plano teórico del problema. En este sentido, para Hernández, Fernández y Baptista (2010) el Marco Teórico consiste en “sustentar teóricamente el estudio e implica analizar y exponer las teorías, las investigaciones y los antecedentes en general que consideren validos para el correcto encuadre del estudio” (p. 52).

Antecedentes de la Investigación

En esta sección se presenta un resumen de las investigaciones previamente realizadas, a nivel internacional y nacional relacionadas con el objeto de estudio. Así, entre los estudios a nivel internacional destacan el de Santos y Condo (2015), quienes llevaron a cabo en Ecuador un estudio titulado “Desarrollo de un Proyecto de Recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del Hogar de Ancianos del Instituto Estupiñan del Barrio San Sebastián de Latacunga”. De modo que, el objetivo fue determinar el impacto del proyecto de recreación en la salud del adulto mayor del precitado hogar.

En tal sentido, el estudio fue descriptivo, de campo y adoptó un diseño experimental. La muestra estuvo conformada por los 11 directivos del consejo ejecutivo y 65 adultos mayores, y para la obtención de los datos se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario. Los resultados evidenciaron que los docentes de la institución no tienen conocimiento del tipo de actividades recreativas que ayudan al desarrollo de los adultos mayores en el campo

de la cultura física y, por tanto, no ponen en práctica métodos que permitan fomentar el ejercicio físico a través de actividades recreativas. Del mismo modo, los adultos mayores también desconocen el tipo de actividades recreativas que pueden favorecer su estado de salud física.

En consecuencia, se diseñó un programa de actividades recreativas, que aplicando técnicas como El Despertar del Cuerpo y la Mente, Buscando a Mis Compañeros, Dibujando los Movimientos, No te Pares, Quieto, Circulo de Botellas, En Tensión y A las Cintas, entre otras, mejoran la coordinación, la memoria, la resistencia cardiovascular y la amplitud de movimientos. Es así como, este estudio plantea en la propuesta una serie de actividades que pueden ser incorporadas como ejercicios prácticos en el programa formativo.

En este mismo orden de ideas, Alba y Mantilla (2014), realizaron una investigación titulada “Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del Servicio Pasivo de la Policía Nacional de la ciudad de Ibarra. 2012 –2013”, que fue presentada en la Universidad Técnica del Norte de Ibarra, Ecuador. Así, el objetivo fue evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y de actividad física a los adultos mayores del servicio antes mencionado; a través de un estudio descriptivo y de corte transversal, que contó con una población de 90 adultos mayores de ambos géneros.

De modo que, los datos socio demográficos y los hábitos alimentarios fueron recolectados a través de una entrevista; mientras que el estado nutricional se evaluó a través de indicadores antropométricos y los hábitos de actividad física se midieron usando el cuestionario de actividad física de Yale (YAPAS). Los resultados evidenciaron que, el 54,4% consumía tres comidas al día, el 24,4% solo entre 1 o 2 comidas, el 59% adicionaba de 1 a 3 cucharaditas de sal a las preparaciones y el 45,5% ingería de 3 a 4 vasos de agua al día. Al mismo tiempo, solo el 16,7 %

consumían lácteos a diario, el 52,2 % huevos de 1 a 2 veces a la semana, y el 51,1% afirmó comer carne de 3 a 4 veces a la semana y el 10% diariamente. En cuanto al consumo de frutas y verduras, se determinó que el 26,7% ingiere verduras 1 vez al día y el 47,8% frutas de 3 a 4 veces a la semana.

Adicionalmente, en lo relacionado a los hábitos de actividad física, se encontró que el 83,3% dedicaban su tiempo a actividades ligeras como carpintería y pintura, entre otras, mientras que el 71,1 % a caminar, pero apenas el 4,4% lo hacían más de 4 horas a la semana. El 15,6% practicaban bailo terapia y el 21% juegan volibol y futbol los fines de semana. En consecuencia, se concluyó que los adultos mayores tenían hábitos alimentarios y de actividad física poco saludables, porque presentan problemas de sobrepeso y obesidad. Es así como, esta investigación aporta elementos importantes para sustentar teóricamente el estudio y, además, representa un importante insumo para enriquecer la discusión de los resultados.

Por su parte, González y Lara (2014), “Diseño y elaboración de una campaña publicitaria impresa para fomentar la alimentación saludable en el Adulto Mayor”, que fue presentado en la Universidad de Guayaquil en Ecuador. De modo que, el objetivo fue proporcionar al centro de salud un instrumento de información que fomente la alimentación saludable en el adulto mayor. La investigación fue descriptiva y de campo, siendo los datos recolectados a través de la observación directa, una entrevista y dos encuestas. La muestra estuvo conformada por el director, 8 enfermeras y los familiares de 54 adultos mayores.

Es así como, los resultados evidenciaron que, los familiares del adulto mayor no tienen el conocimiento adecuado sobre la correcta alimentación, lo que conlleva a la inadecuada alimentación. Del mismo modo, no fomentan la actividad física de los adultos mayores, lo que contribuye al deterioro de la salud y, además, el centro no cuenta con los recursos para informar al adulto mayor y sus familiares sobre la

importancia de mantener una correcta alimentación y actividad física. Por tanto, se elaboró una campaña publicitaria que incluyó un tríptico informativo y una guía nutricional. En consecuencia, este estudio, a través de la propuesta, aporta datos interesantes a ser considerados para las actividades contempladas en el programa formativo.

Igualmente, Sánchez, Mendoza, Bujaico y Sissy (2014), realizaron en Perú una investigación cuyo título fue “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en Adultos Mayores que asisten a un programa municipal”. El objetivo se centró en determinar la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico de los adultos mayores que asisten a un programa municipal. El estudio fue descriptivo y transversal, quedando la muestra conformada por 115 adultos mayores de 60 años de ambos sexos.

De modo que, a estos adultos mayores se les determinó el peso y la talla, se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y otra para establecer el nivel socioeconómico, ambas previamente validadas. Así, se determinó el estado nutricional según índice de masa corporal, los hábitos alimentarios según recomendaciones del instituto de nutrición y el nivel socioeconómico a través de las categorías de la Escala de Graffar.

Los resultados evidenciaron una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Además, más del 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto al consumo de carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%) y frutas y verduras (64,3%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el nivel socio económico medio bajo (37%) y en el medio medio (33%). El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el nivel socio económico ($p=0,629$), mientras que se observó asociación de los hábitos alimentarios con el nivel

socio económico respecto al consumo de carnes ($p=0,003$), cereales y tubérculos ($p=0,038$) y de frutas y verduras ($p=0,001$). De modo que, se pudo evidenciar una asociación entre los hábitos alimentarios con el nivel socio económico, pero no así para con el estado nutricional. Por ende, este estudio aporta aspectos teóricos de relevancia para sustentar esta investigación y diseñar el programa formativo.

Asimismo, Villalobos, Caballero y Miranda (2012), realizaron en el Consejo Popular San José en Cuba un estudio titulado “Plan de actividades educativas físicas y recreativas para la incorporación del Adulto Mayor a la práctica de ejercicios”, cuyo objetivo fue valorar la utilidad de un plan de actividades físicas diseñado para lograr la incorporación de los adultos mayores del consultorio 15 a las actividades físicas.

A tal efecto, se realizó un diagnóstico previo de las causas por las cuales los adultos mayores no se incorporan a las actividades físicas, a fin de contar con elementos de referencia para la elaboración del plan. De modo que, el estudio fue descriptivo y de campo y la muestra intencional estuvo conformada por 128 adultos comprendidos en las edades de 60-74 años, 67 de sexo femenino y 61 del masculino, pertenecientes al Consejo Popular de San José del Municipio de Cruces, a los cuales se les aplicó un cuestionario. De los resultados destacó que, las causas más comunes por la que los adultos mayores no participan de los programas de ejercicio son la falta de motivación, de conocimiento de los beneficios y de tiempo para dedicar a la actividad y en menor grado la lejanía del centro, así como limitaciones físicas.

En consecuencia, se diseñó el plan que incluyó charlas educativas acerca de la promoción de salud y la influencia en el ejercicio físico; abuelo terapia para vincular a través de los bailes tradicionales cubanos, ejercicios físicos para el desarrollo de la resistencia aeróbica; juegos participativos para trabajar la memoria; peña literaria,

juegos tradicionales, caminatas, trabajo comunitario y yoga. Por su lado, con la aplicación del plan de actividades físicas se logró la incorporación del adulto mayor a la práctica de ejercicios físicos, manifestando un alto nivel de satisfacción. Es así como, esta investigación presenta elementos importantes a incorporar en el programa formativo en lo relativo a las actividades físicas y de recreación.

De igual forma, Alarcón (2011), realizó una investigación en Ecuador titulada "Diseño y validación de material educativo sobre alimentación en el Adulto Mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe 2011". El objetivo de la misma fue elaborar una guía alimentaria para los adultos mayores de la parroquia antes mencionada. El estudio fue de tipo descriptivo y el diseño no experimental y de corte transversal, quedando conformada la muestra por 40 adultos mayores. Los datos se recolectaron en dos etapas, en la primera se caracterizó a los integrantes de la muestra y en la segunda se diseñó y validó el material educativo.

Así, en la primera fase se aplicó la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Alimentarias (CAP) tomada de la Dietary Patterns of Latinamerican Populations, a 40 adultos mayores de la parroquia participantes del Programa Aliméntate Ecuador. A través de la encuesta se recolectó información acerca de variables tales como características generales, situación alimentaria y de salud, acceso a material educativo sobre alimentación y necesidades de información en esa materia. Con estos datos se diseñó la guía, la cual fue validada a través de una encuesta, en la que se evaluó el formato, el contenido y claridad de los mensajes.

De los resultados destacó que, la mayoría de los adultos mayores (62,5%) pertenecían al sexo femenino y que en el 67,5% de los casos el nivel de instrucción era primaria incompleta. Las actividades más comunes de las mujeres fueron las domésticas (35,0%) y en los hombres las labores agrícolas (32,5%). Además, el 65,0% no recibían cuidado de ningún familiar, por lo que ellos eran los responsables

de su alimentación, manteniendo una dieta deficitaria y monótona. El 40,0% de los encuestados refirió sufrir de hipertensión arterial, seguida de problemas dentales (25,0%). El consumo de carbohidratos y grasa fue alto en el 50,0% y el 67,5% de los casos respectivamente. El consumo de proteínas (57,5%) y hierro (62,5%) fue medio; mientras que el de fibras (65,0%) y calcio (70%) fue bajo.

Asimismo, la totalidad de los encuestados manifestó no tener acceso a material formativo, mostrando el 70,0% su interés por recibir información sobre alimentación y nutrición. Con respecto a la guía, el 95% de los adultos mayores indicaron que los temas desarrollados estaban adaptados a sus necesidades y medio ambiente y que los mensajes estaban redactados de manera clara y comprensible. De igual forma, el 87,5% indicó que el color y los gráficos eran adecuados para la comprensión de la información y que la letra permitía la fácil lectura y comprensión de los temas.

En conclusión, la guía constituyó una herramienta importante para contribuir a optimizar la alimentación y el estilo de vida de los adultos mayores, ya que le permitió seleccionar adecuadamente los alimentos, mejorando su nutrición y disminuyendo las enfermedades concomitantes. De modo que, los resultados de este estudio constituyen un insumo importante para el diseño gráfico del material formativo que se pretende desarrollar en el presente estudio.

Ahora bien, a nivel nacional, Sánchez y González (2014) en la Universidad de Carabobo realizaron una investigación denominada “Propuesta de un Programa de Orientación para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor”. Por tanto, el objetivo fue proponer un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el albergue de ancianos Santa Eduvigis del estado Carabobo, utilizando como estrategia la orientación recreativa y social.

A tal efecto, se desarrolló un estudio que adoptó la modalidad de proyecto factible, sustentado en un estudio descriptivo y de campo, con diseño no experimental. La población estuvo conformada por 60 adultos mayores que residen en el precitado albergue, quedando la muestra constituida por 25 adultos mayores, a quienes se les aplicó un cuestionario con 13 preguntas de tipo politómico, con cinco alternativas de respuesta.

En tal sentido, de los resultados destacó que, aunque realizan actividades para compartir entre ellos, son muy escasas y rutinarias. Además, los adultos mayores consideran de suma importancia la práctica de actividades recreativas sociales para el mejoramiento de la calidad vida, sin embargo, no cuentan con un programa de actividades. Por derivación, se diseñaron un conjunto de estrategias de recreación, que contribuyen a mejorar las condiciones físicas y mentales. Así, los resultados de este estudio servirán de referencia para el diseño de la propuesta, en especial para la incorporación de actividades recreativas que fomenten la actividad física.

Del mismo modo, Valiente (2013), desarrolló una investigación cuyo título fue “Propuesta de una Programa Educativo, sobre prevención de factores de riesgo modificables cardiovasculares en los Adultos Mayores”, cuyo objetivo fue diseñar un programa educativo dirigido a la prevención de los factores de riesgo modificables cardiovasculares en los adultos mayores. El estudio fue descriptivo, no experimental y de corte transversal, adaptando la modalidad de proyecto factible.

En tal sentido, la población estuvo conformada por 60 adultos mayores de 60 años y la muestra por 30 adultos mayores seleccionados de forma aleatoria simple. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario con escala tipo Likert y para el análisis de los mismos se utilizó la estadística descriptiva, a través del programa Microsoft Office Excel. De los resultados destacó que la muestra analizada se ubicó

mayoritariamente en el rango etáreo de 60 a 65 años, quedando conformada en su mayoría por mujeres.

En lo referente a los hábitos alimenticios de tipo proteico se reportó un mayor consumo de leche y queso; arepas, pastas, pan, dulces entre los glucídicos y aceites, margarina y mayonesa entre los lipídicos, hallazgos que llevaron a inferir que los adultos mayores tienen una alimentación que conduce a incrementar los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares. De igual forma, se evidenció una alta exposición al humo de cigarrillo como fumadores pasivos, seguido de un alto porcentaje de fumadores activos.

Además, la mayoría de los integrantes de la muestra, a pesar de ser adultos mayores jóvenes y sin limitaciones, no tienen un patrón de actividad física regular, que incluya caminar, trotar, montar bicicleta, bailo terapia, jugar pelota. Sobre la base de los resultados del diagnóstico se procedió a elaborar el programa educativo, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Es así como, los resultados del estudio constituyen un referente para la elaboración del instrumento en la presente investigación, así como para enriquecer la discusión de los resultados, a la vez que contempla elementos importantes para la elaboración del programa formativo.

Asimismo, Peña (2011), desarrolló una investigación titulada “Alternativa recreativa para ocupar el tiempo libre del Adulto Mayor en la comunidad Negro I del municipio Barinas”, cuyo objetivo fue diseñar un programa de ejercicios para los adultos mayores de la mencionada comunidad, partiendo de un diagnóstico de sus intereses y preferencias. La población estuvo constituida por los 67 adultos mayores de 65 años de la comunidad, seleccionándose de manera aleatoria una muestra de 25, 13 del sexo masculino (19,85%) y 12 del sexo femenino (17,91%). Para la obtención de los datos se aplicó una encuesta, una entrevista y la observación participante.

Así, la encuesta se aplicó a los adultos mayores para determinar la ocupación del tiempo libre. La entrevista fue aplicada al promotor deportivo y representante del Consejo Comunal, para establecer las formas de organizar, controlar y priorizar las actividades físicas. Y la observación participante se realizó con el objetivo de diagnosticar las principales acciones realizadas por los promotores de recreación física y la cantidad y calidad de los recursos utilizados.

La actividad propuesta abarcó una fase de preparación y la fase de aplicación. La fase de preparación incluyó cinco talleres de una hora de duración cada uno, incluyendo los siguientes temas: (a) importancia de la actividad recreativa para ocupar el tiempo libre, (b) principales enfermedades que padecen las personas de la tercera edad, (c) ocupación del tiempo libre, (d) planificación de actividades físicas recreativas para el adulto mayor y (e) metodología para el desarrollo de la alternativa propuesta en la investigación. Las actividades físico recreativas se programaron para los fines de semana y días festivos. Para validar la metodología se aplicó un test, utilizando la técnica de grupos nominales para debatir los resultados de la aplicación.

De los hallazgos destacó que, la alternativa propuesta es factible y pertinente y, además, resultó ser satisfactoria para los adultos mayores (Peña 2011). Estos hallazgos son relevantes, ya que evidencian la importancia de las actividades formativas como fase previa al desarrollo de iniciativas centradas en mejorar la calidad de vida del adulto mayor, por cuanto contribuyen de manera significativa a incrementar su grado de motivación. De igual forma, constituye un referente para el diseño del programa educativo, debido a que se plantea el desarrollo de la actividad física como una opción recreativa.

Bases Teóricas

Las bases teóricas constituyen el grupo de conceptos y/o constructos que son utilizados por el investigador para analizar desde una perspectiva teórica el problema de la investigación que se desarrolla. A juicio de Arias (2009), “esta sección puede dividirse en función de los tópicos que integran la temática tratada o de las variables que serán analizadas” (p. 39). De modo que, a continuación se describen las teorías que servirán de referencia para el análisis del problema de investigación desde una perspectiva teórica.

Así, dado que el objetivo se centra en comparar el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre el estilo de vida en sus dimensiones hábitos alimentarios y actividad física antes y después de participar en un programa educativo; las bases teóricas incluyen, en primer término, aspectos teóricos sobre el conocimiento y las formas de adquirirlo. En segundo lugar, programa educativo para el adulto mayor, incluyendo definición, objetivos, estructura, fundamentación, así como, aspectos sobre la teoría de Orem en cuanto a los sistemas de Enfermería y el constructivismo social fundamentado en las propuestas de Vigotsky y contenidos del programa.

De igual forma, se abordan los estilos de vida, hábitos alimentarios del adulto mayor, alimentación recomendada, grupos de alimentos y horario, frecuencia y calidad de las comidas. Y, por último, se incluye la actividad física en el adulto mayor, los tipos de actividad física y los efectos e importancia de la actividad física sobre el adulto mayor.

Conocimiento

El conocimiento, según la definición del Diccionario Rioduero (1976), constituye “la intuición, subjetivamente considerada como verdadera, de lo esencial

de un algo existente o de un contenido; también el resultado de este proceso: la cognición” (p.46). Partiendo de esa premisa, diferencia entre el conocimiento sensorial, que abarca la percepción de sucesos externos y la captación de estados psíquicos internos; el conocimiento intelectual, que incluye las relaciones externas y las causalidades de las mismas; y el conocimiento de la razón, que se refiere a las causas internas de la existencia y modo de ser de las cosas y de los individuos.

Por su parte, Cueva (2008) señala que el conocimiento puede ser empírico, científico, explícito y tácito. Así, el conocimiento empírico, es aquel basado en la experiencia y en la percepción que toda persona adquiere a través de las diversas situaciones que se le presentan en la vida. El conocimiento científico, es un saber crítico, metódico, verificable, sistemático, objetivo y racional, que explica los sucesos a partir de leyes. El explícito, es aquel conocimiento consciente y estructurado que la persona posee; mientras que el tácito, es el conocimiento inconsciente que la persona utiliza de forma mecánica sin darse cuenta de su contenido. En esta investigación se asume el conocimiento científico como un saber organizado, sistemático y lógico, el cual se estructura en un programa educativo sobre hábitos alimentarios.

De este modo, la adquisición de conocimiento es un proceso complejo, en el que las distintas zonas corticales contribuyen de forma especializada y siguiendo un modelo organizativo funcional y anatómico adecuado a las necesidades específicas de los distintos tipos de conocimiento (Hernández, 2007). En consecuencia, el aprendizaje es un proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, que puede ser entendido a partir de diversas teorías.

En este contexto, las teorías y concepciones sobre el aprendizaje, tal y como lo señala Gómez (2008), han evolucionado a lo largo del tiempo, derivando en diferentes modelos de enseñanza-aprendizaje. Así, el conductismo, cuyos propulsores son Skinner, Pavlov o Thorndike, se centra en el aprendizaje a través del patrón

estímulo-respuesta, es decir, el aprendizaje consiste en la imitación y repetición del estímulo observado. En consecuencia, la enseñanza se traduce en un aprendizaje de memorización mecánica, en el que el estudiante realiza ejercicios de repetición y el profesor se limita a corregir errores a través del conocimiento de la verdad (Avilés, 2004).

Por su parte, según Suárez (2000), en el cognitivismo, propuesto por Carril y Cagné, el aprendizaje consiste en la representación del conocimiento adquirido externamente, por lo que el proceso de aprendizaje toma en cuenta la motivación, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento o el lenguaje. Por ende, el papel del profesor se enfoca en generar condiciones externas para favorecer la transmisión del conocimiento.

Por su lado, el constructivismo simple, formulado principalmente por Piaget, parte de la premisa que el aprendizaje es una construcción personal del individuo a partir de unas estructuras cognitivas internas y, en consecuencia, la adquisición del conocimiento se basa en la capacidad cognitiva del sujeto, en los conocimientos previos y en la interacción con el medio. En este contexto, el profesor es un mediador que guía y estimula al estudiante a investigar y fundamentar sus decisiones.

Además, el constructivismo social, fundamentado en las propuestas de Vigotsky, asume a la sociedad y la cultura como herramientas vitales en la construcción del conocimiento. En consecuencia, el aprendizaje es una construcción del individuo a través de su experiencia pasada, pero en interacción con otras personas. El aprendizaje es colaborativo y la enseñanza se concibe en el marco humano y social. El humanismo, basado en las ideas de Freire, parte de estos mismos principios, pero destacando el papel de la interacción entre el sujeto y el objeto (Gómez, 2008).

Desde las consideraciones antes expresadas sobre el conocimiento, en esta investigación se asume que el conocimiento de los adultos mayores sobre el estilo de vida en cuanto a los hábitos alimentarios y actividad física es un conocimiento experiencial empírico en tanto que lo ha ido construyendo en la cotidianidad de su vida. Sin embargo se considera pertinente proporcionar información de manera sistematizada sobre los hábitos alimentarios y actividad física con el fin de promover cambios en el comportamiento de este colectivo humano, de manera que estaríamos hablando de proporcionar un conocimiento científico, en tanto como un saber organizado, sistemático y lógico que se organiza en un programa educativo sobre hábitos alimentarios y la actividad física para los adultos mayores. En esta investigación se utiliza como parte de la fundamentación del programa educativo el constructivismo social, fundamentado en las propuestas de Vigotsky.

Así, el cuidado de la salud requiere, tanto del conocimiento empírico como del conocimiento científico para generar cambios de comportamiento, este último es proporcionado mediante estrategias como son los programas educativos, los cuales son desarrollados por profesionales de la salud, entre los cuales están los profesionales de enfermería. Estos profesionales tienen las competencias cognoscitivas, técnicas y comunicacionales para la puesta en práctica de estos programas según las necesidades de la comunidad, en este caso un grupo de adultos mayores de una comunidad organizada.

Programa Educativo para los Adultos Mayores

El cuidado de la salud es una responsabilidad individual, familiar, comunitaria y gubernamental. En este sentido, se requiere de un conjunto de estrategias para promover cambios de actitud en los diferentes grupos de la población, mediante el concurso de diferentes instancias que incluyen vinculación escuela-hogar, organizaciones de salud comunidad-escuela y hogar.

Así, las organizaciones de salud son responsables de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de las mismas y para cumplir con esta responsabilidad cuentan con profesionales en diferentes disciplinas, quienes realizan múltiples funciones y actividades. Entre estas actividades destacan las propuestas educativas enfocadas en el marco de la promoción de la salud (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000). Cabe destacar que, la promoción de la salud es el proceso por el cual se capacita a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla, hecho que se logra a través de los programas educativos, los cuales son desarrollados por los profesionales de la salud, fundamentalmente de la rama de la Enfermería (Calero y Calvo, 1997).

En este orden de ideas, los programas educativos en el contexto de la salud pública, constituyen una estrategia para la promoción de la salud de los diferentes grupos humanos. Por ende, constituyen una herramienta para los profesionales de Enfermería al momento de organizar las actividades educativas dirigidas a promover cambios de comportamiento en los grupos humanos con deficiencias de conocimiento sobre el cuidado de la salud o en la población susceptible de enfermar (Calero y Calvo, 1997).

Cabe destacar que, actualmente existe una tendencia a cuidar la salud como una vía para alcanzar una mayor longevidad. Al respecto Andrade y Pizarro (2007), refieren que hoy en día son muchas las personas que dedican su esfuerzo y estudio a lo que se ha denominado la nueva cultura de la longevidad, cuyo propósito se centra en vivir más, pero en buenas condiciones físicas, sociales y mentales. De modo que, esta cultura de la longevidad asume un modelo de envejecimiento competente, útil y productivo, capaz de fortalecer la salud y la calidad de vida.

En consecuencia, se adopta el eslogan “añade vida a los años que añadiste a tu vida”, y, en este contexto, se proponen cinco elementos fundamentales para la

atención de la población de adultos mayores: independencia, participación, cuidado, dignidad y desarrollo personal. Principios que, evidentemente se oponen a los tradicionales estereotipos de la vejez asociados al retiro y reposo (Vásquez y Martínez, 2010).

En este contexto, cobran especial importancia los programas educativos dirigidos a los adultos mayores, como la vía idónea para brindarles las herramientas necesarias para que desarrollen un estilo de vida saludable. Esta estrategia de intervención educativa, debe centrarse en la promoción de la salud, así como en la orientación de cuidados y ejercicios que asuman el conocimiento de las complejidades propias del estado de desarrollo psíquico motor del adulto mayor (García, Padilla, Hernández. y Rodríguez, 2010).

A este respecto, es preciso acotar que, tal y como lo señala Gómez (2008), aún y cuando existen discrepancias en relación a la disminución de la capacidad intelectual y cognitiva que pudiesen experimentar los adultos mayores como consecuencia del desgaste que se genera en el proceso vital, no es menos cierto que el aprendizaje en la tercera edad presenta ciertos rasgos distintivos que es preciso tener en cuenta para cualquier aproximación a los programas educativos. Tomando como referencia lo anterior, es importante establecer las formas y estrategias más idóneas para acercar los contenidos del programa educativo dirigido a los adultos mayores.

Así, es preciso tomar en consideración que el proceso de aprendizaje de los adultos mayores, en la mayoría de los casos, ha respondido a un enfoque conductual, por lo que la aplicación de estrategias donde él es el protagonista de su proceso de aprendizaje podrían dificultarse. No obstante, los adultos mayores están sometidos a cambios físicos, fisiológicos o de roles sociales, que pueden transformarse en escenarios de aprendizaje, donde, tomado en cuenta experiencias de aprendizaje previas, se logre modificar las funciones cognitivas que se presentan deficientes.

En efecto, la experiencia vital de los adultos mayores representa un factor fundamental en el resultado del aprendizaje, ya que la información producto del aprendizaje y almacenada en lo que se conoce como la inteligencia cristalizada, resulta intacta, mientras que se produce un deterioro en la inteligencia fluida, que hace que resulte más difícil aprender o asimilar información nueva que no tiene relación con la experiencia vital (Gómez, 2008).

En este sentido, los programas educativos dirigidos a los adultos mayores, deben ser diseñados tomando como fundamento los elementos neurales de la Psicología del Desarrollo en la Vejez; de la Andragogía, y la Gerontagogía. Esta última, es definida como una nueva disciplina que se ocupa de la formación de las personas mayores. Así, desde la perspectiva psicológica, es preciso evaluar al adulto mayor no como paciente geriátrico, sino como un individuo que se encuentra en un proceso de elaboración de cambios y de surgimiento de nuevas formaciones, es decir, como un sujeto en desarrollo (Vásquez y Martínez, 2010).

Por tanto, asumiendo este precepto, luce pertinente abordar esta etapa del desarrollo desde la perspectiva del enfoque histórico cultural de Vigotski, ya que su sistema categorial permite una comprensión de la determinación social de los aspectos psicológicos en todas sus dimensiones. Así, el concepto de Zona de Desarrollo Próximo, se centra en lo que el individuo es capaz de aprender con la ayuda del otro, en otras palabras, pone de relieve las potencialidades de cada individuo para lograr su autodesarrollo, el cual se alcanza como producto de la actividad conjunta o social (Yuni y Urbano, 2005).

De manera que, estos elementos teóricos constituyen herramientas vitales para sustentar la organización del proceso de enseñanza-aprendizaje del adulto mayor, ya que su amplio caudal cognitivo constituye una plataforma ideal para que el nuevo conocimiento se estructure sobre el viejo, mediante la selección de métodos y

procedimientos que garanticen aprendizajes significativos. En tal sentido, durante el desarrollo de las actividades se debe fomentar que el adulto mayor exponga las vivencias, conocimientos, creencias y paradigmas que le fueron útiles en un momento, pero que ya no lo son (Yuni y Urbano, 2005).

Por otro lado, en el desarrollo de la acción formativa es preciso asumir los principios de la Andragogía, a fin de establecer una relación horizontal participativa de adulto a adulto y no de maestro a alumno, por lo que el profesor debe actuar como un facilitador y el participante como un co responsable de su aprendizaje. En los adultos mayores, dada sus características y experiencias de vida el desarrollo del programa educativo debe considerar la enseñanza-aprendizaje como un proceso de orientación.

Y, por último, es pertinente adoptar los principios de la Gerontagogía, que es la ciencia educativa interdisciplinaria cuyo objeto de estudio es la persona mayor en situación pedagógica. Es decir, es una ciencia aplicada dentro de las Ciencias de la Educación, cuyo objeto de estudio se centra en el conjunto de métodos y de técnicas orientados al desarrollo del adulto mayor en su proceso formativo. De forma tal, que hace referencia al carácter educativo del mayor como un aspecto más de la persona, que en su modo de ser y actuar (Fernández, 1999).

Por consiguiente, considerando que la Enfermería tiene como fin promover la salud, prevenir enfermedades y complicaciones a través del cuidado que incluye un aspecto educativo, resulta pertinente diseñar programas educativos con el fin de proporcionar información que genere procesos de transformación en cuanto al estilo de vida. Es así como, en esta investigación se parte del nivel de conocimiento que tengan los adultos mayores sobre los hábitos alimentarios y la actividad física, como dos aspectos fundamentales para su calidad de vida.

De manera que se utilizará como referencia la teoría de Dorothea Orem, quien plantea que el ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio ambiente, que tiene la capacidad de realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. En este escenario, la salud es un estado de integridad estructural y funcional que se logra a través del autocuidado (Orem, 1991).

Además, para esta teorizante, la Enfermería es una acción realizada para el beneficio de otros derivada de la organización de estas acciones: sistema de enfermería totalmente compensatorio, sistema de enfermería parcialmente compensatorio y sistema de enfermería sustentadora y educativa o de desarrollo (Orem, 1980). Por tanto, tomando en cuenta que en la presente investigación se estudia el conocimiento de un grupo de adultos mayores sobre el estilo de vida en sus factores hábitos alimentario y actividad física antes y después de participar en un programa educativo, se considera pertinente incluir dentro de las bases teóricas el Sistema de Enfermería sustentador y educativo o de desarrollo propuestos en la teoría de Orem.

En este contexto, de acuerdo a Orem (1980), este sistema se aplica en aquellos casos que el paciente carece de conocimiento o habilidades o no está preparado psicológicamente para realizar acciones de auto cuidado; así como en “situaciones donde el paciente puede realizar o puede y debe aprender a realizar medidas necesarias de auto cuidado” (p.135).

También, la autora establece que este es el único sistema donde las necesidades de ayuda para un paciente están en relación con la toma de decisiones, el control del comportamiento y la adquisición de conocimiento y habilidades. En referencia a este planteamiento, es preciso recordar que las necesidades de ayuda de los adultos mayores que participarán en esta investigación, están en relación con el control del comportamiento y la adquisición de conocimientos.

Es preciso mencionar que, de acuerdo a lo indicado por Fernández (2010), el autocuidado es toda acción que la persona realiza a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar, acciones que requieren de proceso de aprendizaje. De modo que, existen tres tipos de autocuidado: los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo, los derivados de las necesidades específicas que surgen en determinados momentos del desarrollo vital y los derivados de desviaciones del estado de salud. En esta investigación se busca promover el auto cuidado mediante la educación en salud.

De igual forma, para desarrollar actividades educativas dirigidas a los usuarios de los servicios de salud, es importante considerar ciertas características como la edad, el nivel de conocimiento, el estado de salud, además del ambiente donde se realizarán las actividades. De modo que, aún y cuando la población de adultos mayores es bastante heterogénea, y presentan por tanto múltiples intereses, existen algunas ideas básicas útiles para facilitar el proceso de aprendizaje.

En primer lugar, resulta clave crear un clima positivo de aprendizaje, es decir, un ambiente donde se sientan aceptados, tranquilos y sin temor a equivocarse. Para ello el Profesional de Enfermería, en su rol de facilitador, debe apoyarles constantemente, animarles, motivarles y reconocer sus éxitos, proceso donde la comunicación juega un papel vital. Asimismo, es pertinente crear un escenario donde se propicien las actividades interactivas con los compañeros, utilizando herramientas activadoras de los conocimientos previos, que les permitan exponer lo que conocen acerca del tema. Igualmente, es preciso que los contenidos se les presenten de manera ordenada y que el ritmo del programa educativo se adapte a su capacidad de procesamiento de la información y a la necesidad de explicar lo que piensan del tema (Lirio, 2008).

Estructura del Programa Educativo

En la construcción del programa educativo se incluyen las siguientes secciones: la **portada**, donde se incluyen datos de identificación; la **presentación**, en la cual se mencionan los componentes del programa, y la **fundamentación**, donde se explica el porqué del programa y se incluyen la teoría de Dorothea Orem y el constructivismo social fundamentado en Vigotsky y las unidades y sus elementos constituyentes, objetivos, contenidos, estrategias metodológicas y de evaluación y la bibliografía.

Así, en la **fundamentación** se justifica el desarrollo del curso y se delimita el área de conocimiento, dejando clara su importancia para la formación académica y profesional. Por su parte, los **objetivos** concretan los logros esperados de los estudiantes, de modo tal que orienten el proceso de enseñanza y aprendizaje. Las **unidades didácticas** permiten agrupar grandes bloques de contenidos en torno a un concepto base o eje que le da estructura. Es preciso asegurarse de que estos estén agrupados en bloques coherentes de **contenido**, relacionados directamente con los de la unidad y que respondan a las exigencias epistemológicas y didácticas del contenido en cuestión. Generalmente, a cada unidad se le asigna un nombre que sintetiza o refleja el tema central a tratar (Díaz, 2009).

Entre los **contenidos** a desarrollar en el programa se incluyen: (a) consideraciones generales; (b) estilos de vida; (c) alimentación recomendada para los adultos mayores, (d) grupos de alimentos, (e) calidad y preparación de las comidas; (f) importancia de una alimentación balanceada para el mantenimiento de la salud de los adultos mayores; (g) actividad física recomendada para los adultos mayores; (h) tipos de actividad física; (i) efectos de la actividad física y (j) importancia de la actividad física para mantener la salud.

Por su lado, las **estrategias de enseñanza y aprendizaje** constituyen las herramientas a través de las cuales se pretende alcanzar los objetivos previamente establecidos. Es decir, las propuestas metodológicas para el aprendizaje constituyen la planificación de la secuencia de situaciones de aprendizaje que permitirán al estudiante acceder a las metas previstas y lograr aprendizajes significativos; incluyendo los métodos, las estrategias, las técnicas, y las actividades que se aplicarán, aprovechando al máximo los materiales y recursos tecnológicos disponibles (Fuchs, 2005).

Adicionalmente, las **estrategias de evaluación** son las herramientas que permitirán comprobar el logro de los objetivos por parte de los estudiantes. Las técnicas de evaluación constituyen las herramientas metodológicas que posibilitan obtener las evidencias requeridas por la norma de competencia durante el proceso de evaluación del desempeño de una persona (SENA, 2003; Suárez, 2009). Las técnicas se seleccionan teniendo en cuenta las situaciones específicas requeridas para la obtención de evidencias, a objeto de elegir la que permita recoger el mayor número de ellas, haciendo más eficiente el proceso de evaluación (SENA, 2003).

En otras palabras, la técnica es el procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la evaluación del aprendizaje, utilizando una serie de instrumentos para obtener la información que permitirá emitir el juicio de valor. Habitualmente se definen tres tipos de evaluación, la diagnóstica, la continua y la final (Universidad de Buenos Aires, 2002). En el programa educativo se aplicará como estrategia de evaluación un cuestionario para determinar el conocimiento de los adultos mayores sobre estilos de vida referidos a hábitos alimentarios y actividad física.

Por último, la **bibliografía** debe ser seleccionada de manera tal que permita desarrollar el programa de contenidos elaborado. Un buen criterio es organizarla por unidad didáctica, a fin de orientar el trabajo de los estudiantes.

Estilos de Vida

La salud está estrechamente relacionada con el estilo y forma de vida de las personas. De hecho, Marín (2007) se refiere al estilo de vida como el conjunto de hábitos y conductas que modulan la actividad cotidiana y rigen la forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se nos presentan en las diferentes etapas de la vida. En este orden de ideas, para garantizar un estilo de vida saludable en los adultos mayores, es preciso que se mantengan activos desde el punto de vista físico y social y cuenten con una buena alimentación. Así, por una parte, tal y como lo señalan Velásquez, Echeverri y Olaya (2010), es preciso incentivarlo a ser lo más independiente posible, darle responsabilidades acorde a su estado de salud y hacerlo participe de las actividades de la casa.

Asimismo, para mantenerlos físicamente activos, se sugiere realizar una actividad física tipo aeróbica y cíclica, que involucre a los grandes músculos y que demanden una exigencia para la parte cardiovascular, es decir, actividades como caminar, montar bicicleta, nadar, trotar y bailar. Evidentemente, estas actividades se deben realizar, teniendo en cuenta factores como condición de la persona, destreza y habilidades.

Adicionalmente, los ejercicios de fuerza, que incluyan algunas actividades para mantener el tono muscular, pueden mejorar la calidad de vida, ayudando a mantener los niveles de masa muscular, mejorar la postura y forma física general. Por otro lado, se recomienda el alto consumo de frutas y vegetales, el predominio de carnes blancas y el consumo moderado de harinas (Rolong, 2012).

Es así como, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (2006), plantea como alternativas para que los adultos mayores contribuyan a mejorar su calidad de vida las siguientes premisas: (a) exigir respeto por su persona, (b) atender las

necesidades de aseo personal, (c) expresar las opiniones con tranquilidad y claridad; (d) evitar compararse con otras personas y valorar lo que es, (e) confiar en sus capacidades, (f) aceptar el cuerpo como es, (g) no aislarse, sino relacionarse con amigos, vecinos y familiares y (h) tener pensamientos positivos.

Hábitos alimentarios en el Adulto Mayor

Los hábitos de alimentación constituyen la manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos. Según lo indicado por Vásquez y Martínez (2010), los hábitos alimentarios son de naturaleza compleja y están condicionados por factores geográficos, climáticos y económicos, que determinan la cantidad, variedad, calidad y tipo de alimentos disponibles; así como, por factores de elección personal. Los factores de índole personal se asocian a aspectos psicológicos, sociales, culturales, tradiciones, nivel educativo y de información, cuidado personal y la publicidad, entre otros.

Es así como, la cultura alimentaria constituye el conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura o de un grupo social determinado. De modo que, en la conformación de los hábitos alimentarios confluyen una serie de factores, por lo que no pueden ser evaluados desde una sola perspectiva. Es por ello que, llama la atención como tradicionalmente los estudios sobre los hábitos alimentarios en la tercera edad, han tenido una visión eminentemente biologicista y sanitaria, olvidando en gran medida los factores sociales y culturales asociados, aún y cuando la socialización de los individuos con relación a la comida comienza desde edades tempranas (Vásquez y Martínez, 2010).

En tal sentido, es preciso recordar algunos de los cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor, los cuales

se engloban en físicos, fisiológicos y psicosociales. Entre los factores físicos resaltan los problemas de masticación, salivación y deglución, la discapacidad y minusvalía, el deterioro sensorial y la hipofunción digestiva. Por su parte, entre los fisiológicos destacan la disminución del metabolismo basal, los trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, los cambios en la composición corporal y las interacciones fármacos-nutrientes. Y, entre los psicosociales, la soledad, la depresión, el aislamiento, la pobreza e inadecuados hábitos alimentarios (Servicio Nacional del Consumidor, 2004).

Así, la pérdida del sentido del gusto y el olfato, la disminución del peristaltismo intestinal, las deficiencias en la masticación por el mal estado de la dentadura, la monotonía de la dieta y las afecciones patológicas asociadas a diversos tratamientos farmacológicos, determinan la necesidad de adecuar la alimentación de las personas mayores a esta nueva situación y a sus requerimientos nutricionales específicos (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006).

Alimentación recomendada en los Adultos Mayores

El mantenimiento de la salud durante el proceso de envejecimiento está estrechamente relacionado con aspectos como la alimentación, la cual garantiza los requerimientos nutricionales propios de esta edad. Al respecto Solano (2011), refiere que los requerimientos nutricionales constituyen la cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos, agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo. Estos requerimientos dependen de la edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica y actividad física de cada sujeto. En consecuencia, es preciso aplicar pautas dietéticas personalizadas, a fin de asegurar la disponibilidad adecuada de nutrientes en función de sus requerimientos específicos.

Adicionalmente, al realizar estas pautas dietéticas es preciso tomar en consideración aspectos como la situación económica, el grado de discapacidad, las intolerancias alimentarias, los hábitos nutricionales, los problemas odontológicos, los trastornos de la deglución y el consumo de alcohol y tabaco (Servicio Nacional del Consumidor, 2004). En consecuencia, la dieta debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. Y la comida debe tener las siguientes características: (a) fácil de preparar, (b) higiénica, (c) estimulante para el apetito, (d) apetecible y (e) de fácil masticación y digestión (Salud de Altura, 2008).

Así, el estado nutricional de los adultos mayores se hace cada vez más importante, no solo por el aumento inusitado de este grupo poblacional, sino por el alto costo que tiene el tratamiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Caber resaltar que, la buena alimentación mejora la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que es necesario que tengan una alimentación balanceada, que garantice los requerimientos nutricionales propios de esta edad. Por ello, lo recomendable es consumir alimentos de los diferentes grupos alimentarios, es decir, proteínas, carbohidratos, vegetales y verduras, granos, frutas y lácteos. Además líquidos, sales minerales y vitaminas e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras.

Grupos de alimentos

En la alimentación del adulto mayor es necesario incluir alimentos ricos en proteínas completas, debido a que contribuyen a mantener los órganos, tejidos y el sistema de defensas en buenas condiciones. Así, desde un punto de vista general, los alimentos se agrupan, de acuerdo a los nutrientes que los componen y las propiedades biomoleculares, en carbohidratos, proteínas y grasas. Además, el cuerpo necesita vitaminas y diversos minerales y oligoelementos, así como, un adecuado consumo de

agua. Ahora bien, estos nutrientes se encuentran en los distintos alimentos, que de acuerdo a su origen se agrupan en: (a) los de origen vegetal como verduras, frutas y cereales; (b) los de origen animal, como carnes, leche y huevos y (c) los de origen mineral, como agua y sales minerales.

Carbohidratos

Los carbohidratos o hidratos de carbono son la principal fuente de calorías en una alimentación equilibrada, ya que el organismo convierte los hidratos de carbono en glucosa, parte de la cual utiliza para producir energía y el sobrante se convierte en glucógeno. Por su parte, el glucógeno es almacenado en el hígado y los músculos para usarlo en el futuro, ya que puede convertirse rápidamente en glucosa para satisfacer las necesidades del organismo. Cuando el organismo ha elaborado suficiente glucógeno, almacena la glucosa restante en forma de grasa. De tal manera que, constituyen la fuente energética más barata y fácil de obtener, además el consumo adecuado permite mantener un peso y la composición corporal adecuada. Sin embargo, el excesivo consumo puede provocar caries dentales, sobrepeso y alteración de los niveles de lípidos en sangre (Burke y Walsh, 1998).

En este orden de ideas, cabe destacar que existen dos tipos de hidratos de carbono, los de absorción rápida que deben consumirse en forma racional y en cantidades moderadas y los de absorción lenta, los cuales se recomienda consumir en cada comida del día. Los azúcares refinados y morenos, el almíbar y la miel son ejemplos de carbohidratos de absorción rápida; mientras que los panes, los cereales, el maíz, los guisantes, las papas, las pastas y el arroz son ejemplos de hidratos de carbono de absorción lenta (Burke y Walsh, 1998).

En consecuencia, es recomendable que entre el 55% a 60% de la ingesta de calorías para los adultos mayores, estén compuestas por carbohidratos,

principalmente complejos, con poco azúcares simples. Se recomienda cuatro o más raciones de frutas y verduras frescas o cocinadas incorporadas a la dieta; al igual que limitar la cantidad de grasa en forma de mantequilla, margarina o cremas para acompañar las ensaladas o pastas. Por su parte, los carbohidratos simples proceden principalmente de los azúcares de la fruta y de los lácteos semidesnatados.

Proteínas

Las proteínas suministran al organismo los materiales necesarios para el crecimiento, el mantenimiento y la reparación de tejidos y músculos, al tiempo que contribuyen a elaborar las hormonas. De igual forma, el organismo almacena la proteína sobrante en forma de grasa, la cual puede utilizarse como fuente de calorías de emergencia en caso de escasear los hidratos de carbono y las grasas.

En tal sentido, las proteínas provenientes del huevo, carnes, pescados y lácteos son de mejor calidad que las que se encuentran en alimentos de origen vegetal como legumbres y cereales. No obstante, la combinación de cereales con lácteos o de legumbres con cereales origina proteínas de tan buena calidad como las de origen animal. De modo que, es preferible comer carnes blancas, como pollo, pavo o pescado o carnes rojas magras. En síntesis, tal y como lo señala Pérez (1997), se recomienda reemplazar las carnes rojas por legumbres, vegetales, huevos, jurel, atún o salmón en conserva, consumir 1 a 2 huevos en la semana.

Lípidos

Los lípidos o grasas constituyen la fuente de energía, regulan la temperatura corporal, protegen órganos vitales como el corazón y los riñones, transportan las vitaminas liposolubles facilitando la absorción, son imprescindibles para la formación de determinadas hormonas y suministran ácidos grasos esenciales que el organismo

requiere. De manera que, las grasas son una parte importante de la nutrición diaria pero sólo se requiere una pequeña cantidad para mantener el equilibrio químico del organismo. Por ende, se deben ingerir alimentos ricos en grasa con moderación, pues el cuerpo almacena la grasa que no necesita, lo que puede aumentar el colesterol y triglicéridos sanguíneos (Pérez, 1997).

Así, la grasa alimenticia puede ser de dos tipos básicos, saturada e insaturada, destacando que la primera eleva el colesterol y aumenta el riesgo cardiovascular. Las principales fuentes de grasa saturada son la materia grasa de los productos lácteos, la grasa de la carne roja y los aceites tropicales tales como el aceite de coco. La grasa insaturada es más sana y puede ser monoinsaturada o poliinsaturada. Los aceites vegetales son las fuentes más comunes de grasa insaturada y la mantequilla, la margarina en barra, la grasa vegetal y el aceite de coco de grasas saturadas (Burke y Walsh, 1998).

Es por ello que, se recomienda que la grasa de la dieta no supere el 30% de la ingesta calórica total del adulto mayor, sin que la ingesta de colesterol supere los 300 mg. Asimismo, se debe limitar la ingesta de grasa saturadas a no más del 10% del total de grasa, el 10% grasas mono saturadas y el resto de ácidos grasos poliinsaturados. El adulto mayor debe evitar los alimentos grasos y fritos, por lo que es necesario retirar la grasa visible de la carne, utilizar leche desnatada y disminuir la cantidad de grasa para cocinar y sazonar las ensaladas.

Alimentos de origen vegetal

Como se mencionó anteriormente, en esta categoría se agrupan las verduras, frutas y cereales. A este respecto cabe recordar que, las frutas y verduras son de vital importancia para preservar la salud, ya que en el caso de las frutas contribuyen a disminuir los niveles de colesterol y de ácido úrico, al tiempo que son ricas en

proteínas de alto valor biológico y portadoras de vitaminas A. Entre las frutas con mayor contenido de vitamina A cabe mencionar, mandarinas, manzanas, uvas, peras, piñas, plátanos, granadas, melocotones, fresas, membrillo, naranja y melón. Por su parte, las verduras contribuyen a la prevención de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

De igual forma, las frutas contienen vitaminas D, C y E. Así, el melocotón, la fresa, la granada, el higo, la manzana, el níspero, el membrillo, la naranja y la piña contienen vitamina D. Por su lado, la vitamina C se encuentra en las grosellas, el limón, la mandarina, la naranja, la mora, el melón y la uva. La vitamina E, se halla en la fresa y el plátano; mientras que la fresa es rica en vitamina K.

Además, las verduras y hortalizas aportan minerales y vitaminas. En este contexto, los vegetales verdes y amarillos ocupan el primer lugar como fuente de caroteno o pro-vitamina A, riboflavina, ácido ascórbico, hierro y calcio. Los alimentos ricos en antioxidantes como las zanahorias, caraotas, arvejas, lentejas y el consumo constante de té verde, son recomendables para mantener la buena salud de los adultos mayores y prevenir enfermedades crónicas y además, aumenta el consumo de fibra (Alarcón, 2011).

De modo que, la ingesta recomendada es de al menos una fruta diariamente, siendo lo ideal 3 a 4 piezas diarias. Además, es pertinente priorizar la ingestión de frutas frescas en forma natural y ensaladas crudas en la alimentación de los adultos mayores; así como preferir frutas como postres y como bebida. Además, es recomendable evitar quitar la cáscara o piel a los frutos y vegetales, a fin de evitar pérdida de nutrientes y de fibra. De igual forma, en el caso de los vegetales se recomiendan dos raciones al día, preferiblemente cocinados al vapor con poco agua para evitar destruir las vitaminas. En síntesis, las frutas y las verduras reducen el envejecimiento celular por su alto contenido de antioxidantes, poseen vitaminas y

minerales, además, contienen fibra eficaz para tratar el estreñimiento, controlar el nivel de glucosa y reducir el colesterol (Solano, 2011).

Los cereales, tales como el trigo, avena, maíz, centeno y cebada, son considerados alimentos fundamentales en la dieta de los adultos mayores, debido a su alto contenido nutritivo y de fibra dietética. Cabe destacar que, los integrales poseen un mayor valor nutricional que los refinados, por cuanto el proceso de refinamiento elimina ciertas partes del cereal, como el salvado rico en fibras y vitaminas. En efecto, los cereales tienen un contenido alto de hidratos de carbono complejos, como el almidón, que aporta un alto componente energético. Además, aunque su composición varía en función del tipo de cereal básicamente se ubica el un 60 a 75% de hidratos de carbono, 1 a 5% de grasas, 7 a 15% de proteínas, entre 1,5 y 2,5% de minerales y un 10 a 15% de aguas.

Asimismo, son ricos en vitaminas del grupo B. Resalta que, como se desprende de la información anterior, el aporte de proteínas es importante, pero deficitario en alguno de los aminoácidos esenciales, por lo que es necesario complementarlo con alimentos ricos en proteínas de otros grupos, como legumbres o alimentos proteicos de origen animal (Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile SENAMA, 2005).

Para obtener proteínas complementarias es preciso combinar alimentos con proteínas de baja calidad para obtener una proteína de alta calidad. Por ejemplo, los cereales como arroz, maíz y trigo, no contienen el aminoácido esencial lisina pero sí contienen metionina; mientras que las leguminosas provenientes de algunos granos como garbanzos y lentejas contienen lisina pero no metionina. Así, la proteína incompleta de los granos se complementa con la proteína incompleta de las leguminosas para formar una proteína completa. La cantidad recomendada de ingesta de cereales en los adultos mayores es de 30gr al día. De igual forma, el pan como producto derivado puede ser consumido entre 40 a 60 gr por día (Pérez, 1997).

En tal sentido, los granos o leguminosas como las judías o caraotas, lentejas, garbanzos, guisantes son alimentos que proporcionan un alto contenido en hidratos de carbono de absorción lenta, proteínas, fibra dietética y vitaminas del grupo B. La composición nutricional de las legumbres puede variar dependiendo de la variedad de la semilla, sin embargo, el contenido en proteínas e hidratos de carbono complejos es elevado, resaltando el alto contenido de almidón. Asimismo, son alimentos con alto contenido en hierro y calcio.

Alimentos de origen animal

Entre ellos cabe mencionar las carnes, leche y huevos. Las carnes de origen animal son importantes por su alto contenido de proteínas, hierro y zinc; por lo que contribuyen a renovar y reparar los tejidos del cuerpo y prevenir la anemia. Además, las grasas del pescado, del tipo omega 3, ayudan a prevenir las enfermedades del corazón. Por ende, es recomendable consumir atún, jurel o trucha al menos 2 veces por semana; preparados preferiblemente a la plancha, al vapor o al horno y condimentados con jugo de limón (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006).

No obstante, las carnes rojas altas en grasas, como la de vacuno, cerdo y cordero, embutidos, las vísceras y la yema de huevo contienen grasas saturadas y colesterol, por lo que sólo es recomendable consumirlos en ocasiones especiales y en muy pequeña cantidad. Así, es pertinente ingerir de 4 a 5 raciones de carnes o aves a la semana y de 5 a 6 de pescados (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México, 2009).

Por su parte, los lácteos sobre todo descremados como leches o yogurt son importantes, ya que si bien la absorción de calcio está disminuida a esta edad, una mayor ingesta diaria significará una mayor ingesta absoluta de calcio. Los productos

sin lactosa o deslactosados son una buena alternativa para los que presenten molestias digestivas producidas por la lactosa. Un aporte adecuado de lácteos es una buena fuente de proteínas que contribuirá a evitar la pérdida de masa muscular. La ingesta recomendada de lácteos es de 4 raciones al día, que equivalen a 200 ml de leche, 2 yogures, 25 gr de queso maduro o 50 gr de queso fresco.

Adicionalmente, los huevos son una buena fuente de proteínas de alto valor biológico, así como de hierro, vitamina A, tiamina, riboflavina y vitamina D. De hecho, el huevo aporta varios nutrientes fundamentales para mantener los músculos y para que los huesos estén fuertes y en buenas condiciones. La proteína del huevo es considerada la de más alta calidad de todos los alimentos, ya que contiene todos los aminoácidos esenciales para el organismo. Por otro lado, el huevo contiene zinc que es indispensable para la actividad de numerosas enzimas y para la síntesis proteica y el mantenimiento de los huesos en condiciones normales (Burke y Walsh, 1998).

Asimismo, el huevo aporta vitamina D que contribuye a la absorción y utilización normal del calcio y el fósforo y, por ende, a mantener los huesos y dientes en condiciones normales y a que los músculos funcionen adecuadamente. Por último, el huevo también aporta fósforo al organismo, que es el sexto mineral más abundante en el organismo y representa un 1% del peso total del cuerpo. De modo que, si no está restringido el aporte de colesterol se pueden consumir 3 ó 4 a la semana, pero en caso de hiperlipemia se limitarán a 2 a la semana (Alarcón, 2011).

Alimentos de origen mineral

En este rubro se agrupa el agua y los minerales y oligoelementos. En relación al agua es pertinente señalar que, tomando en cuenta que en el adulto mayor el mecanismo que desencadena la sed está alterado, se recomienda tomar agua con regularidad durante todo el día, teniendo en cuenta sus necesidades diarias y

prestando una especial atención en los meses calurosos y, en situaciones con necesidades aumentadas (Pérez, 1997).

En efecto, con el paso de los años el agua del cuerpo disminuye, por lo que es fundamental dar prioridad al consumo de agua del adulto mayor por el riesgo de deshidratación. Cabe señalar que, el estado de deshidratación puede tener consecuencias importantes, como disminución de la conciencia o confusión mental, irritación, aumento de la toxicidad de medicamentos, así como de la temperatura corporal y cefaleas.

Las necesidades de agua son muy variables de unas personas a otras y difíciles de evaluar y mantener una carga de solutos tolerable por los riñones. No obstante, de forma general, se calculan sobre la base de 30 - 35 ml /Kg de peso corporal y día, es decir, de 1,5 a 2 litros de agua diarios o al menos 8 vasos, además de la contenida en los alimentos. En los adultos mayores, se puede consumir en la forma pura o utilizar otras bebidas como sopas, zumos, infusiones, refrescos y leche. El té y el café pueden beberse con moderación y el alcohol, en pequeña cantidad y en bebidas de poca graduación. Es aconsejable recomendar la necesidad de ingerir bebidas, incluso aunque no tengan sed, a intervalos regulares de tiempo.

Por su parte, el calcio forma parte de huesos, tejidos conjuntivos y músculos y junto con el potasio y el magnesio es esencial para una buena circulación de la sangre y juega un papel importante en la transmisión de impulsos nerviosos. Los alimentos ricos en calcio incluyen los lácteos, frutos secos, pescados de los que se come la espina, sésamo y bebidas de soya enriquecida, entre otras. Se recomienda consumir productos lácteos en todas las comidas (Burke y Walsh, 1998).

El magnesio es esencial para la asimilación del calcio y de la vitamina C y es importante en la transmisión de los impulsos nerviosos. El magnesio se encuentra en

el cacao, la soya, los frutos secos, las legumbres, así como verduras verdes y el pescado. El hierro cumple un rol fundamental, ya que es el transportador del oxígeno a la sangre e interviene en los procesos de obtención de energía. Se absorbe mejor el hierro de los alimentos de origen animal que de los de origen vegetal. El hierro abunda en las carnes, además en el hígado, pescado, yema de huevo, cereales enriquecidos, frutos secos y levaduras (Burke y Walsh, 1998).

Fibra

La fibra ayuda a los movimientos intestinales y su carencia puede ser causa de constipación o estreñimiento. Esta se agrava por la falta de ejercicio y de ingesta de líquidos. De hecho, la ralentización del ritmo intestinal, frecuente en los ancianos, mejora con una ingesta de fibra adecuada. Por ello hay que insistir en un consumo elevado de alimentos ricos en este elemento, como son las legumbres, frutas, granos y cereales (Alarcón, 2011).

Así, las verduras son una fuente rica en fibra, destacando la lechuga, acelga, zanahorias crudas, espinaca, espárragos, remolachas, champiñones, nabos y calabaza. De igual forma, las legumbres, tales como lentejas, frijoles negros, arvejas secas, fríjol colorado, habas y garbanzos contienen fibra. Las frutas como las manzanas, plátanos, melocotones, peras, mandarinas y ciruelas también constituyen fuentes de fibra; al igual que los cereales, panes, arroces y pastas integrales. Además, existen multitud de preparados comerciales que pueden ayudar cuando la ingesta de la fibra dietética no es suficiente para regular el ritmo intestinal. El consumo de 20 a 40 gr diarios de fibra por día es suficiente para prevenir este problema.

Vitaminas

Las vitaminas son nutrientes esenciales que realizan funciones metabólicas especiales, esas son necesarias en pequeñas cantidades para distintas funciones fisiológicas, incluida la regulación del metabolismo y su función como catalizadores. Generalmente se clasifican en liposolubles e hidrosolubles. Estas resultan fundamentales para la prevención de ciertas enfermedades como es el caso de las cataratas, dermatitis, cefaleas, anemia.

Se han realizado investigaciones cuyos resultados demuestran que los niveles de vitaminas más probablemente disminuidos en hombres y mujeres mayores son la vitamina A, la tiamina, la riboflavina y la piridoxina o vitamina B.(Yearick y Col 1980). Los factores que influyen en la ingesta adecuada de vitaminas son la calidad de los nutrientes de la dieta cuando existe una reducida ingesta calórica y el uso de medicamentos y alcohol que puedan interferir el proceso de absorción; además, de factores socioeconómico y culturales.

Se recomienda una ingesta de vitamina C para el adulto mayor de 60 mgr por día, ya que es fundamental para la nutrición sana de la persona mayor. De hecho, existen evidencias que demuestran que el comienzo de las cataratas puede retrasarse mediante modificaciones del comportamiento y la nutrición, presentando la vitamina C, E y los beta carotenos efectos protectores (García, Padilla, Hernández y Rodríguez, 2010).

Horario y frecuencia recomendada para la ingesta de alimentos

Se recomienda mantener los horarios de comidas de un día para otro y no saltarse ninguna toma, así como distribuir la alimentación en 4 a 5 comidas al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, ya que si se come a menudo pero

menos cantidad, se consiguen digestiones mejores y se contribuye a un mejor control de los niveles de glucosa y de lípidos en sangre.

Las personas mayores suelen no comer en la noche, sin embargo, es importante realizar siempre una comida liviana al atardecer, para evitar un largo período de ayuno y mejorar una serie de funciones metabólicas en el organismo. Además, como se mencionó anteriormente, es preciso aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, como legumbres, frutas y verduras crudas, pan y cereales integrales, tomar de 6 a 8 vasos de agua en los intervalos de las comidas, disminuir el consumo de té y café y las bebidas alcohólicas a no más de una copa de vino tinto al día.

Por último, es muy importante recordar que cualquier cambio en la dieta de la persona mayor debe hacerse tras valorar los hábitos dietéticos y sin olvidar aspectos como la dentición, economía y entorno familiar, entre otros. La comida es sin duda un hábito social y de costumbres, por lo que la alimentación de una persona mayor no se debe cambiar de un día para otro, sino por el contrario de manera gradual y con su consentimiento. Además, la comida es un acto social, por lo que comer en solitario lleva consigo alteraciones nutricionales importantes, como una menor ingesta, una dieta descuidada con comidas de fácil preparación y no siempre equilibradas. Por todo ello, es muy importante utilizar la comida para poder conocer y entablar una mejor relación con la persona mayor.

Calidad y preparación de las comidas

En primer término, es preciso recordar que, para mejorar el apetito es preciso tomar en cuenta los siguientes aspectos: (a) elaborar comidas ricas en nutrientes; (b) preparar la comida con tanto sabor como sea posible; (c) realizar una presentación atractiva de los alimentos; (d) tratar de comer en familia y (e) utilizar suplementos alimenticios cuando sea necesario (Salud de Altura, 2008). Por otra parte, la forma

como se preparan los alimentos es un factor fundamental para garantizar su ingesta en los adultos mayores, además es una forma de garantizar una dieta saludable. Al mismo tiempo, es recomendable preparar los alimentos al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor; evitar el uso excesivo de sal y azúcar y consumir como mínimo dos litros de agua diarios. Es preciso señalar que, la ingesta hídrica es un factor esencial de la nutrición, ya que las personas mayores muestran un mayor riesgo a la deshidratación por un descenso del agua orgánica total (SENAMA, 2005).

Es así como, de una manera general se proponen las siguientes recomendaciones: (a) utilizar técnicas culinarias sencillas y suaves con agua-cocido, vapor, escalfado, horno, microondas, plancha y rehogados con poco aceite; (b) moderar la preparación de guisos y estofados grasos, frituras, empanados y rebozados; (c) reducir el sodio de los alimentos y (d) utilizar como condimentos vinagre, limón, ajo, cebolla, cebolleta, cebollino, puerro, albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel, tomillo, orégano, perejil, pimienta, pimentón y azafrán.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se recomienda tomarse el tiempo necesario para la comida, comer lento y masticar bien, para permitir una buena asimilación de los alimentos. Asimismo, es importante cuidar las piezas dentarias o prótesis y tener unos buenos hábitos para la eliminación intestinal, entre los que destacan evitar el uso de laxantes, consumir alimentos ricos en fibras, como frutas y legumbres, tomar dos litros de agua diarios y realizar actividad física periódica (Salud de Altura, 2008).

A manera de síntesis se debe resaltar que, una adecuada alimentación en el adulto mayor es vital, ya que mantiene el índice de masa corporal (IMC) y la relación peso/talla en valores adecuados y, además, previene enfermedades cardiovasculares, diabetes, artrosis y cáncer. Por el contrario, una ingesta inadecuada conlleva a una reducción de ganancia de peso, mayor pérdida de gasto cardiaco y reducción de la masa magra cardiaca.

Actividad física en el Adulto Mayor

La actividad física es fundamental para mantener la capacidad funcional de los adultos mayores. Esta debe ser realizada de manera sistematizada. Así, según Heredia (2006) se entiende por actividad física:

todo movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos, que produce gasto de energía; mientras que el ejercicio físico incluye todo tipo de actividad física realizada de formas planificada, ordenada, repetida y deliberada. Por su parte, el sedentarismo es la ausencia de actividad física o su realización con una frecuencia menor de 3 veces a la semana y/o menos de 20 minutos cada vez (p. 2).

Considerando los beneficios de la actividad física para garantizar la calidad de vida de los adultos mayores, organizaciones internacionales como la UNESCO (2012), han establecido que uno de los objetivos prioritarios del milenio es fomentar la actividad física, especialmente en la tercera edad, intentando aumentar la proporción de personas adultas que realizan ejercicio físico de forma regular, al menos 30 minutos al día, preferiblemente todos los días.

Sin embargo, por lo general, el nivel de actividad física regular en los adultos mayores es muy bajo, debido, en parte, al mito de que no se benefician con ella o que ya no tienen las condiciones físicas para realizarlo. Es preciso apuntar que, la reducción de la capacidad motora y la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular, provocan descoordinación motriz, la cual sin ejercicios adecuados se agudizará (Andrade y Pizarro 2007).

En relación al último punto cabe recordar que, los adultos mayores inactivos pierden habilidades en cuatro áreas muy importantes para conservar la salud y la independencia, como son la resistencia, el fortalecimiento, el equilibrio y la flexibilidad; situación que es perfectamente reversible a través de programas de

ejercicio adecuados (Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2001).

De hecho, el ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida del adulto mayor, ya que permite la continuidad de la fuerza y la movilidad, proporciona un sueño sin interrupciones, mejora el estado de ánimo, previene algunas enfermedades y genera ambientes recreativos (Andrade y Pizarro 2007).

Tipos de actividad física en el Adulto Mayor

Ahora bien, desde un punto de vista más técnico, los programas de actividad física se organizan en cuatro grupos: ejercicios para mejorar la resistencia, para el fortalecimiento muscular, para el equilibrio y para la flexibilidad. Los ejercicios de resistencia, que pueden ser moderados o enérgicos, ayudan a mejorar la capacidad respiratoria cardíaca y retardan la aparición de enfermedades asociadas al envejecimiento (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2006).

Las actividades de resistencia son aquellas que aumentan la frecuencia cardíaca y respiratoria por períodos prolongados. Entre los beneficios destacan, que mejoran la salud del corazón, de los pulmones y del sistema circulatorio, aumentan el vigor y mejoran el funcionamiento de todos los aparatos y sistemas del cuerpo, al aumentar el flujo sanguíneo y ayudan a prevenir o retardar algunas enfermedades crónicas degenerativas, tales como la enfermedad del corazón, la hipertensión y la diabetes, entre otras (Ceballos, 2012).

Entre los ejercicios moderados cabe mencionar: nadar, andar en bicicleta, bicicleta estática, actividades de jardinería, caminar, limpiar el piso y bailar. Y entre los enérgicos, subir escaleras o cerros, ciclismo de montaña, jugar al tenis, remar y trotar (Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2001). La meta

para el ejercicio de resistencia cardiovascular es llegar al menos a 30 minutos de actividad, entre moderada y enérgica, todos los días de la semana o la mayor parte de ellos. La actividad debe aumentarse gradualmente, comenzando con tan sólo 5 minutos por vez, si es necesario, especialmente si la persona ha estado inactiva por mucho tiempo. Es preciso señalar que, el hacer menos de 10 minutos de ejercicio a la vez no brindará los beneficios cardiovasculares y respiratorios deseados

Por su parte, los ejercicios de fortalecimiento contribuyen a incrementar la fuerza del adulto mayor y mejoran el metabolismo. En efecto, estos ejercicios tienen efectos importantes sobre varios sistemas del cuerpo humano, siendo el principal el aumento en la fortaleza neuromuscular que se acompaña con un aumento en la masa muscular. Así, el ejercicio de fortalecimiento es la única estrategia rehabilitadora que ha demostrado tener un efecto anabólico en el anciano, sin los efectos secundarios que caracterizan el uso de drogas, como los esteroides anabólicos y hormonas.

Además, una sesión de ejercicio de fortalecimiento activa la síntesis de proteínas, por lo que es importante que el adulto mayor que participe de un programa de ejercicio tenga una dieta con un contenido de proteínas apropiado, por lo que se sugiere la ingesta de proteínas o de una mezcla de proteínas con hidratos de carbono después de una sesión de entrenamiento para aumentar los efectos del ejercicio (Gómez y Reuss, 2004).

Este tipo de ejercicio consiste en levantar o empujar un peso, aumentando ese peso gradualmente. Esta acción se debe realizar 8 a 15 veces seguidas y repetir la acción luego de un minuto de descanso. Para realizar los entrenamientos de fortalecimiento es necesario tener equipo de resistencia, aunque en el anciano muy débil se puede comenzar utilizando la masa corporal como resistencia. El equipo puede ser tan sencillo y de bajo costo como las pesas libres o una variedad de equipos especiales disponibles en gimnasios y centros de entrenamiento.

Estos equipos especiales pueden ser de resistencia variable, isocinéticos, o hidráulicos. Se recomienda hacer ejercicios de fortalecimiento para todos los principales grupos musculares al menos dos veces a la semana, pero no para el mismo grupo muscular durante dos días consecutivos, de igual forma, dependiendo de la condición de la persona, puede comenzar utilizando una pequeña pesas de medio a un kilogramo y aumentar la cantidad de peso gradualmente y cuando se usan pesas, deben tomarse 3 segundos para levantar y 3 segundos para bajar las pesas (Ceballos, 2012).

Los ejercicios de equilibrio contribuyen a evitar las caídas, disminuyendo los riesgos de fracturas de caderas y evitar la invalidez. Entre estos ejercicios destacan pararse en un solo pie, levantarse de la silla sin apoyarse en las manos o brazos o caminar en línea recta con un pie adelante del otro tocando el talón del pie que va adelante (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2006). Cabe acotar que, si el adulto mayor carece de buena estabilidad, los ejercicios deben hacerse apoyándose en una mesa, en una silla, en una pared o con alguien cerca, en caso de que se necesite ayuda y a medida que se progresa se debe tratar de hacer los ejercicios sin apoyarse.

Por último, los ejercicios de flexibilidad se centran en el estiramiento de los miembros y contribuyen a mantener la elasticidad del cuerpo, ayudando a mejorar la autonomía e independencia. (Heredia, 2006). La técnica principal para los ejercicios de flexibilidad es la de estiramientos estáticos, en donde la articulación en cuestión se somete al movimiento lentamente, hasta que el adulto mayor percibe el estiramiento. Otras técnicas utilizadas incluyen la facilitación neuromuscular propioceptiva y las técnicas que activan los músculos antagonistas al movimiento deseado. Estas últimas requieren asistencia de un profesional de la fisioterapia. Los ejercicios de flexibilidad no requieren equipo especial y se pueden realizar en cualquier lugar del hogar (Ceballos, 2012).

Los ejercicios de estiramiento deben hacerse regularmente después de otras actividades físicas cuando los músculos están calientes, además, aunque la persona no esté realizando otra actividad física, el estiramiento debe hacerse al menos 3 veces a la semana durante por lo menos 15 minutos, después de calentar los músculos. El estiramiento debe mantenerse durante 10 a 30 segundos y repetirse de 3 a 5 veces.

Efectos de la actividad física sobre el Adulto Mayor

Así, los principales efectos del ejercicio y la actividad física en los adultos mayores se agrupan en antropométricos y neuromusculares, metabólicos y psicológicos (Andrade y Pizarro 2007). Entre los efectos antropométricos y neuromusculares cabe resaltar: (a) el control del peso corporal, (b) la disminución de la grasa corporal, (c) el aumento de la masa muscular y de la masa magra, (d) el aumento de la fuerza muscular y de la densidad ósea, (e) el fortalecimiento del tejido conectivo y (f) el aumento de la flexibilidad (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2006).

Por su parte, los efectos metabólicos son: (a) aumento del volumen sistólico, (b) disminución de la frecuencia cardíaca en reposo y en el trabajo sub-máximo, (c) aumento de la potencia aeróbica y de la ventilación pulmonar, (d) disminución de la presión arterial, (e) mejora del perfil lipídico de la sensibilidad a la insulina y (f) aumento de la tasa metabólica de reposo. Y, entre los efectos psicológicos cabe mencionar: (a) mejora del autoconcepto, de la autoestima y de la imagen corporal, (b) disminución del stress, la ansiedad, la tensión muscular y el insomnio, y (c) mejora de las funciones cognitivas y socialización (Heredia, 2006).

Asimismo, el ejercicio y la actividad física también contribuyen en la prevención de las caídas por diferentes mecanismos ya que: (a) fortalece los músculos de las piernas y columna, (b) mejora los reflejos, la sinergia motora de las reacciones

posturales y la velocidad de andar y (c) incrementa la flexibilidad. Adicionalmente, existen modificaciones del proceso cognitivo, haciéndose más rápido y eficiente, debido a que mejora la circulación cerebral y disminuye la presión arterial e inhibición de la agregación plaquetaria (Andrade y Pizarro 2007).

Es así como, la Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda que los adultos mayores dediquen como mínimo 10 minutos diarios al ejercicio, aunque lo ideal es hasta 300 minutos semanales de actividad física moderada aeróbica, o 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. En tal sentido, las actividades físicas recomendadas son: actividades recreativas o de ocio, desplazamientos caminando o en bicicleta, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos y deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Asimismo, los beneficios inmediatos y a largo plazo de la actividad física en las personas adultas mayores incluyen aspectos no sólo fisiológicos, sino también psicológicos y sociales, tales como mejor calidad de vida y salud mental, más energía y menos estrés, mejor postura y equilibrio y una vida más independiente. Además, la actividad física regular también tiene impactos positivos en la sociedad, incluyendo la reducción en los costos de salud y en la carga para el cuidador.

Importancia de la actividad física para los Adultos Mayores

Los fundamentos teóricos sobre la actividad física demuestran la importancia y los beneficios para mantener la salud física y capacidad funcional de los adultos mayores. Sin embargo, existe un gran número de esta población que no acostumbra realizar actividad física, lo cual pudiera estar en relación con el nivel de información

que estos tienen sobre la actividad física, beneficios e importancia para mantener la capacidad funcional y disminuir los riesgos propios de la vejez (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2006).

En efecto, como se desprende de la información presentada en secciones anteriores, el apropiado ejercicio físico es un pilar fundamental para alcanzar una vida con adecuada salud, pues compensa de forma positiva la masa muscular, favorece la dinámica respiratoria, la temperatura, el volumen sanguíneo y mejora la resistencia periférica y la capacidad de respuesta al estrés. Además, el ejercicio físico tiene un efecto positivo sobre los distintos sistemas del organismo, retrasando la involución de éstos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos (Rodríguez y Anguita, 2012).

Cabe destacar que, el objetivo del ejercicio físico es lograr que la persona mayor pueda mantener más independencia por más tiempo, con mejor capacidad funcional, condición que involucra a varios sistemas, como el corazón, pulmones, músculos y articulaciones. Así, el ejercicio protege el sistema cardiovascular, ya que después de un entrenamiento planeado y realizado en forma adecuada, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial disminuyen.

Además, el organismo optimiza la utilización de oxígeno, mejorando la actividad física para ejercicios como el caminar, correr, nadar entre otras. De igual forma, la actividad física puede retardar el deterioro del sistema nervioso encargado de recibir, transportar y organizar los mensajes respondiendo a determinados estímulos, como es el caso de tropezar contra un obstáculo (Heredia, 2006).

Asimismo, disminuye la percepción del dolor, de la ansiedad y mejora la capacidad de concentración y atención. También mejora el metabolismo de los

azúcares y grasas, así como la función cerebral y el sueño. El incremento de la beta endorfinas genera una sensación de bienestar, aumentando los sentimientos de autoestima. Asimismo, el ejercicio en grupo facilita las relaciones sociales, por lo que el adulto mayor mejora su sensación de bienestar y la percepción de mayor movilidad.

Bases Legales

El cuidado de la salud de los adultos mayores ha sido un aspecto considerado por el Estado Venezolano. Según lo expresado en el Artículo 83 de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de Diciembre de 1999, Número 36.860:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte de derecho a la vida. El Estado promoverá políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derechos a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (p. 81).

De igual manera el Artículo 86 señala:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social (p. 81).

Es importante hacer referencia a la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería, dada, firmada y sellada en el Palacio Federal Legislativo, sede de la

Asamblea Nacional, en Caracas, a los veintiséis días del mes de julio de dos mil cinco. Año 195° de la Independencia y 146° de la Federación. En Gaceta Oficial Número: 38.263 del 01-09-05 refiere en el Artículo 2 las pautas que rigen el ejercicio profesional de la Enfermería.

A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la Enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la Enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de Enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.
3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de Enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.
4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua. Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la Enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

En el Código Deontológico de Venezuela, Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela Comité Ejecutivo en el Artículo 28 indica: “el profesional de Enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística (biológicas, psicológica y social)”.

En cuanto a las bases legales resulta pertinente acotar el artículo 48 de la Ley de Servicios Sociales, Sección II Prestaciones en Servicios y en Especie en su aparte Cultura de la Salud, el cual establece:

El Instituto Nacional de Servicios Sociales establecerá programas destinados a promover una cultura de la salud para fomentar estilos de vida saludable en toda la población, donde se contemple la prevención de enfermedades y el desarrollo de una conciencia sobre el proceso de envejecimiento (p.27).

Asimismo, el Capítulo II Deberes de Coordinación y Cooperación de Organismos Públicos y Privados en el Artículo 24 señala:

El Ministerio con competencia en materia de salud, a través del sistema público nacional de salud, deberá promover y desarrollar la atención integral de la salud a las personas protegidas por esta ley, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación, atendiendo las particularidades inherentes a su condición.

Sistema de Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis que serán referencias para el desarrollo de la investigación. Según Arias (2009) la hipótesis "es una proposición respecto a algunos elementos empíricos y otros conceptos y sus relaciones mutuas, que emerge mas allá de los hechos y las experiencias conocidas, con el propósito de llegar a una mayor comprensión de los mismos" (p.45).

Hipótesis General

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre estilos de vida antes y después de participar en un programa educativo.

Hipótesis Específicas

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre el estilo de vida que tienen los adultos mayores antes de participar en un programa educativo.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre estilos de vida que tienen los adultos mayores después de participar en un programa educativo.

Sistema de Variables

Una variable es la cualidad o cantidad medible que se estudia de los elementos de análisis y que varían de una unidad a otra. Arias (2006), define, "una variable es una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos o pueden darse en grados o modalidades diferentes. Son conceptos clasificatorios que permiten ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición" (p.76).

Por otra parte, la investigadora la define como, aquello que varia o puede variar. Se trata de algo inestable, inconstante y mutable. En otras palabras, las variables se especifican como un conjunto de factores que intervienen en los resultados de algunos hechos.

En esta investigación, según el objetivo general propuesto, se consideran dos variables, la dependiente (conocimiento de los adultos mayores sobre estilos de vida en cuanto a los hábitos alimentarios y actividad física) y la variable independiente (programa educativo sobre estilos de vida referido a hábitos alimentarios y actividad física).

Variable Dependiente: conocimiento que tienen los adultos mayores sobre el estilo de vida en sus dimensiones, hábitos alimentarios y actividad física.

Variable Independiente: programa educativo dirigido al adulto mayor sobre el estilo de vida en sus dimensiones, hábitos alimentarios y actividad física.

Definición Operacional de las Variables

Variable Dependiente: información que tienen los adultos mayores sobre el estilo de vida referido a hábitos alimentarios y actividad física.

Variable Independiente: guía utilizada por el profesional de enfermería para proporcionar información al adulto mayor sobre estilos de vida referido a los hábitos alimentarios y actividad física.

Definición Operacional de las Variables

Variable Dependiente: conocimiento que tienen los adultos mayores sobre el estilo de vida en sus dimensiones, hábitos alimentarios y actividad física.

Definición: información que tienen los adultos mayores sobre el estilo de vida referido a hábitos alimentarios y actividad física.

Variable Independiente: programa educativo dirigido al adulto mayor sobre el estilo de vida.

Definición: guía utilizada por el profesional de enfermería para proporcionar información al adulto mayor sobre estilos de vida referidos a los hábitos alimentarios y actividad física.

Operacionalización de la Variable

Conocimiento que tienen los adultos mayores sobre estilos de vida: información que expresan los adultos mayores sobre los hábitos alimentarios y actividad física.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍTEMS
1. Hábitos Alimentarios, información que tienen los adultos mayores sobre como organizar su alimentación diaria en cuanto a: la frecuencia, horario, calidad de los alimentos, grupos de alimentos, ingesta de líquidos y consumo de vitaminas	✓ Frecuencia de comidas. Es el número de veces que ingiere alimentos el adulto mayor: desayuno, almuerzo, merienda y cena.	✓ Número de comidas al día: desayuno, almuerzo, merienda y cena	1
	✓ Horario de comidas. Hora que acostumbra el adulto mayor ingerir alimentos.	✓ Horario fijo ✓ Ayunos	2, 3
	✓ Grupos de alimentos. Son los diferentes grupos de alimentos que debe consumir el adulto mayor. Carbohidratos, proteínas, vegetales y verduras y lácteos.	✓ Carbohidratos: Arroz, Pastas, Arepas, Pan, Casabe y Azúcar. ✓ Proteínas: Pollo, Res, Pescado y Cerdo ✓ Vegetales y Verduras: Papas, Ocumo, Ñame, Zanahoria, Repollo, Lechuga y Vainitas ✓ Granos: Caraotas, Lentejas, Frijol, Arvejas y Quinchoncho ✓ Frutas: Mango, Lechosa, Guayaba, Parchita y Melón ✓ Lácteos: leche y sus derivados	4,5 6 7 8 9 10

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍTEMS
	✓ Calidad de las comidas. Parámetros a considerar en la alimentación del adulto mayor. Variedad, presentación y formas de preparación.	✓ Variedad Incluir en la dieta diaria los diferentes grupos de alimentos- ✓ Presentación Forma de organizar los alimentos- ✓ Forma de preparación Diferentes maneras de preparar los alimentos.	11, 12, 13 14,15 16,17,18, 19,20 21
	✓ Ingesta de líquidos. Consumo de líquidos recomendados para el adulto mayor: cantidad en 24 horas.	✓ Cantidad de líquidos a ingerir diariamente	22
	✓ Consumo de vitaminas	✓ Consumo de Vitaminas	23
2.Actividad Física Se refiere a la información que tienen los adultos mayores sobre: Importancia de la actividad física y tipos de actividad física.	✓ Importancia de la actividad física. Se refiere a las razones por las cuales el adulto mayor debe realizar actividad física	✓ Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ✓ Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial ✓ Disminuye los valores de hipertensión en los hipertensos. ✓ Reduce los niveles de triglicéridos y el colesterol LDL y aumenta el colesterol HDL.	24 25 26 27, 28

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍTEMS
		✓ Mejora la regulación de la glicemia	29
		✓ Incrementa la capacidad para realizar otras actividades físicas de la vida diaria,	30
		✓ Mejorar la calidad del sueño	31
		✓ Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés ✓	32,33
	✓ Tipo de actividad física. Se refiere a los diferentes ejercicios recomendados para los adultos mayores: Ejercicios de resistencia, de fortalecimiento, de equilibrio y de flexibilidad.	✓ Ejercicios de resistencia: caminar, nadar, bicicleta estática, tareas de jardinería, barrer, bailar	34,35
		✓ Ejercicios de fortalecimiento: levantar o empujar peso	36,37
		✓ Ejercicios de equilibrio: flexión de hombro	38
		✓ flexión de rodillas	39
		✓ Elevación de las piernas hacia los costados	40
		✓ Ejercicios de flexibilidad: Estiramientos	41

Operacionalización de la Variable

Programa educativo sobre estilo de vida: guía utilizada por el profesional de Enfermería para proporcionar información al adulto mayor sobre estilo de vida, alimentación y actividad física en los adultos mayores. Factorizado en: estructura del programa y aspectos administrativos.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
1. Estructura del programa: Elementos constitutivos del programa educativo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Portada ✓ Identificación del programa 	Identificación Autores Responsables Fecha de elaboración Fecha de aplicación
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentación Aspectos teóricos que sustentan el programa. Teoría de Vigotsky, teoría de Orem Y Aspectos legales. 	Principios de la teoría de Vigotsky, aspectos educativos de la teoría de Orem,
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Especificaciones Curriculares 	Objetivo terminal Sinopsis de Contenidos Estrategias Metodológicas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidades Curriculares 	Unidad I Objetivo General Objetivos Específicos Tiempo de Ejecución Contenidos: Estilos de vida Hábitos Alimenticios: calidad y preparación de las comidas, tipos de alimentos, ingesta de líquidos y consumo de vitaminas Estrategias Metodológicas Estrategias de Evaluación
		Unidad II Importancia y tipos de actividad física: caminatas,

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		ejercicios, juegos, tareas de la casa, trabajo en la calle y bailo terapia
	✓ Estrategias Metodológicas	Tipo de estrategia didáctica Técnica didáctica
	✓ Estrategias de Evaluación.	Evaluación mediante: pre y post test
2.Aspectos Administrativo del programa educativo: Pautas para la aplicación del programa, incluyendo responsables, tiempo de ejecución, recursos y factibilidad	✓ Responsables	Investigador
	✓ Tiempo de Ejecución Tiempo previsto para desarrollar el programa	Dos semanas
	✓ Recursos	Materiales Humanos Institucionales
	✓ Factibilidad	Económica Operativa

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe la metodología que se aplicará para alcanzar los objetivos propuestos. En tal sentido, se presenta el diseño y tipo de investigación, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos que se emplearán en el proceso de recolección y análisis de los datos.

Diseño de la Investigación y Tipo

La presente investigación, en concordancia con el objetivo comparar el conocimiento que poseen los adultos mayores del sector Libertad de la Parroquia Juan José Flores del Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, sobre hábitos alimenticios y actividades físicas antes y después de participar en un programa educativo, se adscribe en un diseño pre-experimental de un solo grupo con un pre y post test. Este tipo de diseño permite realizar un seguimiento de los resultados encontrados en un momento para poder comparar o evaluar, en un plano descriptivo.

Además, se ubica como una investigación de campo, modalidad investigativa que según Arias (2006), consiste en la recolección de los datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos. Así, en la presente investigación se toman los datos directamente de los adultos mayores de dicho municipio.

Adicionalmente, en función del espacio temporal en el que se desarrolla la investigación, es de tipo longitudinal, puesto que se recogieron los datos del mismo fenómeno en varios momentos, en este caso antes y después de aplicar el programa educativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Cabe destacar que, esta modalidad investigativa permitirá conocer como se han comportado las variables en el tiempo y realizar inferencias en relación al cambio de comportamiento, sus determinantes y consecuencias.

Población y Muestra

De acuerdo a lo señalado por Arias (2006) la población “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (p. 81). Mientras que “la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p. 83). De igual manera, Polit (2000) señala que “población es un conjunto global de casos que satisface una serie predeterminada de criterios” (p. 235) y “la muestra es un proceso de selección de una parte de la población que la representa en su conjunto” (p. 235).

Así, sobre la base de estas concepciones teóricas, la población en esta investigación estará constituida por los 50 adultos mayores que habitan en el sector Libertad de la Parroquia Juan José Flores del Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, y la muestra estará conformada por 30 adultos mayores seleccionados al azar.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de los Datos

De acuerdo a lo señalado por Ramírez (2009) “una técnica es un procedimiento más o menos estandarizado que se ha utilizado con éxito en el ámbito de la ciencia” (p.137). Así, para la recolección de la información antes y después de la aplicación del programa formativo se aplicará la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario.

Cabe señalar que, la encuesta, tal y como lo señala Sabino (2009), constituye una estrategia de interacción social entre dos o más personas donde una de las partes busca recoger información y la otra constituye la fuente de esa información. Por su parte, para Ramírez (2009) "el instrumento de recolección de datos es un dispositivo

de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes" (p 165).

El instrumento está integrado por, la carta de presentación, las instrucciones y el cuerpo del cuestionario que, a su vez, se subdividió en tres partes. En la primera se solicita información general de los adultos mayores, a fin de caracterizar la muestra. La segunda consta de 24 interrogantes con opciones de respuesta cerrada dicotómica que pretenden medir el conocimiento que poseen los adultos mayores sobre hábitos alimentarios. Y, la tercera parte incluye 13 interrogantes con la misma escala, a fin de medir el conocimiento que poseen en relación a las actividades físicas (Anexo A).

Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez de un instrumento a juicio de Pérez (2009) "...se refiere a la revisión exhaustiva del instrumento de investigación antes de ser aplicado, con la finalidad de evitar errores. Es realizada por un grupo de especialistas en el tema en estudio y con experiencias en metodología de investigación" (p. 70).

Así, en aras de certificar la validez de constructo del cuestionario, característica que evidencia que el instrumento realmente mide los rasgos que se pretenden medir, se realizó una revisión de la literatura y de la forma como ha sido operacionalizada la variable por otros investigadores, a objeto de identificar las similitudes en cuanto a los factores e indicadores constituyentes y elaborar las interrogantes para conformar la versión preliminar del instrumento.

Por otra parte, para establecer la validez de contenido, se procedió, de manera preliminar, a definir conceptualmente las variables y comprender su significado, lo que permitió determinar los indicadores con sus respectivas dimensiones. Asimismo, en función de evitar defectos en la construcción, fue sometido a juicio de expertos, consultando a tres docentes con experiencia en el tema de investigación, quienes emitieron su opinión en relación a la congruencia de los ítems con los indicadores y la

variable que se pretenden medir, la claridad y precisión de la redacción y la adaptación al nivel y lenguaje de los encuestados. Posteriormente, se tabularon las respuestas basándose en la frecuencia de cada uno de los expertos y se aplicó la regla de función del número de expertos, que dio como resultado el coeficiente de proporción de rango (CPR) (Anexo B).

Asimismo, la confiabilidad de un instrumento según Fortín (2009) “...se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto, produce iguales resultados” (p. 242). Para establecerla en el presente estudio, se aplicó una prueba piloto a adultos mayores con características similares a las de los integrantes de la muestra, con el objetivo de determinar la forma como califica el objeto de investigación, verificar la calidad de la redacción y la capacidad del instrumento para medir lo que se pretende evaluar.

Para determinar la confiabilidad de consistencia interna, es decir, el grado en que los ítems del instrumento están correlacionados entre sí, se aplicó el coeficiente KR_{20} o Kuder Richardson específico para instrumentos con preguntas de respuesta dicotómicas, utilizando el programa estadístico SPSS 12.0. cuya fórmula es la siguiente:

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right]$$

Donde:

KR_{20} = coeficiente de confiabilidad.

K = número de Ítems.

$\sum pq$ = sumatoria de proporciones de aciertos y desaciertos.

St^2 = varianza total de aciertos.

Para la interpretación de los resultados obtenidos en el cálculo del coeficiente se aplicaron los siguientes criterios:

Rangos	Magnitud
0,81-1,00	Muy Alta
0,61-0,80	Alta
0,41-0,60	Moderada
0,21-0,40	Baja
0,01-0,20	Muy Baja

Así, el coeficiente reportado fue de 0.854, lo que evidencia una “Muy Alta Confiabilidad”, indicando que el instrumento es altamente reproducible.

Técnica de Análisis de los Datos

En esta sección se presenta, de manera general, las principales técnicas estadísticas que se aplicarán para el análisis y presentación de la información. A este respecto Arias (2009) señala:

En este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: calificación, registro, tabulación y codificación si fuera el caso. En lo que se refiere al análisis, se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducciones, análisis síntesis o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos recolectados. (p.111)

De manera que, la información recabada a través de los instrumentos fue codificada, tabulada y categorizada. Además, para el análisis de la información recolectada, se aplicó la estadística descriptiva como distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. La información derivada del análisis se presentó en tablas y gráficos. Para realizar este proceso se aplicó el programa estadístico SPSS versión 19.0.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, por lo que, en primer término, se presentan los resultados de la información general de los adultos mayores, incluyendo datos demográficos, nivel de instrucción, ocupación y antecedentes del estado de salud. Posteriormente se sintetizarán las puntuaciones obtenidos por los adultos mayores en el instrumento aplicado para establecer los conocimientos acerca de los hábitos alimenticios antes y después de aplicar el programa formativo. En tal sentido, se abordaron los indicados, tipos de alimentos, formas de preparación y formas de presentación.

Seguidamente, se presentan los datos de la valoración del cuestionario aplicado para medir dominio sobre la actividad física antes y después de aplicar la actividad formativa. En este caso, se evaluaron los indicadores ejercicios de resistencia, fortalecimiento, de flexión y de flexibilidad. Por último, se presenta la comparación de los valores promedio de las puntuaciones obtenidas antes y después de aplicar el programa formativo.

En tal sentido, en el caso de la información general de los adultos mayores, las respuestas fueron codificadas de acuerdo a la escala utilizada en las opciones de respuestas, para posteriormente aplicar la estadística descriptiva, como la distribución de frecuencias. Por su parte, la información del conocimiento de los adultos mayores sobre los hábitos alimenticios y la actividad física se codificaron asignándole 0 a la opción No y 1 a la opción Sí. Seguidamente, se calculó el valor promedio y el error estándar para cada variable a comparar con dichos valores, antes y después de participar en el programa educativo, aplicando la prueba de T de Student. Es preciso destacar que, para realizar la comparación de las medias, se fijó como porcentaje de significación el 95% que lleva implícito una $p < 0.05$.

Así, a continuación se muestran los resultados de la información general de los adultos mayores., presentando en la Tabla 1 los datos relativos a la edad.

Tabla 1. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según edad. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Edad (Años)	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
60 – 64	13	43,3
65 – 69	11	36,7
70 – 74	6	20,0
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

En la Tabla 1 se observa que, la distribución de las respuestas es bastante homogénea, resaltando que 13 (43,3%) se ubicaron en el rango etareo de 60-64; mientras que 11 (36,7%) tenían una edad que oscila entre 65 a 69 años y el 20,0% restante se situaron en el rango de 70 a 74 años, observándose que la edad del grupo es más o menos homogénea, con una diferencia de 5 años entre rangos de edades. Es importante acotar que existe un potencial para desarrollar el programa educativo con un resultado satisfactorio.

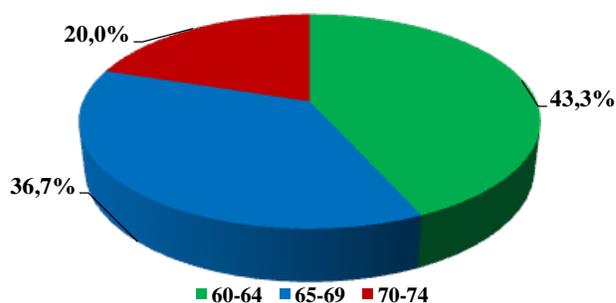


Gráfico 1. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según edad. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Por su lado, en la Tabla y Gráfico 2 se sintetizan los datos relacionados con la distribución por sexo.

Tabla 2. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según sexo. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Sexo	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
Femenino	17	56,7
Masculino	13	43,3
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Es así como, en cuanto al indicador sexo, en la Tabla 2 se evidencia que, al igual que sucedió con la edad, la distribución de las respuestas no es tan heterogénea; no obstante, se inclinó hacia la opción femenino con un porcentaje de 56,7%; mientras que para el sexo masculino se reportó un porcentaje de 43,3%.

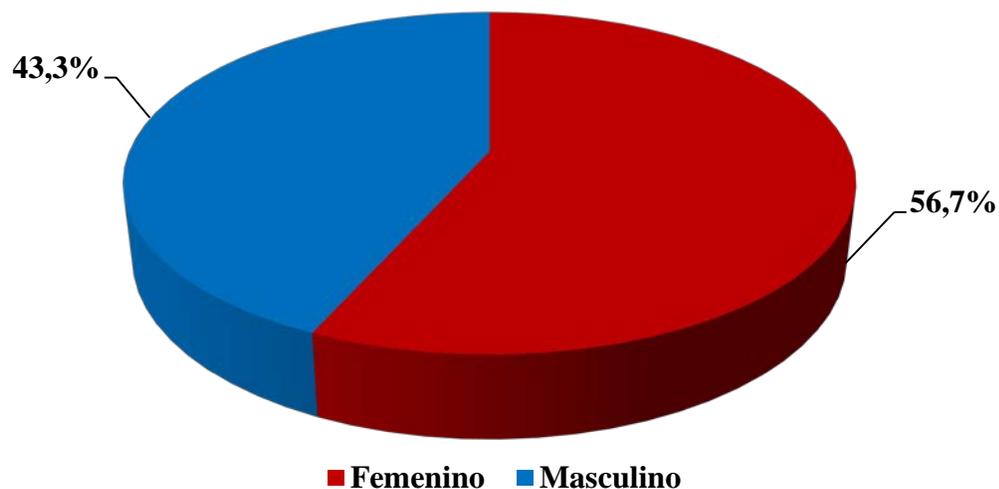


Gráfico 2. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según sexo. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

A continuación, en la Tabla 3 se sintetizan los resultados de las respuestas relacionadas con el estado civil.

Tabla 3. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según estado civil. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Estado Civil	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
Concubinos	9 (30,0)	30,0
Casados	8 (26,7)	26,7
Solteros	6 (20,0)	20,0
Viudos	4 (13,3)	13,3
Divorciados	3 (10,0)	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

De tal forma que, el 56,7% de los adultos mayores son concubinos 9 (30,0%) o casados 8 (26,7%); mientras que el 43,3% restante se distribuyen entre solteros, viudos o divorciados. Esta distribución es importante, por cuanto de alguna manera refleja que existe un 43,3% de adultos mayores que no cuentan con pareja estable, hecho que puede estar afectando los cuidados diarios e incluso el estado anímico.

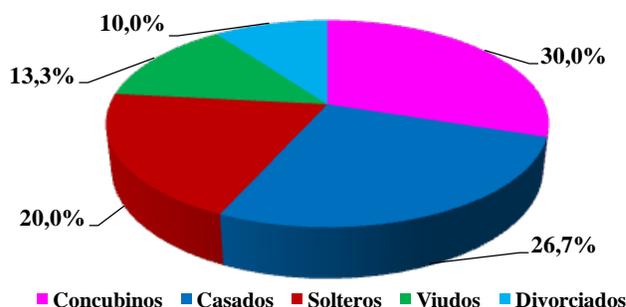


Gráfico 3. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según estado civil. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Tabla 4. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según grado de instrucción. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Grado de Instrucción	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
Analfabeta	3 (10,0)	10,0
Primaria Incompleta	11 (36,7)	36,7
Primaria Completa	5 (16,7)	16,7
Secundaria Incompleta	4 (13,3)	13,3
Secundaria Completa	3 (10,0)	10,0
Nivel Superior Incompleto	1 (3,3)	3,3
Nivel Superior Completo	3 (10,0)	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Así, mayoritariamente los adultos mayores poseen el grado de instrucción analfabeta o primaria completa o incompleta con un 63,4%; mientras que el 36,6% restante cuenta con nivel secundario o superior completo o incompleto. Destaca que, el mayor porcentaje se ubicó en la opción primaria incompleta (36,7%), aspecto que debe ser considerado al momento de elaborar el programa educativo.

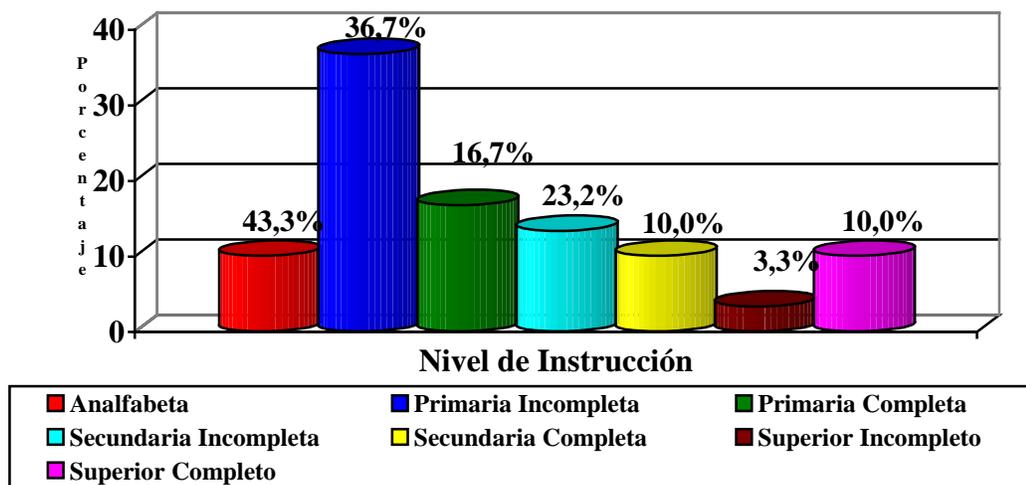


Gráfico 4. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según grado de instrucción. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Continuando con los datos generales de los adultos mayores, a continuación se muestran los resultados de la fuente de ingresos económicos.

Tabla 5. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según dependencia económica. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Dependencia Económica	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
Pensionados	21	70,0
Jubilados	7	23,3
Trabajan	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Tal y como se observa en el Tabla 5, la totalidad de los adultos mayores evaluados poseen ingresos económicos, bien sea a través de pensiones, jubilaciones o sueldos. Asimismo, destaca que, la mayoría, representada por 21 (70,0%) se encuentran pensionados y el 30% restante se distribuye entre jubilados y trabajadores. Por tanto, este es un aspecto importante, ya que disponen de un ingreso para afrontar las necesidades alimenticias básicas.

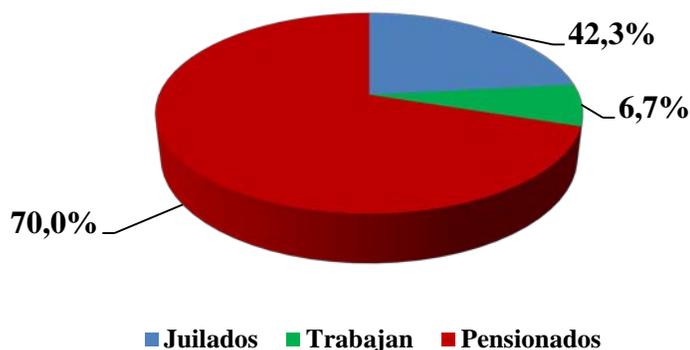


Gráfico 5. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según dependencia económica. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Tabla 6. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según patologías crónicas. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Patologías Crónicas	Distribución de Frecuencias	
	Frecuencia Absoluta (FA)	Porcentaje (%)
Cardiovasculares	13	43,3
Metabólicas	11	36,7
Digestivas	5	16,7
Otras	7	23,2
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

En primer término, es preciso apuntar que, un grupo importante de los adultos mayores tienen más de una patología, por lo que la sumatoria total de los porcentajes supera el 100%. No obstante, las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares 13(43,3%), seguidas de las metabólicas 11(36,7%), hallazgo esperado para la edad. Por tanto, estos resultados evidencian la importancia de llevar a cabo una alimentación y ejercicio físico adecuados para evitar complicaciones, lo cual se logra mediante el desarrollo de un programa educativo sobre estilos de vida saludable.

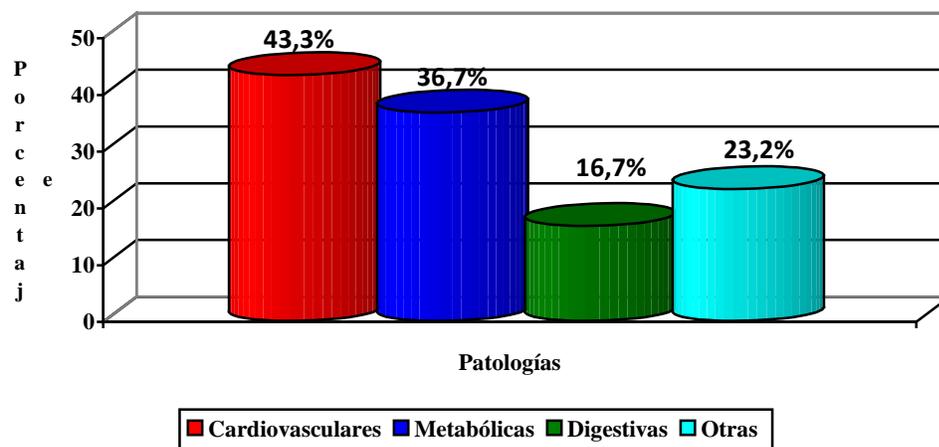


Gráfico 6. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según patologías crónicas. Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Ahora bien, a continuación se presentan los datos relacionados con las puntuaciones obtenidas al aplicar el instrumento para valorar los conocimientos sobre los hábitos alimenticios antes y después de la aplicación del programa formativo; así como la comparación estadística de dichos promedios.

Tabla 7. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor hábitos alimentarios antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Ocasión	Factor Hábitos Alimentarios (Máximo 23 Puntos)	
	X ± S	Significación Estadística
Antes	10,5 ± 2,3	Diferencia = +12,2 puntos t = + 30,312; g.l. = 29 p < 0,0001
Después	22,7 ± 0,7	

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Así, tomando en cuenta que la puntuación máxima del cuestionario para evaluar los conocimientos acerca de los hábitos alimenticios era de 23 puntos, el valor promedio antes de aplicar el programa educativo fue de $10,5 \pm 2,3$ y después del desarrollo del mismo $22,7 \pm 0,7$, reportándose una diferencia de 12,2 puntos. Ahora bien, al comparar los valores promedio, se reportó una $p < 0,0001$, según el valor de la t que fue igual a 30,312 para 29 grados de libertad, lo que indica que la diferencia es estadísticamente significativa.

De hecho, la información que poseían los adultos mayores antes del programa era del 45,7% de la puntuación máxima según la fórmula $[(10,5/23)*100 = 45,7\%]$; mientras que luego de asistir al programa fue 98,7% $[(22,7/23)*100 = 98,7\%]$. Por tanto, la diferencia obtenida representa un incremento porcentual en el factor hábitos alimentarios del 53,0%, de acuerdo a la fórmula $[(22,7 - 10,6)/23]*100 = 53,0\%$. En consecuencia, el programa tuvo un efecto significativo positivo sobre los

conocimientos acerca de los hábitos alimenticios, es decir, el programa educativo logró incrementar los conocimientos sobre este factor.

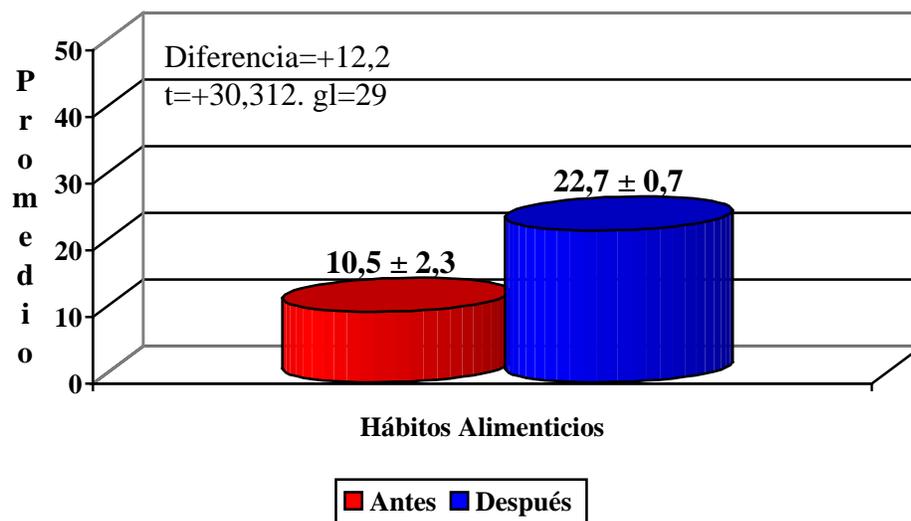


Gráfico 7. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor hábitos alimentarios antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Tabla 8. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor actividad física antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Ocasión	Actividad Física (Máximo 18 Puntos)	
	$\bar{X} \pm S$	Significación Estadística
Antes	3,4 ± 1,9	Diferencia = +14,2 puntos t = + 42,226; g.l. = 29 P < 0,0001
Después	17,6 ± 0,8	

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

De modo que, la puntuación máxima posible al aplicar el instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre la actividad física era de 18 puntos. Ahora bien, el valor promedio obtenido antes de aplicar el programa educativo fue de 3,4 ± 1,9 y

después de aplicarlo $17,6 \pm 0,8$, por lo que la diferencia fue de +14,2 puntos. Así, al comparar dichos promedios estadísticamente, se reportó un valor de $t= +42,226$ para 29 grados de libertad; lo que corresponde a una $p<0,0001$ y en consecuencia la diferencia es estadísticamente significativa.

En otras palabras, el conocimiento sobre la actividad física que tenían los adultos mayores antes de poner en práctica el programa formativo, correspondió al 18,8% del puntaje total, tal y como se visualiza en la siguiente fórmula $[(3,4/18)*100= 18,8\%]$; mientras que después de aplicar el programa se incrementó al 97,7% de la valorización ideal, según la fórmula $[(17,6/18)*100 = 97,7\%]$. Por derivación, luego de la aplicación del programa se logró un incremento en el nivel de conocimiento del 78,8%, tal y como se muestra en esta fórmula, $[(17,6 - 3,4)/18]*100 = 78,8\%$, lo que deja claramente explícito que el programa formativo logró incrementar los conocimientos sobre la actividad física.

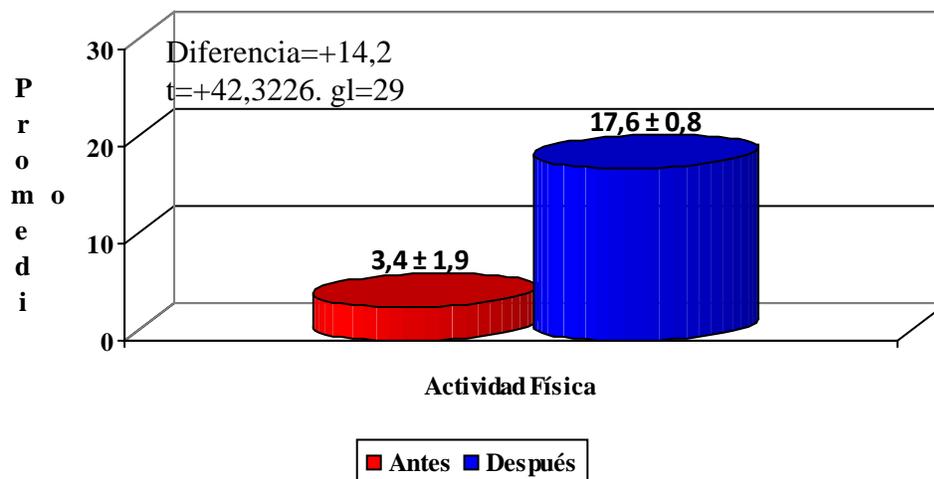


Gráfico 8. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático del factor actividad física antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Finalmente, se presentan los resultados globales del conocimiento de los adultos mayores acerca de los estilos de vida saludables.

Tabla 9. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático de la variable estilo de vida antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, estado Carabobo. Abril 2017.

Ocasión	Estilo de Vida (Máximo 41 Puntos)	
	$\bar{X} \pm S$	Significación Estadística
Antes	13,9 \pm 3,5	Diferencia = +26,6 puntos t = + 45,373; g.l. = 29 P < 0,0001
Después	40,2 \pm 1,3	

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

En el gráfico 9 se evidencia que, el valor promedio sobre el estilo de vida antes de aplicar el programa educativo fue de 13,9 \pm 3,5 y después 40,2 \pm 1,3, reportándose una diferencia de 26,6 puntos. Es preciso recordar que la puntuación máxima posible era de 41 puntos. Además, al comparar estos valores promedio, se reportó una p < 0,0001, según el valor de la t que fue igual a 45,373 para 29 grados de libertad, por lo que la diferencia reportada tiene significación estadística.

En efecto, el nivel de conocimiento antes del programa era del 33,9% de la puntuación máxima según la fórmula [(13,9)/41*100= 33,9%]; mientras que una vez culminado el programa fue 98,0% [(40,2/41)*100 = 98,0%]. Por derivación, el programa formativo tuvo un efecto positivo sobre la variable estilos de vida, abarcando los hábitos alimenticios y la actividad física.

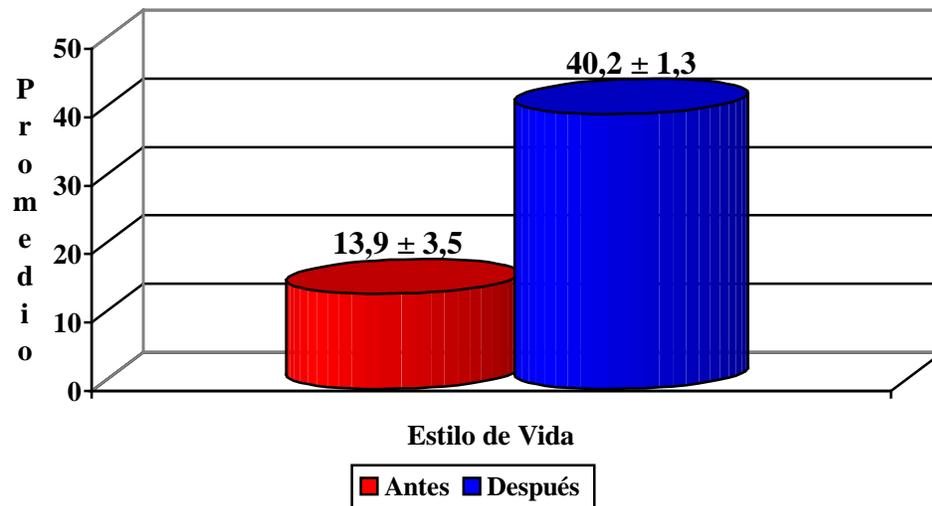


Gráfico 9. Valores de la Media \bar{X} y Desviación Estándar S de la puntuación obtenida en el contenido programático de la variable estilo de vida antes y después de impartir el programa educativo a los adultos mayores Municipio Puerto Cabello, Estado Carabobo. Abril 2017.

Fuente: Instrumento Aplicado (Peraza, 2017)

Análisis e Interpretación de los Resultados

En esta sección se presenta la discusión de los datos obtenidos, al contrastarlos con los hallazgos de estudios previos realizados por otros investigadores a nivel internacional y nacional y los sustentos teóricos. De tal forma que, en primer término, se presenta la discusión de los datos relativos a las características generales de los adultos mayores y, posteriormente, el análisis de los datos relativos a los conocimientos acerca de los hábitos alimenticios y la actividad física antes y después de aplicar el programa formativo.

En lo referente a la información general de los adultos mayores, destacó que el 80,0% se ubicó en el rango atareo de 60 a 69 años, correspondiendo el mayor porcentaje (43,3%), a la categoría de 60-64 años. Asimismo, la mayoría de los

adultos mayores pertenecen al sexo femenino 56,7%; el 56,7% son concubinos o casados y poseen el grado de instrucción primaria incompleta con un 36,7%. Además, todos los adultos mayores evaluados cuentan con ingresos económicos, siendo la principal fuente las pensiones (70,0%) y las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares (43,3%).

De modo que, estos resultados coinciden con los reportes de Villalobos, Caballero y Miranda (2012), en el estudio realizado en Cuba y con los de Valiente (2013), a nivel nacional, donde se evaluó a un grupo de adultos mayores y predominó el rango etario de 60 a 64 años y, además, la mayoría también pertenecían al sexo femenino. Igualmente, son coincidentes con los hallazgos de Alarcón (2011), quien en la investigación realizada en Ecuador, estableció que la mayoría de los adultos mayores pertenecían al sexo femenino, poseían un nivel de instrucción de primaria incompleta y la complicación más frecuente fue la hipertensión arterial.

Asimismo, en relación a estos datos destaca que la edad promedio de los participantes en el estudio no es tan avanzada, hecho que facilita la adquisición de conocimientos en el programa formativo, y al mismo tiempo, representa una edad óptima para que los adultos mayores pongan en práctica rutinas de alimentación y ejercicio que le garanticen una mejor calidad de vida durante su vida. Además, teniendo en cuenta que la patología más usual entre estos adultos mayores fueron las alteraciones cardiovasculares, cobra especial importancia la adopción de estilos de vida saludables para controlar estas afecciones y evitar complicaciones más graves en un futuro.

De igual forma, en lo que respecta al nivel de instrucción resalta que este aspecto fue tomado en consideración al momento de aplicar el programa formativo, por lo que el nivel de complejidad de los contenidos y las estrategias metodológicas se adecuaron al mismo. Adicionalmente, el bajo nivel de instrucción puede, en

conjunción con otras variables, representar una de las causas del bajo conocimiento sobre los estilos de vida saludables.

Por su lado, en lo que respecta al conocimiento sobre los hábitos alimenticios y la actividad física, los resultados de la presente investigación guardan correspondencia con los reportes de Alarcon (2011) en Ecuador, al evidenciar que la totalidad de los adultos mayores no tenían la formación adecuada y que, además, no disponían de acceso a material formativo, mostrando su interés por recibir información sobre alimentación y nutrición.

Además, están en concordancia con los resultados de Santos y Condo (2015) en Ecuador, quienes evidenciaron que los adultos mayores desconocían el tipo de actividades recreativas que pueden favorecer su estado de salud física. Igualmente, coinciden con los reportes de Villalobos, Caballero y Miranda (2012), quienes en el estudio llevado a cabo en Cuba, establecieron que los adultos mayores no participan de los programas de ejercicio por la falta de conocimiento acerca de sus beneficios.

Del mismo modo, en lo que respecta a la eficacia del programa formativo guardan correspondencia con los resultados de Alarcon (2011), quien demostró que el material formativo diseñado en su estudio se adaptaba a las necesidades de los adultos mayores, por lo que constituyó una herramienta importante para contribuir a optimizar la alimentación y el estilo de vida de los adultos mayores. Asimismo, son coincidentes con los reportes de Villalobos, Caballero y Miranda (2012) y los de Peña (2011), quienes determinaron que la aplicación del plan de actividades físicas propuesto logró la incorporación del adulto mayor a la práctica de ejercicios físicos.

Es así como, es evidente que el programa formativo tuvo un impacto positivo sobre el nivel de conocimiento de los adultos mayores acerca de los hábitos alimenticios y el ejercicio físico. En consecuencia, es una evidencia que respalda los

señalamientos de García, Padilla, Hernández y Rodríguez (2010), cuando afirma que este tipo de actividades formativas representan la vía idónea para brindarles las herramientas necesarias para que desarrollen un estilo de vida saludable.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis de los resultados. Cabe destacar que, las conclusiones se presentan estructuradas organizativamente en función de los objetivos propuestos en el Capítulo I.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados relacionados con las variables de edad y sexo, el 80% de los participantes se ubicaron en el rango etareo de 60 a 69 años, resaltando que la mayor parte de este porcentaje (43,3%), correspondió a la categoría de 60-64 años. Asimismo, la mayoría de los adultos mayores pertenecen al sexo femenino 56,7%; el 56,7% son concubinos 9 (30,0%) o casados 8 (26,7%); y poseen el grado de instrucción primaria incompleta con un 36,7%.

La totalidad de los adultos mayores evaluados poseen ingresos económicos, siendo la principal fuente de dichos ingresos las pensiones (70,0%). El alto índice de las patologías cardiovasculares y metabólicas identificadas (patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares) 13(43,3%), metabólicas 11(36,7%), demuestran la necesidad de promover estilos de vida saludables en este grupo etareo, mediante el desarrollo del programa educativo de manera permanente.

Por su parte, el puntaje obtenido al valorar el conocimiento sobre los hábitos alimentarios en sus factores tipos de alimentos, formas de preparación y formas de presentación, antes de participar en el programa educativo, fue de $10,5 \pm 2,3$ puntos; mientras que una vez finalizada dicha actividad fue de $22,7 \pm 0,7$, reportándose una diferencia de 12,2 puntos.

El puntaje obtenido al valorar el conocimiento sobre actividad física referido a actividades de flexibilidad, resistencia, fuerza y equilibrio, antes de participar en un programa educativo fue $3,4 \pm 1,9$ puntos y una vez concluido $17,6 \pm 0,8$, con una diferencia de 14,2 puntos.

Es así como, al comparar los valores promedios del conocimiento sobre los hábitos alimenticios antes y después de la aplicación del programa formativo, se reportó una $p < 0,0001$, según el valor de la t que fue igual a 30,312 para 29 grados de libertad, lo que indica que la diferencia es estadísticamente significativa.

Al comparar los promedios sobre el conocimiento de la actividad física estadísticamente antes y después de la implantación del programa formativo, se reportó un valor de $t = +42,226$ para 29 grados de libertad; lo que corresponde a una $p < 0,0001$ y en consecuencia la diferencia es estadísticamente significativa.

En síntesis, el programa formativo logró incrementar los conocimientos sobre los hábitos alimenticios y la actividad física de los adultos mayores.

Recomendaciones

A continuación, y tomando como referencia las conclusiones emanadas en el presente estudio, se plantean una serie de recomendaciones.

1-. En relación a los adultos mayores evaluados, se propone, en primer término, informarles los resultados del estudio, con el propósito de motivarlos para que pongan en práctica los conocimientos adquiridos durante la actividad formativa. Asimismo, es preciso establecer pautas dietéticas y de ejercicio físico personalizadas, con el fin de garantizar la disponibilidad de nutrientes y la actividad física adecuada a los requerimientos específicos de dichos adultos mayores. A tal efecto, se plantea

conformar un equipo interdisciplinario de salud para cumplir con dicha actividad, el cual podrá contar con el apoyo del personal del área de estudios de Post Grado de Enfermería de la Universidad de Carabobo.

2. De igual forma, es pertinente lograr acuerdos con la Junta Comunal para realizar jornadas informativas en el sector, donde se presenten los resultados del estudio y los beneficios de la aplicación del programa formativo, a fin de concientizar a la población y lograr incorporar a los adultos mayores que no formaron parte de la presente investigación. Asimismo, entre esos acuerdos se propone que la Junta Comunal ponga en práctica actividades organizadas que faciliten la realización de actividad física en los adultos mayores de manera sistematizada.

3. Además, es necesario la divulgación en otras comunidades del municipio Puerto Cabello para hacer de su conocimiento los beneficios del programa educativo diseñado en el presente estudio, y que pueda ser aplicado en otros sectores poblacionales.

4. Por último, se recomienda realizar investigaciones de tipo correlacionar sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores, incluyendo los factores sociales y culturales asociados; así como las prácticas alimentarias heredadas y/o aprendidas por el grupo de adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D.R. (2010). Caracterizar el nivel de conocimiento sobre la práctica del ejercicio físico que poseen los adultos mayores. *Portales Médicos*. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2026/1/Caracterizar-el-nivel-de-conocimiento-sobre-la-practica-del-ejercicio-fisico-que-poseen-los-adultos-mayores.html> [Consulta: 2012, Marzo 19].
- Alarcón, C. R. (2011). *Diseño y validación de material educativo sobre alimentación en el adulto mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe 2011* [Resumen en línea] Tesis de grado no publicada, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador. Disponible: <http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/1169> [Consulta: 2012, Marzo 17].
- Alba, D. y Mantilla, S. (2014). *Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la Policía Nacional de la Ciudad de Ibarra. 2012 –2013*. [Resumen en línea] Trabajo de investigación no publicado, Universidad Técnica del Norte de Ibarra, Ecuador. Disponible: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3499/1/06%20NUT%20145%20TESIS.pdf> [Consulta: 2017, Marzo 05].
- Andrade, F. y Pizarro, J. P. (2007). *Beneficios de la actividad física en el adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/.../EVazquez.pdf [Consulta: 2012, Marzo 19].
- Arias, Frida (2006). *El Proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5ta ed.) Caracas: Episteme, C.A
- Avilés, E.J. (2004). *Curso ED 627. Fundamentos del currículo*. [Curso en línea]. Disponible: http://www.pucpr.edu/facultad/ejaviles/curso_ed627.htm [Consulta: 2012, Marzo 4]
- Burke, M. y Walsh, M. (1998). *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. Madrid: Horcourt Brace
- Calero, J. y Calvo, J. R. (1997). *Cómo cuidar la salud: su educación y promoción*, España: Hacourt Brace.

- Ceballos, O. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. México: Manual Moderno
- Colomer, C. y Álvarez Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social. España: Elsevier*
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453, Marzo 3, 2000.*
- Cueva, C. (2008). *Una tipología de siete tipos de conocimiento*. [Documento en línea]. Disponible: <http://manuelgross.bligoo.com/content/view/1033269/Una-tipologia-de-siete-tipos-de-conocimiento.html> [Consulta: 2012, Junio 15]
- Díaz-Barriga, Á. (2009), *Pensar la didáctica*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Diccionario Riudero 1(980). *Pedagogía*. Madrid: Rioduero
- Federación de Colegios de Enfermeras (o) de Venezuela (1.999). *Código Deontológico de Enfermería*. Caracas, Venezuela.
- Fernández, C. (1999). La Gerontagogía: una nueva disciplina. *Escuela Abierta*. [Revista en línea], 3. Disponible: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=195859 [Consulta: 2012, Junio 18]
- Fernández, M. L. (2010). *Bases históricas y teóricas de la enfermería. Modelo de Dorothea Orem*. [Libro en línea] Disponible: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria> [Consulta: 2012, Marzo 26].
- Fortín, M., F. (2009) *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. (1ra ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana
- Fuchs, R. (2005). *Curricula universitaria basada en competencias: Experiencia de la Universidad del Pacífico*. [Documento en línea]. Disponible: <http://sicevaes.csuca.org/drupal/?q=filemanager/active&fid=216> [Consulta: 2014, Noviembre 23]
- García, M., Padilla, O., Hernández, M. y Rodríguez, L. (2010). *Estrategia interdisciplinaria de intervención para promover estilos de vida saludables en personas que transitan la tercera edad, incorporados a la cátedra del adulto mayor de la SUM Morón*. [Documento en línea] Disponible:

www.efdeportes.com/.../estilos-de-vida-saludables-la-tercera-edad.ht...
[Consulta: 2012, Marzo 16].

Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor, (2001). *Guía de ejercicios para un envejecimiento saludable*. [Documento en línea]. Disponible: www.institutodelenvejecimiento.cl/.../Guia_de_Ejercicios_para_un_...
[Consulta: 2012, Marzo 20].

Gómez, M. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de ele*. [Resumen en línea]. Trabajo de grado de maestría no publicado. Universidad de Nebrija, España. Disponible: www.educacion.gob.es/.../2009_BV_10_13Gomez_Bedoya.pdf?... [Consulta: 2012, Mayo 15].

Gómez, C. y Reuss, J. M. (2004). *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Madrid: Editores Modernos.

Hernández, L. (2007). La adquisición del conocimiento. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.cienciaonline.com/2007/08/02/la-adquisicion-de-conocimiento/> [Consulta: 2012, Mayo 18].

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (4ta. ed.). México: Mac Graw Hill.

Heredia, L. (2006). Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *Eroinfo. Publicación de Gerontología y Geriatria*, [Revista en línea], 1(4) Disponible: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=11808> [Consulta: 2012, Abril 2]

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México. (2009). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/10_habitos/10habitos-1.pdf [Consulta: 2012, Marzo 25]

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2006). *Ejercicio y actividad física: en forma de por vida*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.nia.nih.gov/node/6086> [Consulta: 2012, Marzo 28]

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (2006), Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. (2006). [Libro en línea]. Disponible:

http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf [Consulta: 2013, Enero 28]

Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. (2005, Julio 26). *Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, 38263, Septiembre 1, 2005. [Transcripción en línea]. Disponible: www.tsj.gov.ve/legislacion/LeyesOrdinarias/46.-GO_38263.pdf [Consulta: 2012, Abril 28]

Ley de Servicios Sociales. Republica Bolivariana de Venezuela. (2005, Julio 26). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38270, Septiembre 12, 2005. [Transcripción en línea]. Disponible: <http://web.laoriental.com/leyes/L081n/L081nT1Cap0.htm> [Consulta: 2012, Marzo 26]

Lirio, J. (2008). *La gerontología educativa en España: realidad sociodemográfica y concepciones de aprendizaje de los alumnos de la Universidad de Mayores "José Saramago" de la sede de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla la Mancha*. [Resumen en línea]. Trabajo de grado de doctorado no publicado de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible: eprints.ucm.es/8315/1/T30671.pdf [Consulta: 2012, Junio 18]

Marín, M. (2007). Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Nutrición Hospitalaria*. [Revista en línea], 22(3), 335-350. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n3/original5.pdf> [Consulta: 2013, Abril]

Orem, D. (1980). *Normas Prácticas de Enfermería*. (2da ed.). Madrid: McGraw-Hill

Orem D. (1991). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat.

Orem D.E. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Determinantes del envejecimiento sano*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/ [Consulta: 2012, Abril, 25]

Peña, A. R. (2011). Alternativa recreativa para ocupar el tiempo libre del adulto mayor en la Comunidad Negro I del Municipio Barinas. *EFDeportes*. [Revista

en línea],16(158). Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd158/el-tiempo-libre-del-adulto-mayor.htm>[Consulta: 2012, Mayo 20]

Pérez, A. (1997). *Enfermería geriátrica*. Madrid: Síntesis

Pérez, A. (2009). *Guía metodología para anteproyectos de investigación*. Maracay: Editorial Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (FEDUPEL).

Polit, D. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ta. ed. México: Editorial Interamericana;

Ramírez, T. (2009). *Como hacer un proyecto de investigación*. Caracas: Panapo

Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V. y Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista Chilena de Nutrición*. [Revista en línea], 33(3) Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006 [Consulta: 2012, Mayo 20]

Rodríguez, M.V. y Anguita C. (2012). *Importancia de la actividad física en la calidad de vida en adultos mayores*. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. España. [Resumen en línea]. Disponible: <http://www.altorendimiento.com/congresos/tercera-edad/4589-importancia-de-la-actividad-fisica-en-la-calidad-de-vida-en-adultos-mayores> [Consulta: 2014, Marzo 27]

Rolong, C. (2012). *Estilo de vida saludable en el adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.seryparecer.com/salud/fisica/item/181-estilo-de-vida-saludable-en-el-adulto-mayor.htm> [Consulta: 2013, Enero 27]

Sabino, C. (2009). *Como hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos* (3ra ed.). Caracas: Panapo.

Sánchez, A. y González, Y. (2014). Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del *adulto mayor en la Universidad de Carabobo*. Trabajo de grado de no publicado de la Universidad de Carabobo.

Sánchez, F., Mendoza, F., Bujaico, M. y Sissy, B. (2014). *Asociación de Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional con el Nivel Socioeconómico en Adultos Mayores que Asisten a un Programa Municipal*. Trabajo de investigación,

- Universidad Mayor de San Marcos, Lima. [Resumen en línea]. Disponible: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/8382> [Consulta: 2017, Enero 27]
- Santiesteban, I., Pérez, M. y García, N. (2008). Teorías y cambios del envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*. [Revista en línea], 12(5). Disponible: www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf [Consulta: 2012, Junio 18]
- Santos, N. y Cando, S. (2015). *Desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos del Instituto Estupiñán del Barrio San Sebastián de Latacunga*. [Revista en línea]. Trabajo de grado no publicado, Universidad Técnica de Cotopax, Latacunga, Ecuador. Disponible: <http://repositorio.utc.edu.ec/handle/27000/2278> [Consulta: 2017, Marzo 15]
- Salud de Altura. (2008). *Manual de la familia saludable: Envejecer un privilegio* [Documento en línea]. Disponible: <http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/nutricion/alimentacion-adulto-mayor/> [Consulta: 2012, Junio 15]
- Servicio Nacional de Aprendizaje Regional Antioquia. SENA. (2003). *Técnicas e instrumentos de evaluación del aprendizaje*. [Documento en línea]. Disponible: https://www.academia.edu/8218706/T%C3%89CNICAS_E_INSTRUMENTOS_DE_EVALUACION_DEL_APRENDIZAJE_SENA_SERVICIO_NACIONAL_DE_APRENDIZAJE_REGIONAL_ANTIOQUIA [Consulta: 2013, Mayo 25]
- Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile (SENAMA), 2005). *Nutrición y cuidados del adulto mayor*. [Documento en línea] Disponible: www.institutodelenvejecimiento.cl/.../Nutricion_y_Cuidados_del_Ad... [Consulta: 2012, Junio 15]
- Servicio Nacional del Consumidor de Chile (2004). *Nutrición y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable*. [Documento en línea]. Disponible: www.sernac.cl/download.php?id=1097&n=1 [Consulta: 2012, Marzo 2].
- Solano, L. (2011). *Nutrición del adulto mayor*. LatamSalud. Red Latinoamericana de Información Médica [Documento en línea] Disponible: www.latamsalud.com/articulos/nutricion-del-adulto-mayor.html [Consulta: 2012, Marzo 25].

- Suárez, M. (2000). Las corrientes pedagógicas contemporáneas y sus implicaciones en las acciones del docente y en el desarrollo curricular. *Acción Pedagógica*. [Revista en Línea], 9(1 y 2). Disponible: http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/accionpedagogica/vol9num1y2/art6_12v9.pdf [Consulta 2012, Marzo 23]
- Suárez, R. (2009). *Instrumentos y técnicas de evaluación de las competencias*. [Documento en línea] Disponible: <https://es.slideshare.net/suarezrp/tcnicas-e-instrumentos-de-evaluacin-de-competencias-1514382> [Consulta: 2013, Septiembre 20].
- Universidad de Buenos Aires. (2002). *Las nuevas propuestas de evaluación*. [Documento en línea] Disponible: <http://www.ffyb.uba.ar/area-pedagogica-202/ampliacion-de-contenido-area-pedagogica/las-nuevas-propuestas-de-evaluacion?es> [Consulta: 2013, Abril 25].
- Valiente (2013), desarrollo una investigación cuyo título fue “Propuesta de un Programa Educativo, sobre Prevención de Factores de Riesgo Modificables Cardiovasculares en los Adultos Mayores”,
- Vázquez, M. y Martínez, P. (2010). *Programa de formación de profesores en cultura alimentaria para la cátedra universitaria del adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.monografias.com/.../programa-formacion-profesores-cultura-... [Consulta: 2012, Junio 17]
- Velásquez, M. A., Echeverri, A. y Olaya, J. C.. (2010). Mejor estilo de vida para el adulto mayor. [Documento en línea]. Disponible: www.ciaf.edu.co/.../un_mejor_estilo_de_vida_para_el_adulto_mayor... [Consulta: 2012, Junio 17]
- Villalobos, M., Caballero, O. y Miranda, J. (2012). *Plan de actividades educativas físicas y recreativas para la incorporación del adulto mayor a la práctica de ejercicios*. [Resumen en línea]. Trabajo de investigación no publicado, Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”, Cuba. Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd173/actividades-fisicas-para-la-incorporacion-del-adulto-mayor.htm> [Consulta: 2017, Febrero 15]
- Yearick, E.S. y col. (1980). Nutritional status of the elderly: dietary and biochemical finding. *J. Gerontology*. 35(5).
- Yuni, J. y Urbano, C. (2005). *Educación de Adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. [Libro en línea]. Argentina: Brujas. Disponible:

<http://books.google.com.ar/books?id=BPjSLau0PFgC&pg=PA87&dq=narodowsky&hl=es&sa=X&ei=3h-0T86oNIrM9QS19ODjDw&ved=0CGIQuwUwBw#v=onepage&q=narodowsky&f=false> [Consulta: 2012, Junio 19]



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SOBRE
ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA EDUCATIVO**

Autora:

Licda Keila Peraza

CI:7.150.740

Tutora:

Dra. Yolanda Rodríguez

Valencia, Abril 2017

ANEXO A



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



Sr(a). _____

Me dirijo a usted en su calidad de Vocero Principal del Consejo Comunal del sector La Línea de la comunidad de Libertad de la Parroquia Juan José Flores, Municipio Puerto Cabello, con la finalidad de solicitar su consentimiento para el desarrollo de un programa educativo dirigido a los adultos mayores que habitan en el sector. El mismo tendrá como objetivo la aplicación de un instrumento de recolección de información para determinar el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre el estilo de vida referido a los hábitos alimenticios y actividad física antes y después de participar en un programa educativo. Este proceso es parte de una investigación con fines académicos a cargo de la Licenciada Keila Peraza, cursante de la Maestría en Enfermería Gerontológica y Geriátrica para optar al Título de Magister. La misma contará con la participación como Docente de la Dra. Yolanda Rodríguez, Investigador Nivel B de la Universidad de Carabobo. Esperando su valiosa colaboración y su pronta respuesta, se despide de usted.

Atentamente

Licda. Keila Peraza
C.I. V – 7.150.749
Investigadora

Dra. Yolanda Rodríguez
C.I. V – 3.570.767
Tutor

Recibida:

Valencia, Abril 2017

ANEXO B



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Señor(a):

Muy respetuosamente me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar su consentimiento para participar en la presente investigación, titulada: **Conocimiento que tienen los Adultos Mayores sobre estilo de vida antes y después de participar en un programa educativo.** La misma consiste en llenar un instrumento basado en preguntas referidas al estilo de vida de los adultos mayores, específicamente alimentarios y actividad física. Su participación no representa riesgo físico ni psicológico, y es de carácter anónimo. Esta investigación está dirigida por la Licda. Keila Peraza solo con fines académicos, para optar al Título de Magister en Enfermería, Gerontología y Geriatria. Una vez leído y comprendido el consentimiento, yo _____, titular de la cedula de identidad número _____, de estado civil _____, domiciliado en _____, en pleno uso de mis facultades y sin coacción alguna declaro haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla por parte de la autora de la investigación. Acepto participar en ella.

Investigadora

Participante

Valencia, Abril 2017

INSTRUCCIONES GENERALES

- Lea cuidadosamente las preguntas antes de responder.
- En caso de duda consulte con la investigadora.
- Asegúrese de tener claro lo propuesto en la pregunta antes de responder.
- Responda de manera objetiva a las preguntas formuladas.
- Asegúrese de contestar todas las preguntas que se indican en el cuestionario.
- Para cada ítem marque con una "x" una sola casilla.

PARTE I

DATOS DEMOGRAFICOS			
EDAD:			
SEXO:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL:	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Concubino(a) <input type="checkbox"/>	Compañero(a) <input type="checkbox"/>
NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Analfabeta	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Primaria	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	
Secundaria	Completa <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	
Nivel Superior	Completa <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN			
TRABAJA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
En caso negativo indique en que condición esta:			
Jubilado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>		
Depende de la Familia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Tiene Enfermedades Cardiovasculares		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiene Problemas Digestivos		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza Prótesis Dental		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

PARTE II

ITEM	SI	NO
HÁBITOS ALIMENTARIOS		
1. ¿La frecuencia de comida recomendada para los adultos mayores es desayuno, almuerzo, merienda y cena?		
2. ¿Es importante para los adultos mayores mantener un horario fijo para las comidas?		
3. ¿Es recomendable para los adultos mayores ingerir los alimentos en un horario fijo?		
4. ¿Los adultos mayores deben consumir carbohidratos como arroz, arepa, pan o casabe diariamente?		
5. ¿En los adultos mayores el consumo de azúcares debe ser moderado?		
6. ¿Los adultos mayores requieren consumir proteínas como pollo, pescado o carne de res o de cerdo al menos tres veces a la semana?		
7. ¿Para los adultos mayores es necesario consumir vegetales y verduras como papas, ocumo, ñame, zanahoria, repollo, lechuga o vainitas diariamente?		
8. ¿Los adultos mayores deben consumir granos como caraotas, lentejas, frijoles, arvejas y quinchoncho diariamente?		
9. ¿Consumir frutas como, mango lechosa, guayaba, parchita, y melón es recomendable para mantener la salud del adulto mayor?		
10. ¿Los adultos mayores deben consumir productos lácteos diariamente?		
11. ¿La dieta diaria de los adultos mayores debe incluir alimentos variados que contengan hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas?		
12. ¿La dieta diaria en los adultos mayores debe incluir alimentos ricos en fibras, como verduras, frutas y cereales?		
13. ¿Es conveniente para los adultos mayores variar los alimentos en su dieta?		
14. ¿En los adultos mayores la comida debe ser estimulante del apetito?		
15. ¿Es importante para los adultos mayores que la comida esté bien presentada para estimular el apetito?		
16. ¿Las comidas altas en sal son perjudiciales para la salud del adulto mayor?		
17. ¿Las comidas con mucho aceite o fritas son perjudiciales para la salud del adulto mayor?		

ITEM	SI	NO
HÁBITOS ALIMENTARIOS		
18. ¿Es recomendable para los adultos mayores preparar los alimentos al horno?		
19. ¿Es recomendable para los adultos mayores preparar los alimentos asados?		
20. ¿Es recomendable para los adultos mayores preparar los alimentos a la plancha?		
21. ¿Es recomendable para los adultos mayores preparar los alimentos cocidos al vapor?		
22. ¿Ingerir 8 vasos de aguas al día ayuda al adulto mayor a conservar su salud?		
23. ¿Es necesario para el adulto mayor consumir alimentos ricos en vitaminas?		

PARTE III

ACTIVIDAD FÍSICA		
ITEM	SI	NO
24. ¿En los adultos mayores la actividad física disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares como aneurismas, insuficiencia cardíaca, infartos y accidentes cerebro vasculares?		
25. ¿En los adultos mayores la actividad física previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial?		
26. ¿La actividad física en el adulto mayor disminuye los valores de tensión arterial en los hipertensos?		
27. ¿La actividad física en el adulto mayor reduce los niveles de triglicéridos y colesterol?		
28. ¿La actividad física en el adulto mayor aumenta los niveles de HDL colesterol (colesterol bueno)?		
29. ¿La actividad física en el adulto mayor ayuda a mejorar los niveles de azúcar en la sangre?		
30. ¿La actividad física en el adulto mayor incrementa la capacidad para realizar otras actividades de la vida diaria, como movilizarse y el autocuidado?		
31. ¿La actividad física mejora la calidad del sueño?		
32. ¿La actividad física en el adulto mayor ayuda a liberar tensiones?		
33. ¿La actividad física en el adulto mayor ayuda a liberar el estrés?		
34. ¿Los ejercicios de resistencia recomendados para que el adulto mejore la capacidad respiratoria son: caminar, nadar, montar bicicleta estática, tareas de jardinería, tareas del hogar y bailar?		
35. ¿Los ejercicios de resistencia recomendados para que el adulto mejore la capacidad cardíaca son: caminar, nadar, montar bicicleta estática, tareas de jardinería, tareas del hogar y bailar?		
36. ¿Levantar objetos es un buen ejercicio para fortalecer los músculos en los adultos mayores?		
37. ¿Empujar objetos es un buen ejercicio para fortalecer los músculos en los adultos mayores?		
38. ¿La flexión de los hombros es un ejercicio para mejorar el equilibrio en el adulto mayor?		
39. ¿La flexión de rodillas es un ejercicio para mejorar el equilibrio en el adulto mayor?		
40. ¿La elevación de las piernas hacia los costados es un ejercicio para mejorar el equilibrio en el adulto mayor?		

ACTIVIDAD FÍSICA		
ITEM	SI	NO
41. ¿Los ejercicios para mantener la elasticidad del cuerpo en el adulto mayor son los estiramientos?		

ANEXO C

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

Valencia, Abril de 2017

Profesor(a):

Presente.

Por medio de la presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar su Juicio de Experto para la Validez de Contenido del instrumento a aplicar a los adultos mayores de la Comunidad del Sector da Línea de Libertad de Puerto Cabello, con el fin de recopilar información acerca del conocimiento que tienen sobre Hábitos alimentarios y Actividad física. La aplicación de este instrumento forma parte del desarrollo del trabajo de investigación titulado “Conocimiento que Poseen los Adultos Mayores sobre Hábitos Alimenticios y Actividades Físicas Antes y Después de Participar en un Programa Educativo en la Comunidad del Sector La Línea de Libertad de Puerto Cabello” el cual será presentado como requisito para optar al titulo de Magíster en Enfermería, Gerontología y Geriatria.

Agradecido de antemano por los aportes realizados en procura de enriquecer el instrumento, queda de usted

Atentamente:

Licda Keila Peraza

INSTRUCCIONES

⇒ Lea cuidadosamente cada uno de los indicadores del cuestionario y, tomando en cuenta las definiciones que a continuación se muestran, proceda a señalar con una equis (x) la alternativa que mejor se ajuste a su criterio.

Congruencia: Coherencia entre el ítem, el indicador y la variable

Redacción: Claridad y precisión en la composición del ítem

Adecuación: Adaptación al nivel cognoscitivo y lenguaje de los encuestados

⇒ Adicionalmente, se incorpora una columna de observaciones a fin de que indique cualquier consideración adicional que tenga a bien realizar para enriquecer los ítems del instrumento.

Ejemplo:

Indicadores	Ítem	Congruencia			Redacción		Adecuación		Observaciones
		Si	No	D	P	C	Si	No	
	1		X		X		X		
	2								
	3								
	4								

D: Dudosa

P: Precisa

C: Confusa

Si en relación al ítem 1, usted selecciona con una equis (x) la casilla NO de CONGRUENCIA, la casilla PRECISA de REDACCIÓN y SI de ADECUACION, implica que no existe congruencia entre el ítem 1, el indicador y la variable, pero la misma muestra claridad y precisión en su redacción y se adecua al nivel de los encuestados.

⇒ Asimismo, si considera pertinente la inclusión de algún ítem adicional, se agradece que lo incorpore en la sección de observaciones de la hoja final de evaluación.

JUICIO SOBRE EL INSTRUMENTO

Aprobado	<input type="checkbox"/>
Rechazado	<input type="checkbox"/>
Aprobado con Observaciones	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Nombre: _____

CI: _____

Firma

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA**

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION Y ACTIVIDAD FISICA PARA LOS
ADULTOS MAYORES**

**Horas Teóricas: 15
Elaborado por: Lic. Keila Peraza**

Valencia, Abril 2017

FUNDAMENTACION

Los programas educativos en el contexto de la salud pública, constituyen una estrategia para la promoción de la salud de los diferentes grupos humanos, de manera que éstos son una guía para los profesionales de enfermería al momento de organizar las actividades educativas dirigidas a promover cambios de comportamiento en los grupos humanos con deficiencias de conocimiento sobre el cuidado de la salud o en la población susceptible de enfermar. Esta estrategia de intervención educativa, debe centrarse en la promoción de la salud, así como, en la orientación de cuidados y ejercicios que asuman el conocimiento de las complejidades propias del estado de desarrollo psíquico motor del adulto mayor (García, Padilla, Hernández. y Rodríguez, 2010).

El Programa Educativo sobre Alimentación y Actividad física dirigido a los adultos mayores, se fundamenta en la importancia que tiene el conocimiento para promover el autocuidado; en la promoción de la salud como el proceso por el cual se capacita a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla; en los principios de la Teoría del Autocuidado de Orem; en la teoría del aprendizaje histórico cultural de Vigotsky y en los principios de la Andragogía.

En tal sentido, es preciso recordar que el cuidado de la salud requiere, tanto del conocimiento empírico, como del conocimiento científico para generar cambios de comportamiento que son proporcionados mediante estrategias como los programas educativos desarrollados por profesionales de la salud, entre los cuales destacan los profesionales de enfermería. En este sentido, como ya se mencionó, el programa propuesto se basa además en los principios de la Teoría del Autocuidado de

Orem, que establece que el ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio ambiente, que tiene la capacidad de realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

En este escenario, la salud es un estado de integridad estructural y funcional que se logra a través del autocuidado (Orem, 1991); además la Teoría del Autocuidado propone los Sistemas de Enfermería, que abarcan el Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio, el Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio y el Sistema de Enfermería Sustentadora y Educativa o de Desarrollo. Este último, se aplica en aquellos casos que el paciente carece de conocimiento o habilidades o no está preparado psicológicamente para realizar acciones de auto cuidado; así como en “situaciones donde el paciente puede realizar o puede y debe aprender a realizar medidas necesarias de auto cuidado” p.135.

Además, se asume que el aprendizaje es un proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, que puede ser entendido a partir de diversas teorías, entre ellas, la teoría del aprendizaje histórico cultural de Vigotsky basada en el constructivismo social, que asume a la sociedad y la cultura como herramientas vitales en la construcción del conocimiento. En consecuencia, el aprendizaje es una construcción del individuo a través de su experiencia pasada, pero en interacción con otras personas. Por tanto, el aprendizaje es colaborativo y la enseñanza se concibe en el marco humano y social. En consecuencia, en este programa educativo se considera la experiencia vital de los adultos mayores como un factor fundamental en el resultado del aprendizaje, por lo que la selección de las estrategias para desarrollar el programa, se fundamentó en la experiencia vital como referencia de base.

ESPECIFICACIONES CURRICULARES

OBJETIVO TERMINAL

Al finalizar el Programa los adultos mayores residentes en el sector Libertad del Municipio Puerto Cabello expresaran la importancia de la alimentación y la actividad física para el mantenimiento de la salud.

SINOPSIS DE CONTENIDO

Alimentación recomendada para los adultos mayores. Grupos de alimentos: Proteínas, carbohidratos, vegetales, granos, frutas, lácteos, minerales y vitaminas. Líquidos. Calidad y preparación de las comidas. Variedad, presentación, forma de preparación. Actividad física: Importancia y tipos: ejercicios de resistencia, (caminatas, nadar, bicicleta estática, tareas de jardinería, juegos, tareas de la casa, trabajo en la calle y bailo terapia).Ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de equilibrio, ejercicios de flexibilidad.

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS

Las estrategias metodológicas a utilizar incluyen: Exposición didáctica, dinámica de pequeños grupos de discusión, material didáctico.

EVALUACION

EVALUACION DIGNOSTICA: Como paso previo a la aplicación del Programa se realizara un pre-test con el fin de identificar el nivel de conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la alimentación y la actividad física recomendada para los adultos mayores.

EVALUACION FORMATIVA: Se aplicara un pos-test para medir en qué medida se alcanzan los objetivos de aprendizaje establecidos en el programa educativo.

UNIDAD I: ALIMENTACION RECOMENDADA PARA LOS ADULTOS MAYORES.

OBJETIVO TERMINAL: Al finalizar la unidad los adultos mayores enunciaran los alimentos recomendados según su edad

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
Una vez desarrollados los contenidos los adultos mayores podrán Identificar los alimentos de los diferentes grupos recomendados para su edad.	Alimentación recomendada para los adultos mayores. Grupos de alimentos: Proteínas(definición, tipos, animales, vegetales, importancia para mantener la salud) Carbohidratos (definición, tipos, importancia para mantener la salud). granos, frutas, lácteos, minerales y vitaminas.	Exposición didáctica, dinámica de pequeños grupos de discusión, material didáctico.	Pre-test sobre Alimentación recomendada para los adultos mayores. La actividad física recomendada para los adultos mayores. Pos-test para medir en qué medida se alcanzan los objetivos de aprendizaje establecidos en el programa educativo.

UNIDAD II: ACTIVIDAD FISICA RECOMENDADA PARA LOS ADULTOS MAYORES.

OBJETIVO TERMINAL: Al finalizar la unidad los adultos mayores explicaran la importancia de realizar **ACTIVIDAD FISICA** para el mantenimiento de la salud.

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategias Metodológicas	Evaluación
Una vez desarrollados los contenidos los adultos mayores podrán explicar la importancia de realizar actividad física.	Actividad física: Definición, Importancia y tipos: ejercicios de resistencia, (caminatas, nadar, bicicleta estática, tareas de jardinería, juegos, tareas de la casa, trabajo en la calle y bailo terapia).Ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de equilibrio, ejercicios de flexibilidad.	Exposición didáctica, lectura comentada, demostraciones sobre los ejercicios recomendados para los adultos mayores, material didáctico	Pre-test sobre Actividad física recomendada para los adultos mayores. Pos-test para medir en qué medida se alcanzan los objetivos de aprendizaje establecidos en el programa educativo.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, D.R. (2010). Caracterizar el nivel de conocimiento sobre la práctica del ejercicio físico que poseen los adultos mayores. *Portales Médicos*. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2026/1/Caracterizar-el-nivel-de-conocimiento-sobre-la-practica-del-ejercicio-fisico-que-poseen-los-adultos-mayores.html> [Consulta: 2012, Marzo 19].
- Alarcón, C. R. (2011). *Diseño y validación de material educativo sobre alimentación en el adulto mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe 2011* [Resumen en línea] Tesis de grado no publicada, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador. Disponible: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1169> [Consulta: 2012, Marzo 17].
- Andrade, F. y Pizarro, J. P. (2007). *Beneficios de la actividad física en el adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/.../EVazquez.pdf [Consulta: 2012, Marzo 19].
- Barrera, J. y Osorio, S. (2007). Envejecimiento y nutrición. *Revista Cubana de Investigación Biomédica* [Revista en línea], 26(1). Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_1_07/ibi08107.htm [Consulta: 2012, Marzo 27].
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5453, Marzo 3, 2000.

Cueva, C. (2008). *Una tipología de siete tipos de conocimiento*. [Documento en línea]. Disponible: <http://manuelgross.bligoo.com/content/view/1033269/Una-tipologia-de-siete-tipos-de-conocimiento.html> [Consulta: 2012, Junio 15]

Diccionario Riudero 1(980). *Pedagogía*. Madrid: Rioduero

Fernández, C. (1999). La Gerontagogía: una nueva disciplina. *Escuela Abierta*. [Revista en línea], 3. Disponible: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=195859 [Consulta: 2012, Junio 18]

García, M., Padilla, O., Hernández, M. y Rodríguez, L. (2010). *Estrategia interdisciplinaria de intervención para promover estilos de vida saludables en personas que transitan la tercera edad, incorporados a la cátedra del adulto mayor de la SUM Morón*. [Documento en línea] Disponible: www.efdeportes.com/.../estilos-de-vida-saludables-la-tercera-edad.ht... [Consulta: 2012, Marzo 16].

Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor, (2001). *Guía de ejercicios para un envejecimiento saludable*. [Documento en línea]. Disponible: www.institutodelenvejecimiento.cl/.../Guia_de_Ejercicios_para_un_... [Consulta: 2012, Marzo 20].

Gómez, M. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de ele*. [Resumen en línea]. Trabajo de grado de maestría no publicado. Universidad de Nebrija, España. Disponible: www.educacion.gob.es/.../2009_BV_10_13Gomez_Bedoya.pdf?... [Consulta: 2012, Mayo 15].

Grajales, A. M. (2011). *Orientación grupal para el bienestar del adulto mayor*. [Resumen en línea]. Trabajo de maestría no publicado. Universidad Autónoma de Yucatán, México. Disponible: posgradofeuady.org.mx/wp-content/.../2011/09/orientacionBAM.pdf [Consulta: 2012, Mayo 15].

- Heredia, L. (2006). Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *Eroinfo. Publicación de Gerontología y Geriatría*, [Revista en línea], 1(4) Disponible: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=11808> [Consulta: 2012, Abril 2]
- Hilerio, A.G. (2009). *Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de colima mediante la mini valoración nutricional e indicadores séricos*. [Resumen en línea]. Trabajo de grado de maestría no publicado. Universidad de Colima, Colombia. Disponible: digeset.uco.edu.mx/tesis.../HILERIO_LOPEZ_ANGEL_GABRIEL.pdf [Consulta: 2012, Marzo 29]
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México. (2009). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/10_habitos/10habitos-1.pdf [Consulta: 2012, Marzo 25]
- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2006). *Ejercicio y actividad física: en forma de por vida*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.nia.nih.gov/node/6086> [Consulta: 2012, Marzo 28]
- Lirio, J. (2008). *La gerontología educativa en España: realidad sociodemográfica y concepciones de aprendizaje de los alumnos de la Universidad de Mayores "José Saramago" de la sede de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla la Mancha*. [Resumen en línea]. Trabajo de grado de doctorado no publicado de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible: eprints.ucm.es/8315/1/T30671.pdf [Consulta: 2012, Junio 18]
- Lugo, A. (2010). *Mecanismos biológicos del envejecimiento. El envejecimiento desde un enfoque molecular*. [Documento en línea]. México: Instituto de Salud. Disponible: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/3.pdf [Consulta: 2012, Marzo]
- Millán, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*. [Revista en línea], 26(4). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007[Consulta: 2012, Abril, 2]

- Navarro, Y. y Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global* [Revista en línea], 9(2). Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/106821> [Consulta: 2012, Marzo 16].
- Orem D.E. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Determinantes del envejecimiento sano*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/ [Consulta: 2012, Abril, 25]
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (2009). *Conocimientos actuales de nutrición*. Washington: OMS.
- Peña, A. R. (2010). Alternativa recreativa para ocupar el tiempo libre del adulto mayor en la Comunidad Negro I del Municipio Barinas. *EFDeportes*. [Revista en línea],16(158). Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd158/el-tiempo-libre-del-adulto-mayor.htm>[Consulta: 2012, Mayo 20]
- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V. y Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista Chilena de Nutrición*. [Revista en línea], 33(3) Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006 [Consulta: 2012, Mayo 20]
- Reyes, V., Sotomayor, S. y González, L. (2007). Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. [Revista en línea], 15 (1), 27-31. Disponible: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=category&layout=blog&id=122&Itemid=83 [Consulta: 2012, Marzo 27]

- Sánchez, A. V. (2008). Efecto de un programa de educación y ejercicio físico en la capacidad funcional e incidencia en el costo de atención en salud en un grupo de personas mayores de 60 años del área de Palmares. Trabajo de grado no publicado. [Resumen en línea]. Universidad Nacional de Costa Rica. Disponible: http://www.posgrado.una.ac.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=642: [Consulta: 2012, Marzo 27]
- Santiesteban, I., Pérez, M. y García, N. (2008). Teorías y cambios del envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*. [Revista en línea], 12(5). Disponible: www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf [Consulta: 2012, Junio 18]
- Salud de Altura. (2008). *Manual de la familia saludable: Envejecer un privilegio* [Documento en línea]. Disponible: <http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/nutricion/alimentacion-adulto-mayor/> [Consulta: 2012, Junio 15]
- Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile (SENAMA), 2005). *Nutrición y cuidados del adulto mayor*. [Documento en línea] Disponible: www.institutodelenvejecimiento.cl/.../Nutricion_y_Cuidados_del_Ad... [Consulta: 2012, Junio 15]
- Servicio Nacional del Consumidor de Chile (2004). *Nutrición y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable*. [Documento en línea]. Disponible: www.sernac.cl/download.php?id=1097&n=1[Consulta: 2012, Marzo 2].
- Solano, L. (2011). *Nutrición del adulto mayor*. LatamSalud. Red Latinoamericana de Información Médica [Documento en línea] Disponible: www.latamsalud.com/articulos/nutricion-del-adulto-mayor.html [Consulta: 2012, Marzo 25].
- Vázquez, M. y Martínez, P. (2010). *Programa de formación de profesores en cultura alimentaria para la cátedra universitaria del adulto mayor*. [Documento en línea]. Disponible: www.monografias.com/.../programa-formacion-profesores-cultura-... [Consulta: 2012, Junio 17]

Yuni, J. y Urbano, C. (2005). *Educación de Adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. [Libro en línea]. Argentina: Brujas. Disponible:
<http://books.google.com.ar/books?id=BPjSLau0PFgC&pg=PA87&dq=narodowsky&hl=es&sa=X&ei=3h-0T86oNIrM9QS19ODjDw&ved=0CGIQuwUwBw#v=onepage&q=narodowsky&f=false> [Consulta: 2012, Junio 19]