

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad Ciencias de la Vida

Juegos didácticos y su rol en el tratamiento de las enfermedades
crónicas no transmisibles

PROYECTO INTEGRADOR

Previo la obtención del Título de:

Licenciado en Nutrición

Presentado por:

Carolina Abigail Carrera Cherez
Gardenia Adriana García Mariscal

GUAYAQUIL - ECUADOR

AÑO: 2021

DEDICATORIA

“Los maestros son nuestros segundos padres”.

Este trabajo va dedicado a nuestro tutor, Msc. Alexandra Pinto. Quien nunca escatimó su tiempo, incluso fuera de horas laborables nos brindó su ayuda y guía.

Carolina

DEDICATORIA

El presente proyecto lo dedico a mis padres y hermano quienes siempre me apoyaron con sus sabios consejos y enseñanzas para no rendirme a lo largo de mi vida.

A mis amigos quienes han aportado en mí de manera positiva cuando me sentía rendida y me han impartido sus conocimientos para lograr ser profesional. A mi tutora, a quien considero mucho por ser una gran consejera y permitirme reconocer que puedo sobresalir y ver más allá de mis límites y por toda la paciencia en la docencia y sabiduría impartida.

En el transcurso de mi vida, cada uno de ellos han sido la guía que he necesitado.

Gardenia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primer lugar, a Dios, quien nos ha dado salud en estos tiempos difíciles. A mis padres por impulsarme a seguir adelante siempre y brindarme los recursos necesarios. A mis profesores que fueron mis segundos padres. Mi tutor quien siempre estuvo dispuesto a compartir su tiempo y conocimiento en la realización de este trabajo.

Carolina

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiar mis pasos y ser mi fortaleza de mis metas alcanzadas.

Expreso también mi sincero agradecimiento a nuestra tutora, Doctora Alexandra Jiménez, por incentivarnos y brindarnos toda la paciencia requerida y habernos guiado en cada etapa de este largo proceso.

Muchas gracias a mi amiga Mero por guiarme en el desarrollo del formato de este proyecto.

Gardenia

DECLARACIÓN EXPRESA

“Los derechos de titularidad y explotación, me(nos) corresponde conforme al reglamento de propiedad intelectual de la institución; (*nombre de los participantes*) y doy(damos) mi(nuestro) consentimiento para que la ESPOI realice la comunicación pública de la obra por cualquier medio con el fin de promover la consulta, difusión y uso público de la producción intelectual”



Carolina Abigail Carrera Cherez



Gardenia Adriana García Mariscal

EVALUADORES

.....
Valeria Guzmán J., MSc.

PROFESOR DE LA MATERIA

.....
Alexandra Jiménez Pinto., Msc.

PROFESOR TUTOR

RESUMEN

A nivel mundial existe un incremento de muertes causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), por ello es emergente buscar una solución. Este proyecto se aplicó en 16 mujeres de la comunidad religiosa “Alborada de fe” de edades entre 30 a 65 años con ECNT. Se investigó al paciente en comportamientos, actitudes y causas existentes en el incumplimiento o descarte del tratamiento dieto terapéutico, dadas por falta de motivación, insuficiente participación activa y desconocimiento sobre su tratamiento. Este trabajo se enfocó en buscar un método que brinde educación nutricional a través de una enseñanza participativa, utilizando herramientas didácticas como juegos basados en la lúdica y constructivismo, considerando la realidad de los pacientes. Inicialmente, a través de la metodología, se reconocieron los factores de abandono y desmotivación, mediante evaluaciones iniciales y finales a las participantes, así como también se determinó la estrategia adecuada para una correcta socialización y educación nutricional centrada en el paciente. La encuesta final y actividades de seguimiento determinaron la efectividad de la intervención. Finalmente, los resultados evidenciaron un cambio en la mentalidad y percepción del paciente cuando aprende a través de estas herramientas, además se generaron nuevos conocimientos, lo cual incrementó seguridad y una participación activa en su tratamiento.

Palabras Clave: Enfermedades crónicas no transmisibles, lúdica, tratamiento, constructivismo, educación nutricional.

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of death globally and is growing swiftly, so it is emerging to seek a solution. This project was applied to 16 women from the religious community "Alborada de fe" aged between 30 to 65 years with NCDs. This project addressed behaviors, attitudes and existing causes of the non-compliance or discarding of the therapeutic diet treatment, due to lack of motivation, active participation and ignorance about the treatment. This work was focused on finding a method that provides nutritional education through active teaching, using didactic tools such as games based on constructivism, considering the reality and necessities of the patients. Initially, through the methodology, Treatment abandonment and demotivation factors were recognized, through initial and final evaluations of the participants, as well as the appropriate strategy for proper socialization was determined. The final test and follow-up activities determined the effectiveness of the intervention. Finally, the results showed off a change in the mentality and perception of the patient when they learn through these tools, in addition they constructed new knowledge, which increased the security and active participation in being a participant in their treatment.

Keywords: *Non-communicable chronic diseases, ludic, treatment, constructivism, nutritional education.*

ÍNDICE GENERAL

EVALUADORES.....	I
RESUMEN.....	II
<i>ABSTRACT</i>	III
ÍNDICE GENERAL.....	IIIV
ABREVIATURAS	¡Error! Marcador no definido.
SIMBOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE PLANOS	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 1	- 1 -
1.Introducción	- 1 -
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Justificación del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Marco teórico	4
CAPÍTULO 2.....	12
2.Metodología	12
CAPÍTULO 3.....	17
3.Resultados y análisis	35
CAPÍTULO 4.....	39
4. Conclusiones y recomendaciones.....	39
4.1 Conclusiones	39

4.2	Recomendaciones	41
	BIBLIOGRAFÍA.....	42
	APÉNDICES	46
	Anexo 1. Graficos publicitario de ECNT	46
	Anexo 2. Evidencia fotografica charla Zoom	46
	Anexo 3. Planificación de actividades	47
	Anexo 4. Herramienta didácticas	¡Error! Marcador no definido.2
	Anexo 5. Prueba de conocimiento	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 6. Encuesta de conocimiento	60
	Anexo 7. Evidencia fotográfica de las participantes	61
	Anexo 8. Evidencia fotográfica del desarrollo de actividades	62

ABREVIATURAS

CAP: Comportamientos Aptitudes y Prácticas

ECNT: Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidad

OPS: Organización Panamericana de la Salud

TMN: Tratamiento Médico Nutricional

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Diagrama de proceso.	15
Gráfico 2. Enfermedades diagnosticadas en los encuestados.....	17
Gráfico 3. Frecuencia de visita al médico.....	18
Gráfico 4. Toma de medicación.....	18
Gráfico 5. Horario de toma de medicación.....	19
Gráfico 6. Medicación recetada por medico.....	19
Gráfico 7. Desmotivación del tratamiento	20
Gráfico 8. Causa de abandono del tratamiento.....	20
Gráfico 9. Alimentación sana	21
Gráfico 10. Alimentos con mayor consumo	21
Gráfico 11. Conocimiento previos alimentos y su enfermedad.....	22
Gráfico 12. Alimentación saludable.....	22
Gráfico 13. Incumplimiento de tratamiento nutricional.....	23
Gráfico 14. Obesidad.....	24
Gráfico 15. Comunicación asertiva del profesional de la salud.....	24
Gráfico 16. Charlas educativas	25
Gráfico 17. Charlas método educativo	25
Gráfico 18. Charlas método atractivo.....	26
Gráfico 19. Adaptación de aprendizaje	26
Gráfico 20. Satisfacción	27
Gráfico 21. Motivación	28
Gráfico 22. Beneficio otorgado	28
Gráfico 23. Actividad más atractiva.....	29
Gráfico 24. Recomendación	30
Gráfico 25. Alimentación Sana.....	30
Gráfico 26. Causa de posible abandono	31
Gráfico 27. Plato saludable	31
Gráfico 28. Diabetes	32
Gráfico 29. Hipertensión Arterial.....	32
Gráfico 30. Obesidad	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de charlas nutricionales.....	13
Tabla 2. Resultados de la actividad 1.....	34
Tabla 3. Resultados de la actividad 2.....	34

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

El 9.6% de muertes en el Ecuador corresponden a enfermedades isquémicas del corazón, situándolas como la principal causa de defunción entre adultos de 30 a 60 años, seguida de la diabetes. (INEC,2019). El sobrepeso y la obesidad son causa principal del desencadenamiento de estas enfermedades, por lo que, se debe abordar un correcto tratamiento nutricional como parte de la solución. Existe una mal nutrición desde la infancia, debido al desinterés o falta de conocimiento por parte de los progenitores, es así que según las cifras del ENSANUT 2018, en Ecuador 35 de cada 100 niños de 5 a 11 años, padecen de sobrepeso y obesidad(ENSANUT, 2018)

El siguiente trabajo analizará los diferentes motivos que impiden la adherencia exitosa al tratamiento médico nutricional (TMN), entre ellos está la falta de cooperación del paciente, debido a desinterés y la información errónea o nula referente al tratamiento de estas enfermedades.

El carácter, autocontrol, factores ambientales, sociales, y biológicos, inciden en el comportamiento y predisposición del paciente para lograr su mejoría en la salud, por ello este proyecto se relaciona con el estudio de las conductas del paciente basadas en el modelo transteórico del comportamiento en salud, clasificándolas en etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación. ((Cabrera A. & Gustavo A., 2000)

Para lograr un rol más participativo y autónomo del paciente en su TMN, se cimentaron conocimientos, es decir sobre los conocimientos previos se construyeron

nuevos, dado que según Abbott (1999), lo recientemente aprendido se incorpora a las experiencias previas. Dentro de la metodología del proyecto está el brindar la educación nutricional respectiva, a través la realización de actividades basadas en la teoría constructivista que incluyen actividades colaborativas y lúdicas.

1.1 Descripción del problema.

En Ecuador, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la malnutrición, hipertensión y diabetes es alta, según la primera encuesta nacional STEP del Ecuador 69,4%(Costa Romina et al., 2018). Dichas enfermedades reducen la calidad de vida del paciente y generan un incremento progresivo de nuevas comorbilidades que potencializan el efecto negativo en el estado de salud de la población. (Romina Costa et al., 2018).

La falta de participación del paciente en el TMN se da por idiosincrasia, creencias, desconocimiento, factores económicos, familiares o motivacionales. Estas son las principales causas de que el paciente no obtenga los resultados esperados del tratamiento. El resultado es un impacto que padece el individuo, así como su núcleo familiar en especial.

Otra problemática identificada es la incapacidad de generar conocimientos nuevos debido a la carencia de conocimientos previos, es decir, desde la perspectiva de la teoría constructivista " El conocimiento es una construcción del ser humano: cada persona percibe la realidad, la organiza y le da sentido en forma de constructos, gracias a la actividad de su sistema nervioso central, lo que contribuye a la edificación de un todo coherente que da sentido y unicidad a la realidad" (Ortiz Granja, 2015). Sin

embargo, al no existir conocimientos previos, el paciente no puede construir los suyos, por ende, no es activo en su TMN.

1.2 Justificación del problema

Este proyecto evalúa conocimientos, actitudes y prácticas del paciente (CAP) a través de encuestas, así como la insuficiente participación en la TMN de patologías y factores de riesgo que inciden en la presencia de factores que conlleven a un riesgo metabólico.

El desarrollo del presente proyecto se justifica en la necesidad de incentivar al paciente a ser partícipe de su tratamiento, promoviendo su autonomía. La falta de participación del paciente es un problema contemporáneo que se refleja en estadísticas de países como Gambia (27%), China (43%) y Estados Unidos (51%) porcentajes que corresponden a los casos que cumplen su régimen terapéutico de HTA; (Melinda Henry, 2003); significa que el porcentaje restante no cumple con el mismo.

La falta de conocimiento o conocimiento erróneo sería otra razón por la cual el paciente no es participe en su tratamiento, debido a esta necesidad otra justificación del proyecto es brindar educación nutricional al paciente mediante el uso de herramientas didácticas basadas en la teoría constructivista

1.3 Objetivo General

Desarrollar actividades lúdicas, recreativas y grupales con los miembros de la comunidad religiosa “alborada de fe”, a través de la implementación de juegos didácticos, para una participación autónoma en la adherencia y reconocimiento de sus errores en el tratamiento médico nutricional.

1.4 Objetivos Específicos

1. Identificar conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales de los participantes a través de cuestionarios CAP para la implementación de estrategias de aprendizaje adaptadas a su realidad que estimulen su participación y aprendizaje.
2. Diseñar capacitaciones en educación nutricional centradas en el paciente, basadas en los modelos constructivista y de cambio conductual, a través de charlas enfocadas en las patologías más comunes, para la generación de conocimientos y participación activa en su tratamiento médico nutricional.
3. Aplicar los diseños de las capacitaciones, a través de la introducción de actividades lúdicas para la evaluación de la efectividad de los mismos.

1.5 Marco teórico

Según un estudio del Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) de la universidad de San Sebastián de Chile, la aplicación de un programa destinado a la mejoría de la salud integral a través del tratamiento médico nutricional y actividad física en personas desde 2 a 60 años, llamado “Vida sana”, demuestra que sólo el 14% de los participantes concluyen el programa. Es importante recalcar que esta iniciativa del ministerio de Salud Pública de Chile está destinada a la prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), pero según estadísticas de la dirección de presupuestos del gobierno de Chile (Dipres), el 35% de los pacientes desertan del programa al primer mes, el 51 % el quinto mes, y el 86% antes de terminar el año (Pamela Pérez, 2015)

La situación en Perú es parecida, ya que, en un estudio realizado en pacientes con tuberculosis, de 261 personas, el 14.9 % abandonaron el tratamiento médico nutricional (Cáceres Flor de María & Orozco Luis, 2007) Este porcentaje de personas que no obtienen beneficios radica en la falta de adherencia a los tratamientos, razón por la cual no se observan cambios en la salud del paciente. En este caso, los tratamientos de ECNT necesitan más del 50% para su adherencia a largo plazo (Ramos Morales, 2000). (Cáceres y Orozco, 2007). Este porcentaje de personas que no obtienen beneficios radica en la falta de adherencia a los tratamientos, razón por la cual no se observan cambios en la salud del paciente.

En cuanto a esta problemática, es necesario recalcar que la educación del paciente es primordial y éste debe sentirse atraído hacia el TMN y ejercer un rol central y reflexivo en su propio tratamiento. En este sentido, la participación constructivista mediante actividades colaborativas y el uso de juegos como estrategias de aprendizaje, son adaptativas, invitan a la reflexión, experimentación y a descubrir su propio aprendizaje basados en su experiencia, promoviendo el desarrollo del pensamiento, habilidades cognitivas y psicosociales que conllevan a un aprendizaje significativo (Doris, 2015).

1.5.1 Factores de abandono y adherencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina abandono cuando el paciente no toma la medicación o no sigue su tratamiento dieto terapéutico durante 30 días. En cuanto al término adherencia este es definido como “el grado de comportamiento de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida”. Para esto se requiere de un proceso

continuo y de interacción entre el paciente y su disposición para seguir las recomendaciones del profesional de la salud. Según Weinman (2018) “el 30% abandona su tratamiento de manera no intencional, mientras que el otro 70% lo hace de manera consciente”.

Existen diferentes factores por los cuales los pacientes no ejecutan su tratamiento de la manera adecuada, se han descrito 5 principales:

- **Factor socioeconómico.** La falta de empleo, recursos económicos, precios de alimentos o medicinas no accesibles a la población rural; la falta de atención por el personal de salud.
- **Factores relacionados al tratamiento médico nutricional.** Falta de adaptación al tratamiento debido a una pobre o carente explicación por parte del profesional de salud o falta de entendimiento del paciente al mismo, régimen dietario muy complejo, etc.
- **Factores relacionados al paciente.** En este aspecto se toman en consideración las creencias del paciente, sus prioridades, hábitos, mitos, e incluso su nivel escolar, su cultura, percepción de la salud de sí mismo, la confianza puesta en el profesional de la salud.
- **Factor de la enfermedad.** Complicaciones originadas por la enfermedad, salud mental, efectos secundarios en el estado de ánimo de la persona, la depresión es común en este tipo de enfermedades y agrava el estado del paciente ((Francisco Diez-Canseco et al., 2014), por ello debe detectarse a tiempo para abordarla con un psicólogo.
- **Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria.** Falta de recursos e implementos, falta de personal encargado de asistencia médica,

personal no capacitado para el trabajo, poco personal para la demanda de pacientes, trabajo de pobre calidad por parte del profesional (Weinman et al., 2018).

1.5.2 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles engloban al grupo de enfermedades que no causan infección aguda de contagio. Sin embargo, dejan consecuencias a largo plazo en la salud del paciente, ocasionando la necesidad de llevar un tratamiento médico nutricional y cuidado en la salud de por vida (OPS, 2020). Afectan a todos los grupos etarios, regiones y países, siendo la población adulta la más vulnerables (OMS, 2021).

Las ECNT son la primera causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Generalmente se atribuyen a factores de riesgo modificable relacionados con inactividad física, las dietas malsanas, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. Así mismo, estas ECNT inciden en la prevalencia de enfermedades de riesgo metabólico dadas por la presencia de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial e hiperglucemia (OPS, 2020).

1.5.3 Enfermedades más comunes

- **Obesidad y sobrepeso.** El sobrepeso y la obesidad son resultado de la acumulación excesiva de composición grasa alojada en el cuerpo, valorados a través del IMC superior al 25 y 30 kg/m² respectivamente.

- **Diabetes Mellitus tipo 2.** La diabetes se caracteriza por el desorden metabólico y niveles de glucosa elevados mediante el deterioro de la secreción de insulina por las células del páncreas o por los receptores de insulina (Naranjo Hernández, 2016). Esta enfermedad es incurable y puede producir vasculopatías, neuropatía, insuficiencia renal generando ansiedad y depresión en el paciente (Ricardo Gómez, 2014).
- **Hipertensión arterial.** La hipertensión arterial se caracteriza por actuar de forma silenciosa (asintomática). Las personas que la padecen suelen desarrollar enfermedades de riesgo como la cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal (Reyes, 2017) (RajeevGupta, 2018).
- **Dislipidemia.** La dislipidemia indica niveles altos o bajos de colesterol. Está presente en enfermedades metabólicas como diabetes e hipertensión, aumentando el riesgo de generar enfermedades cardiovasculares. Otro de los factores de riesgo incluye el estilo de vida sedentario, dietas altas en grasa y la edad avanzada (Biggers & Jame, 2018)

1.5.4 Modelos educativos: Constructivismo

El modelo constructivista es importante para la adaptación educativa, permite construir conocimiento y que el paciente sea activo y autónomo a través de los

conocimientos obtenidos, este modelo garantiza la participación, el diálogo y el desarrollo de capacidades (Saldarriaga & Bravo, 2016).

El constructivismo no trabaja en descubrir lo que ya esté hecho, más bien, busca construir ideas de manera autónoma, posibilitando el crear nuevas realidades en el proceso de aprendizaje y la aceptación de nuevos elementos (Tenny, Brannan, & Sharts, 2021).

Su eficacia se refleja cuando el individuo “alumno”, realiza actividades de forma autónoma, sabiendo reivindicar sus errores y aplicar soluciones. Es importante que el individuo reconozca que, ante su propia solución al problema, no se excluya la intervención del educador (Edacom, 2019) (Nowicka, Jarmoszewicz, & Zemła, 2018).

1.5.5 Lúdica

La lúdica permite el desarrollo psico social, la formación de la personalidad y saberes, a través de la práctica de actividades generadoras de creatividad, placer y reconocimiento del individuo. Así mismo, otorga beneficios, que activan la parte frontal de nuestro cerebro, brinda estímulos en el pensamiento abstracto, regula emociones, permite solucionar problemas mediante estrategias puestas por el mismo individuo a través de sus riesgos y crea ambientes llenos de emociones facilitando la adaptación del aprendizaje (Yturralde, 2021).

Como instrumento de enseñanza es un buen método de aprendizaje, ya que actúa de manera más significativa y fuera de la enseñanza habitual (Rivas, 2016). Generalmente, esta actividad es aplicada en la población infantil. Sin embargo, se pueden llegar a adaptar estrategias que llamen la atención al adulto, lo que le permitirá organizar y explorar sus propias ideas.

1.5.6 Implementación de juegos

Los juegos en la educación permiten el desarrollo de destrezas, habilidades y la creación de vínculos sociales a través del trabajo en equipo. Esta estrategia permite a los profesionales adaptar sus enseñanzas de forma más animada, permitiendo desarrollar más habilidades, inteligencia y destrezas de manera dinámica (Franco & Sánchez, 2019).

Las actividades educativas desarrolladas en juegos reflejan su eficacia cuando se adaptan fácilmente aumentando el interés y cooperación de forma libre. Así también, el individuo educado tiene la capacidad de descubrir, investigar y elaborar soluciones a través de la resolución de conflictos (Rivas, 2016).

1.5.7 Reconocimiento de estadios del cambio

La eficacia del tratamiento dependerá de la conducta del paciente, así mismo la conducta es influida por factores externos, e internos, como la motivación. Se han estudiado estas conductas basándose en el modelo transteórico del cambio del comportamiento, este modelo fue propuesto en el año 1980 por James Prochaska y Carlo DiClemente. Sin embargo, una mejor definición fue planteada por Díaz (2001): “aquellas actividades abiertas o encubiertas en las que los individuos se implican para modificar sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones interpersonales relativos a conductas o estilos de vida problemáticos”.

Se conocen 5 etapas, las cuales al clasificar al paciente permitirán intervenir de manera adecuada.

- **Pre-contemplación.** El individuo aún está indeciso en realizar alguna modificación en sus hábitos, debido a la falta de concientización de su

situación actual en la percepción del estado de salud, ocasionando faltar a las consultas con el profesional de la salud.

- **Contemplación.** En esta etapa el individuo reconoce la presencia del problema e intenta entrar en estado querer superación. Sin embargo, no está del todo comprometido, en este periodo el individuo está más capacitado y tiene conocimiento del pro y contras en el beneficios y deterioro de la salud.
- **Preparación.** En esta etapa ejerce la intervención y el plan de acción enfocada en generar el cambio, pero sin ponerlo en marcha. El individuo demuestra el compromiso a través de pequeños cambios modificados en el estilo de vida.
- **Acción.** En esta etapa el individuo modifica el comportamiento y experiencias enfocadas en el cambio y un mayor compromiso en cuanto a tiempo, energía y reconocimiento a sus beneficios a largo plazo.
- **Mantenimiento.** En esta etapa se trabaja a conciencia como método de prevención a posibles recaídas tomando en cuenta los logros alcanzados, donde se busca sostener el esfuerzo de los hábitos modificados. (Cabrera A. & Gustavo A., 2000)

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

2.1. Población de estudio

Nuestra población situada en una comunidad religiosa llamada Alborada de Fe, ubicada en el sector norte de Guayaquil, de la cual se tomó una muestra de personas del sexo femenino, edades entre 30 a 65 años, quienes no necesariamente padecen ECNT, pero voluntariamente expresaron el deseo de participar en este programa de mejora de calidad de vida.

2.2. Método de investigación

Para este proyecto de problemática social se ha usado el método investigación-acción.

2.3. Metodología

Se procedió a conversar con las autoridades a cargo de la entidad religiosa, sobre las fechas planificadas para la realización de esta actividad; se concluyó en dictar 4 sesiones de carácter virtual, aplicadas 1 vez por semana en el horario de 20:00 a 21:00. Se revisó el material a trabajar, obteniendo la aprobación verbal del mismo.

Una vez obtenidos los permisos de las autoridades respectivas se procedió a realizar una publicidad sobre charlas nutricionales en la red social de Facebook, con el fin de atraer a la población estudiada. Anexo1.

2.3.1. Validación y diseño de cuestionario

Se ejecutó una encuesta basada en los formularios de encuestas CAP, con preguntas dirigidas a la obtención de información sobre conductas, interés y conocimientos del paciente en su TMN. La herramienta que se empleo fue la plataforma de "forms". Una vez logrado interactuar con la población, en la primera charla, se socializó el formulario a través del chat de la plataforma usada para la misma "Zoom".

Previamente se presentó la mencionada encuesta, a 5 personas de la muestra, con el fin de validar la misma.

A base de la información obtenida de las encuestas, se procedió a medir conocimientos e intereses del paciente, para poder enfocar las charlas nutricionales a la educación de las participantes. Luego de procesar la información se clasificó a cada paciente en los estadios de cambio correspondientes.

2.3.2. Planificación y diseño del material de trabajo

Se realizó un material de trabajo usando medios virtuales como presentaciones y herramientas digitales (tabla 1), charlas nutricionales basadas en el constructivismo, con los siguientes temas asignados:

Tabla 1.

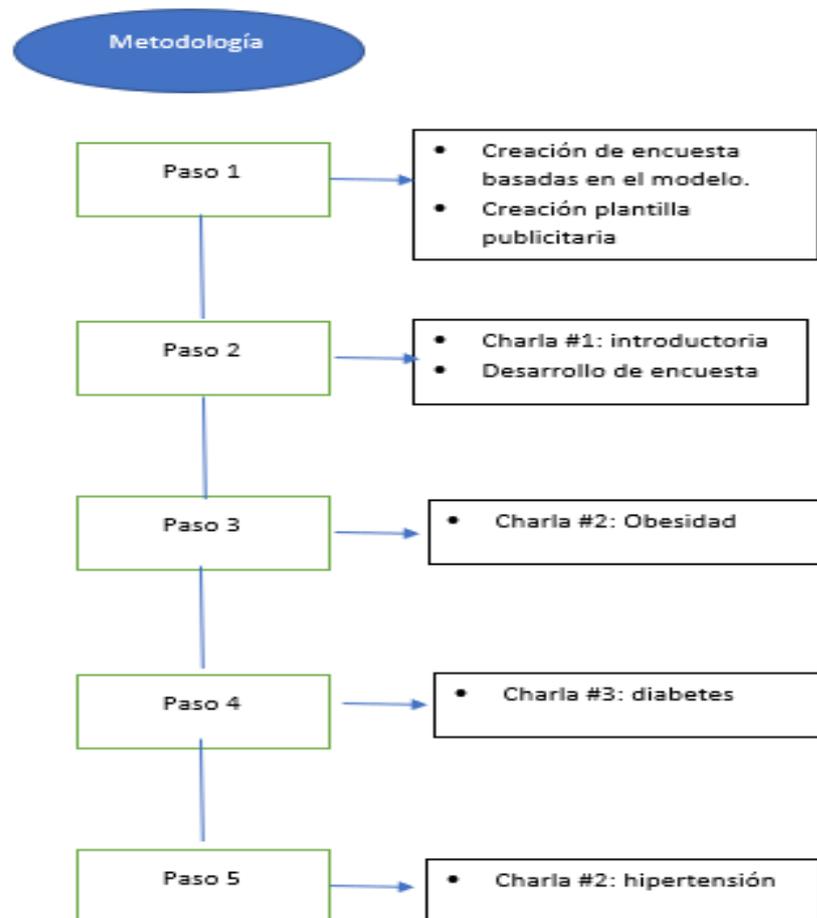
Cronograma de charlas nutricionales

Fecha	Título	Temas	Herramientas
7/7/2021	"Nutrición para ECNT"	-Introducción al programa. -Realización de encuesta -Conceptos básicos: Nutrición, ECNT	-Encuestas: Forms -Presentaciones: Power Point, Mentimeter. -Juegos: wodrwall
14/7/2021	"Manejo nutricional del sobrepeso & obesidad"	-Conceptos básicos -Abordaje nutricional -Tipos de hambre -Causas de la enfermedad -Alimentos adecuado en obesidad.	-Presentación: Power Point -Materiales: Cinta métrica Muestra de alimentos -Programas: Mentimeter, wordwall

21/7/2021	"Nutrición para Diabéticos"	<ul style="list-style-type: none"> -Concepto básico -Tipos -Nutrición en diabéticos -Taller didáctico 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentaciones: Power Point -Materiales: Taza medidora de porciones. Muestra de alimentos
28/7/2021	"Nutrición para un corazón sano"	<ul style="list-style-type: none"> -Conceptos de Hipertensión y dislipidemia -Causas -Abordaje nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentaciones: Power Point. Actividad 1. Caso Actividad 2. historieta

Gráfico 1

Diagrama de proceso



2.4. Propuesta de Solución.

Como una de las soluciones propuestas, se realizaron actividades lúdicas, juegos didácticos, trabajos grupales; entre los participantes con el fin de medir conocimientos previos y reforzarlos a través de la charla impartida.

Dentro de cada reunión se efectuaron distintas herramientas dinámicas, a continuación, se detallarán algunos de las actividades:

- Ruleta de preguntas. El participante da vueltas a la ruleta y responde la pregunta que le toca.

- Juego de Cartas: se presentan cartas boca abajo, cada una con su respectivo número y los participantes eligen cual abrir, dentro de estas se encuentran preguntas.
- Lluvia de ideas: se pregunta una incógnita y los participantes responden hasta con 3 palabras, se proyectan en la pantalla las respuestas de todos, se resaltan las respuestas similares.
- Trabajo grupal: Se muestra un plato con divisiones, los participantes deberán dibujar en el plato los alimentos en cada división según lo aprendido.
- Corregir errores: se muestra un plato de alimentos con distribución errónea, donde las participantes indicaran el error presente y modifican el mismo de forma correcta.
- Videos: se otorga un momento de reflexión por parte del participante sobre donde dan su punto de vista después de ver el video.
- Resolver el caso: se expone un caso de algún paciente entorno alguna enfermedad y se busca que las participantes traten de dar recomendación y planteen la solución del caso expuesto.
- Cuenta tu experiencia: a treves de una pregunta sobre alguna dieta las participantes contarán alguna experiencia buenas o malas que tuvieron sobre la realización de la misma.

CAPÍTULO 3

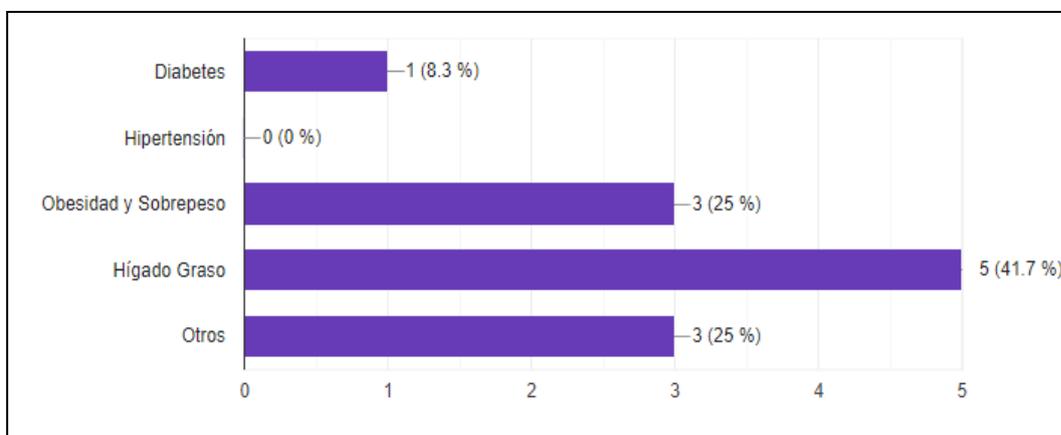
3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Resultados

La población participante del proyecto estuvo conformada por 16 personas de sexo femenino (n=16), pero sólo 12 personas decidieron colaborar con la encuesta. De ellas, el 58.3% se consideraban personas sanas, mientras que el resto (41.7%) consideraban que no lo eran.

Gráfico 2

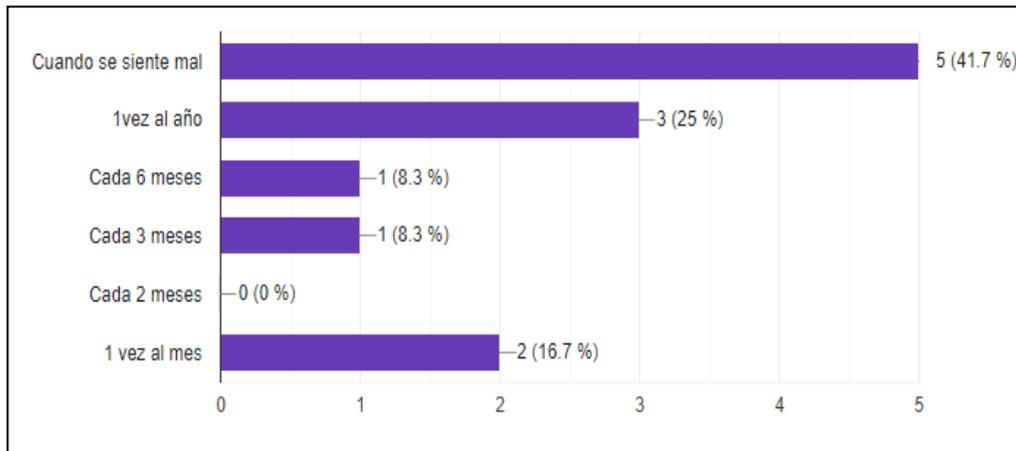
Enfermedades diagnosticadas en los encuestados



En el gráfico 2, sobre las enfermedades diagnosticadas en las personas, 5 (41.7%) personas indicaron que padecían hígado graso o esteatosis hepática, 3 (25%) padecían sobrepeso u obesidad, 1 (8.3%) padecía Diabetes Mellitus Tipo 2, 3 (25%) padecían otras enfermedades.

Gráfico 3

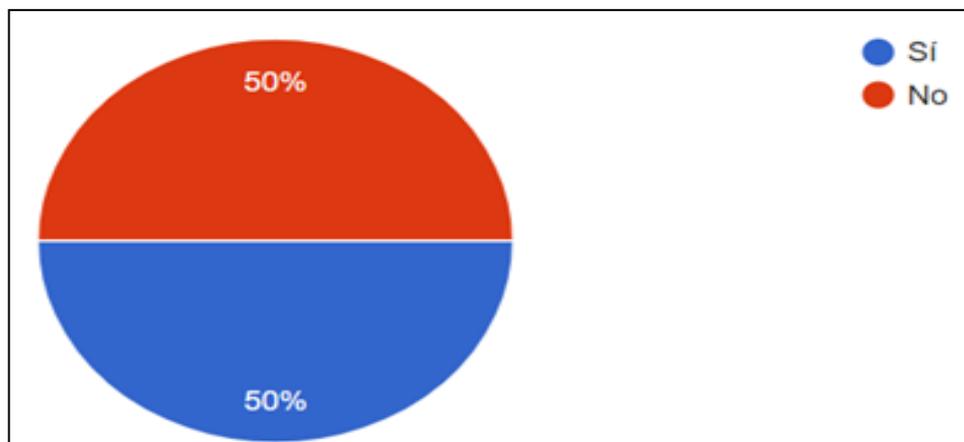
Frecuencia de visita al médico



De todos los encuestados, 5 (41.7%) personas indicaron que asistían al médico sólo cuando se sentían mal, 3 (25%) asistían a chequeo rutinario 1 vez al año, 2 (16%) asistían al médico 1 vez al mes, 1 (8.3%) asistía cada 6 meses, 1 (8.3%) asistía cada 3 meses (gráfico 3).

Gráfico 4

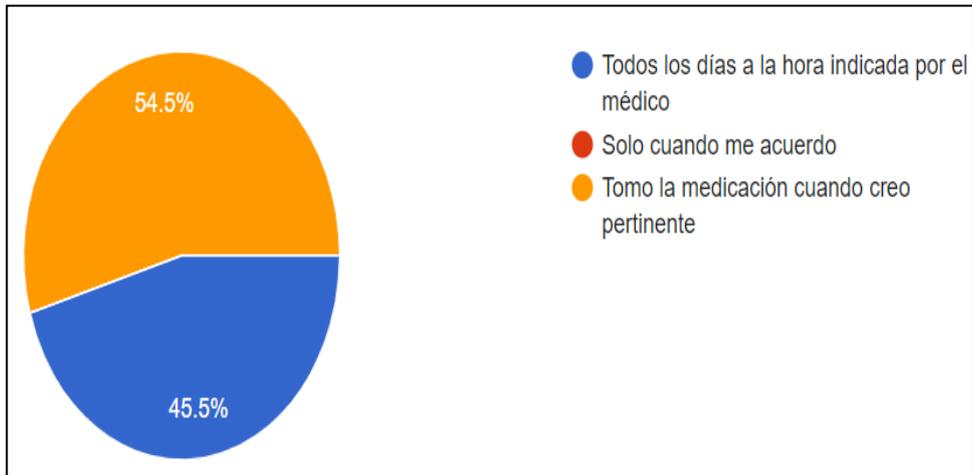
Toma de medicación



De las personas encuestadas, 6 (50%) personas indicaron que, si tomaban medicamento, mientras que la otra mitad 6 (50%) personas no lo tomaban (gráfico 4).

Gráfico 5

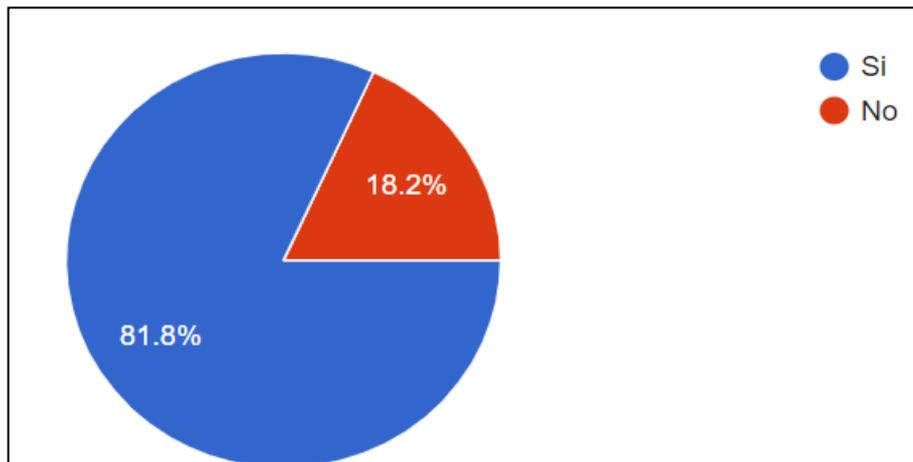
Horario de toma de medicación



De las personas encuestadas, 6 (54.5%) personas indicaron que tomaban medicamento todos los días a la hora indicada por el médico, mientras que 5 (45.5%) personas indicaron que tomaban medicamento cuando lo creían pertinente (gráfico 5).

Gráfico 6

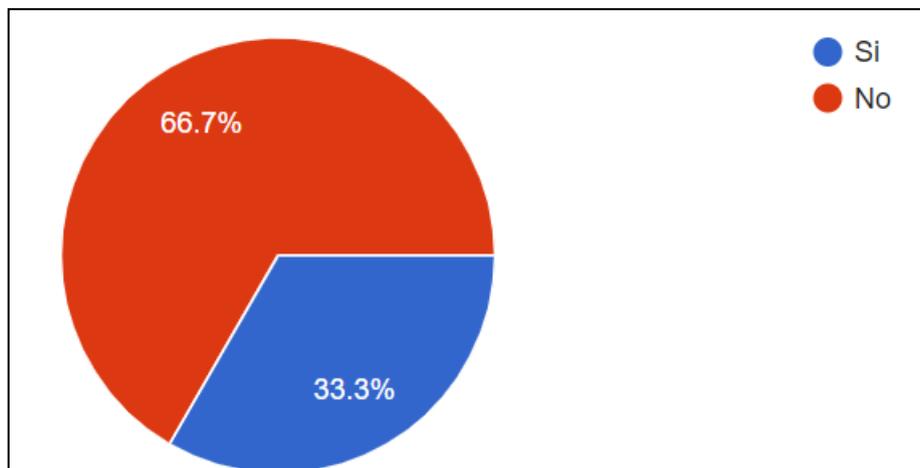
Medicación recetada por médico



De las personas encuestadas, 9 (81.8%) personas indicaron que su medicación actual fue recetada por el médico, mientras que 3 (18.2%) personas indicaron que su medicación actual no fue recetada por un médico (gráfico 6).

Gráfico 7

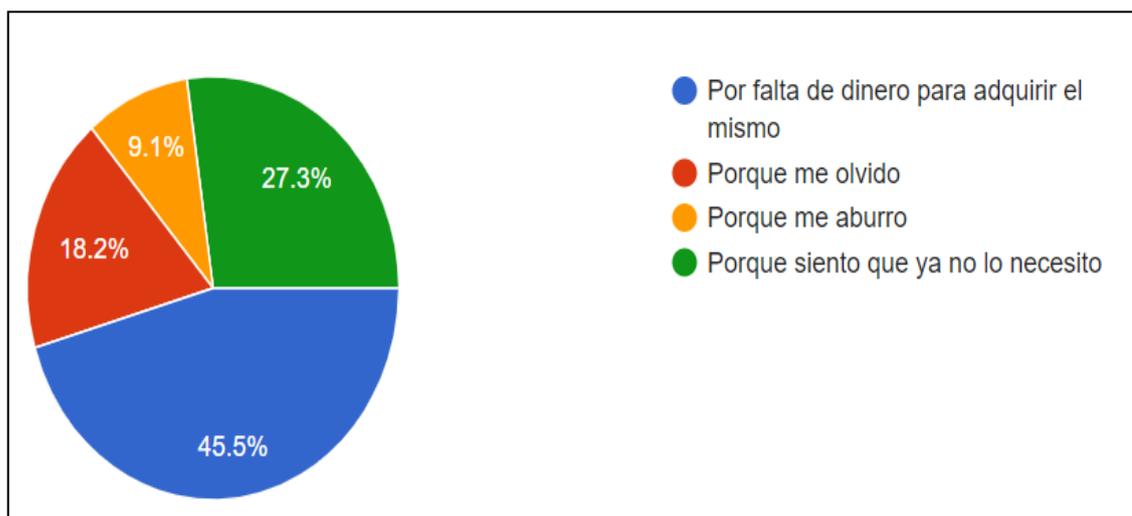
Desmotivación del tratamiento



De las personas encuestadas, 8 (66.7%) personas indicaron no sentir motivación alguna en seguir un tratamiento médico, mientras que 4 (33.3%) si sentía desmotivación de seguir el tratamiento (gráfico 7).

Gráfico 8

Causa de abandono del tratamiento

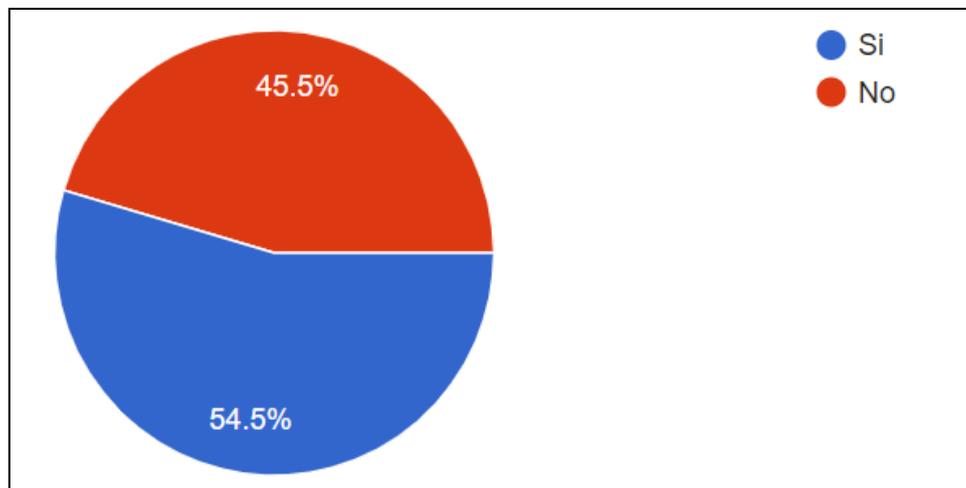


En el gráfico 8, sobre la causa del abandono del tratamiento, 5 (45.5%) personas indicaron que la causa para el abandono de tratamiento fue el factor económico, 3 (27.3%) sentían que ya no necesitaban el tratamiento, 2 (18.2%)

personas indicaron que se olvidaban de llevar el tratamiento, 1 (9.1%) persona indica que abandonó el tratamiento por aburrimiento.

Gráfico 9

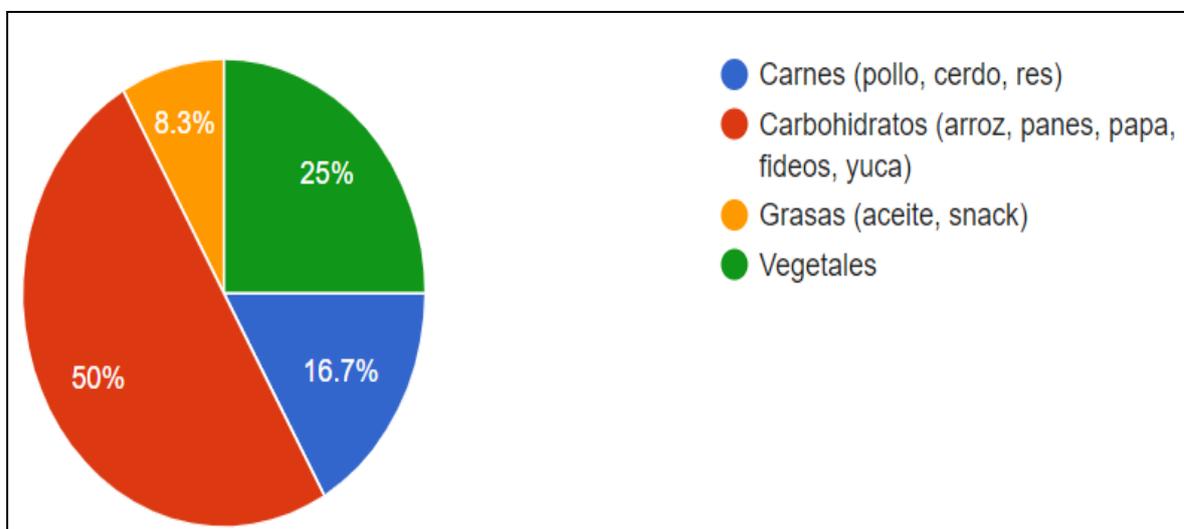
Alimentación sana



De las personas encuestadas, 6 (54.5%) personas indicaron que se alimentaban de forma sana, mientras que 5 (45.5%) personas indicaron que no se alimentaban de forma sana (gráfico 9).

Gráfico 10

Alimentos con mayor consumo

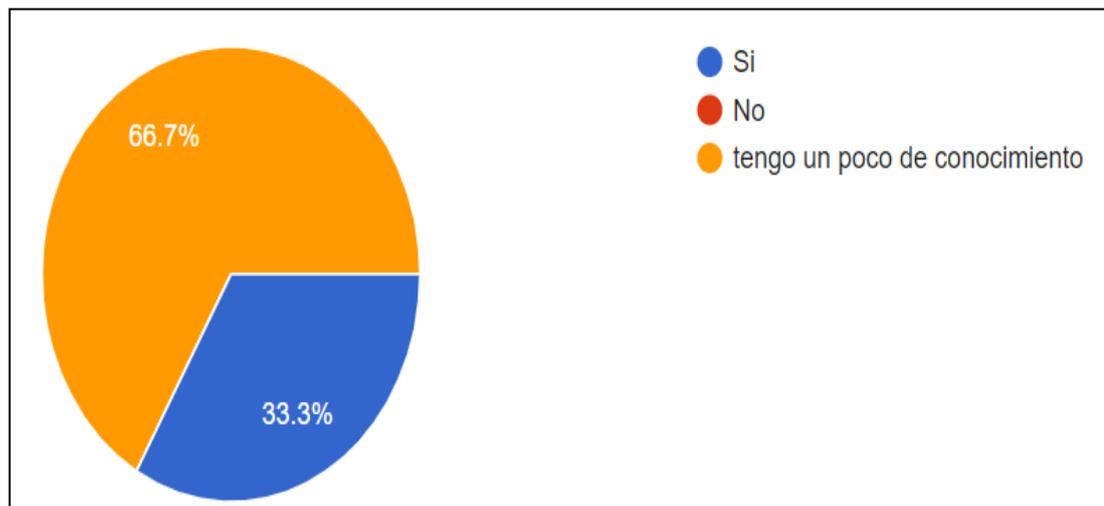


De las personas encuestadas, 6 (50%) personas indicaron que tenían un mayor consumo de carbohidratos, 3 (25%) personas indicaron tener un mayor consumo de

vegetales, 2 (16.7%) personas indicaron que tenían un mayor consumo de carnes y 1 (8.3%) persona indicó que tenía un mayor consumo de grasas (gráfico 10).

Gráfico 11

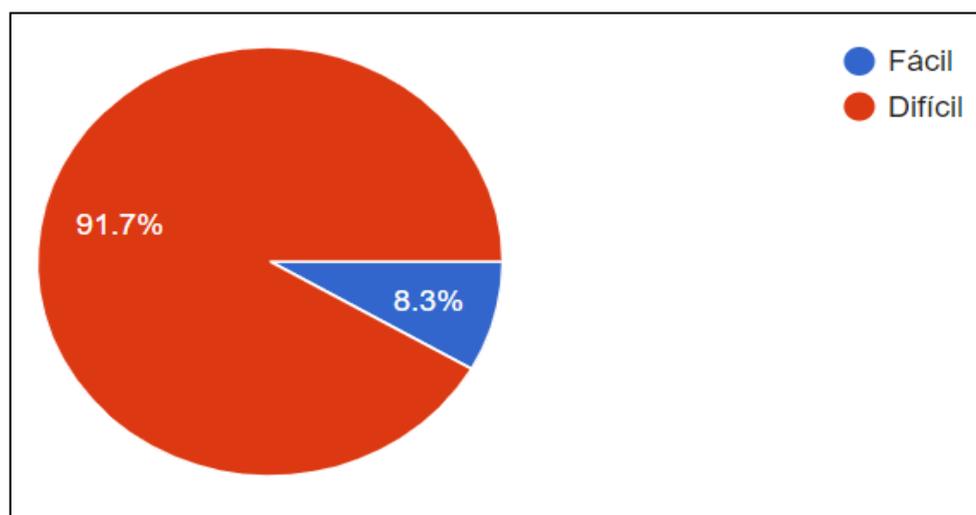
Conocimiento previos alimentos y su enfermedad



De las personas encuestadas, 8 (66.7%) personas indicaron que tenían un poco de conocimiento sobre los alimentos permitidos y no permitidos según su patología, mientras que (33.3%) personas indicaron que si tenían conocimiento en los alimentos permitidos y no permitidos en la patología que padecía (gráfico 11).

Gráfico 12

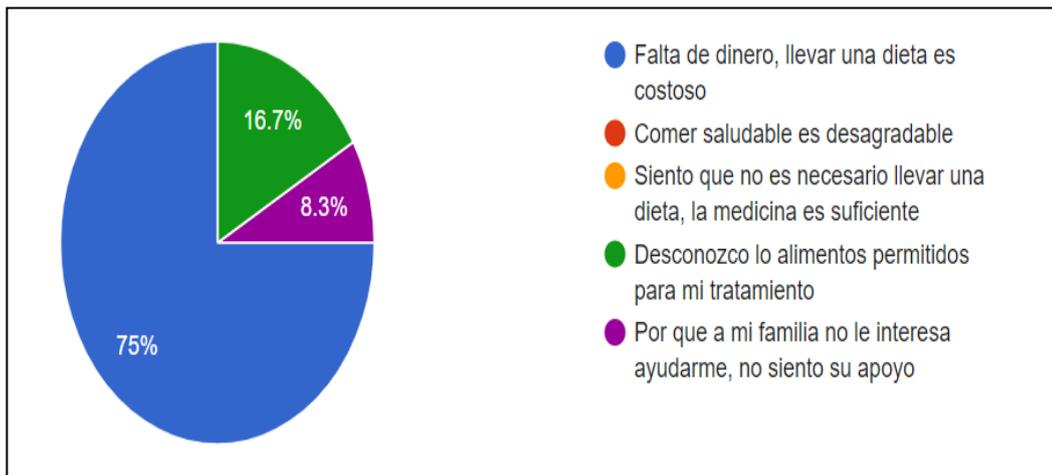
Alimentación saludable



De las personas encuestadas, 11 (91.7%) personas indicaron que llevar una alimentación saludable era difícil, 1 (8.3%) persona consideraba que llevar una alimentación saludable era fácil (gráfico 12).

Gráfico 13

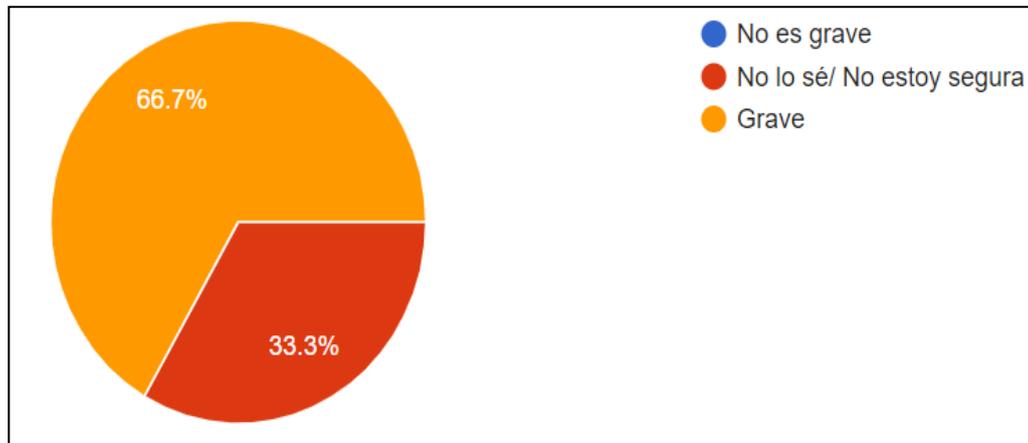
Incumplimiento de tratamiento nutricional



De las personas encuestadas, 9 (75%) personas indicaron que no cumplían el tratamiento nutricional por falta de dinero, 2 (16.7%) personas indicaron que la falta de cumplimiento en el tratamiento era porque desconocían los alimentos permitidos según su enfermedad, mientras que 1 (8.3%) persona indicó que no tenía el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento nutricional (gráfico 13).

Gráfico 14

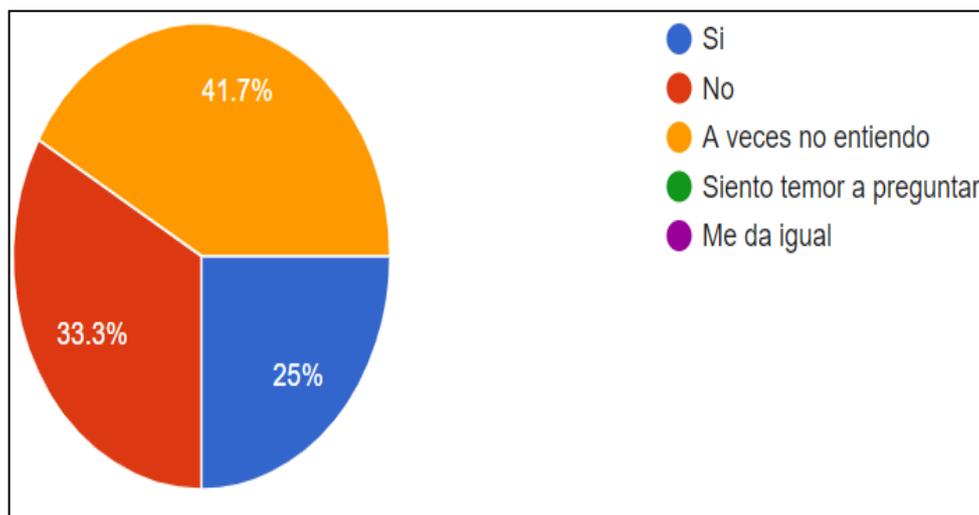
Obesidad



Respecto a la pregunta sobre obesidad, 8 (66.7%) personas indicaron que la obesidad era una condición grave, mientras 3 (33.3%) personas indicaron que no estaban seguras en descifrar si la obesidad era una condición grave (gráfico 14).

Gráfico 15

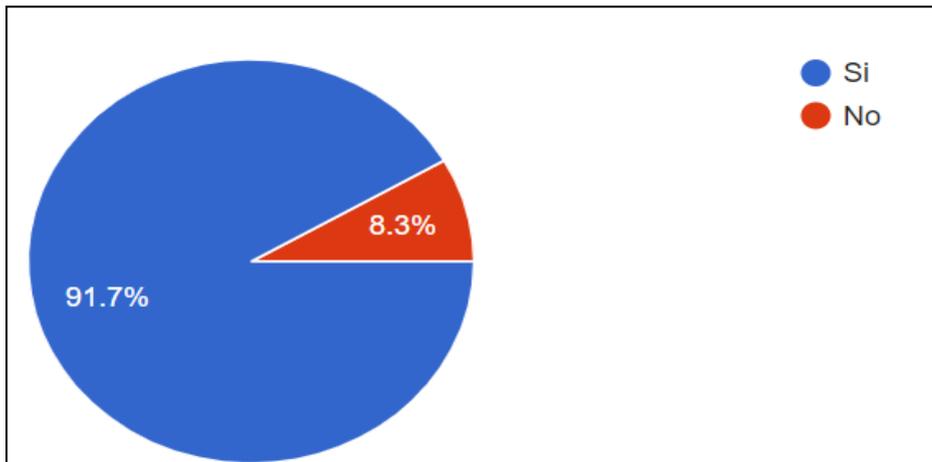
Comunicación asertiva del profesional de la salud



Así también, 5 (41.7%) personas indicaron que a veces no entendían la información que indicaba el profesional de la salud para el manejo del tratamiento, 4 (33.3%) personas consideraban que el profesional de la salud no informaba bien los pasos a seguir previo al tratamiento, mientras que 3 (25%) personas consideraban que el profesional de la salud si lo hacía (gráfico 15).

Gráfico 16

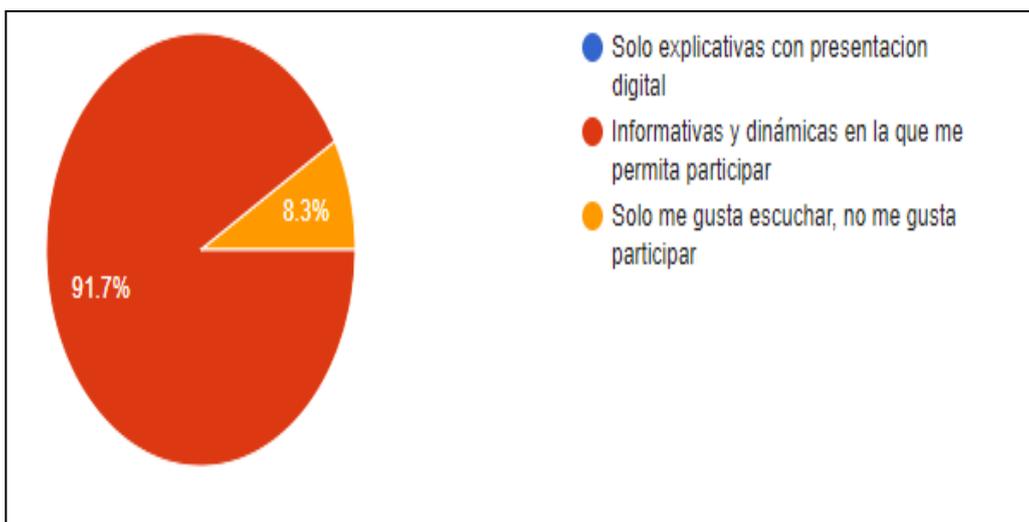
Charlas educativas



Con respecto a las charlas educativas, 11 (91.7%) personas indicaron que las charlas educativas eran útiles para el aprendizaje, mientras que sólo 1 (8.3%) indicó que no consideraba útil las charlas educativas (gráfico 16).

Gráfico 17

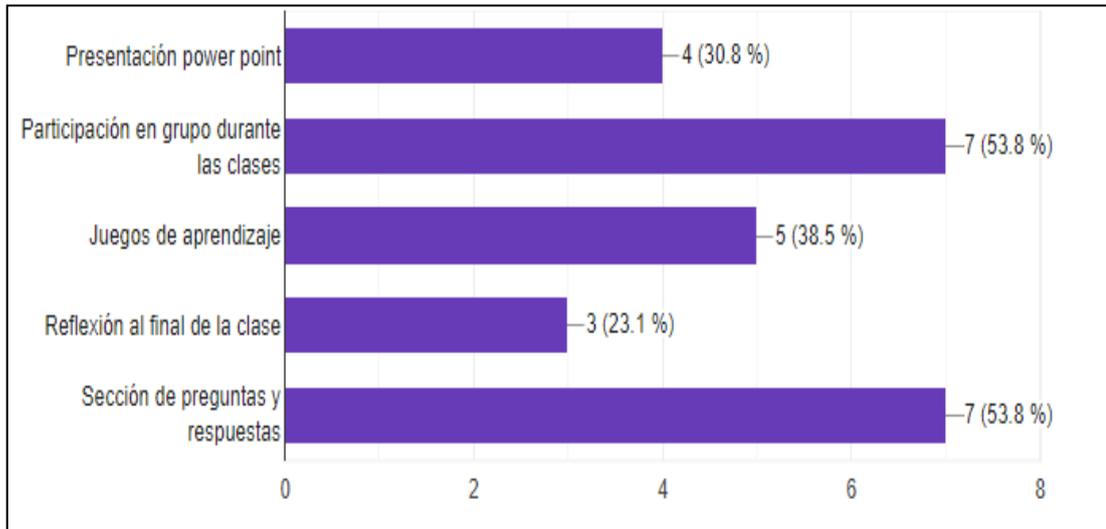
Charlas método educativo



Así también, 11 (91.7%) personas indicaron que las charlas debían ser informativas, dinámicas e interactivas, mientras que sólo 1 (8.3%) indicó que prefería escuchar y no ser participe (gráfico 17).

Gráfico 18

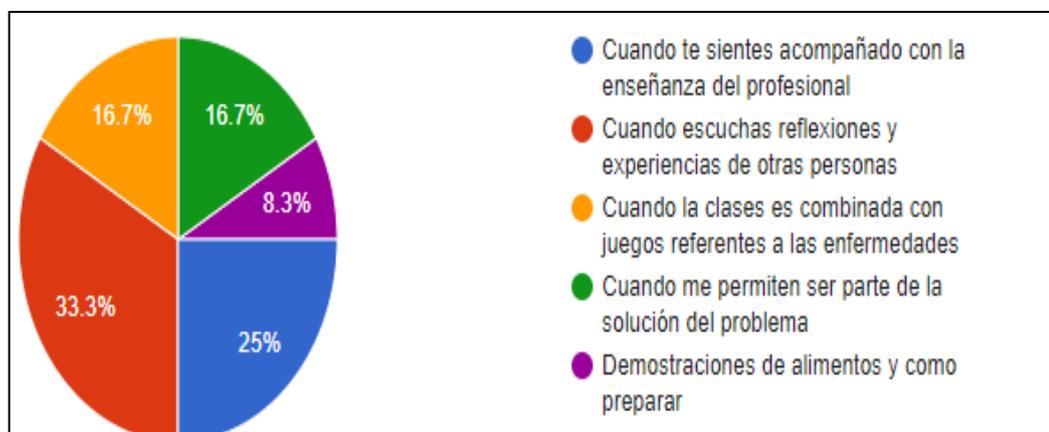
Charlas método atractivo



Por otro lado, el (53.8%) indicó que la clase debería ser participativa de manera grupal para generar un mayor interés. El mismo porcentaje de encuestados (53.8%) señaló la necesidad de incluir una sección de preguntas y respuestas, el (35.5%) indicaron el manejo de actividades a través de juegos y un (23.1%) sugirió una reflexión al final de la clase para una mejor comprensión (gráfico 18).

Gráfico 19

Adaptación de aprendizaje



Cabe señalar que, 4 (33.3%) personas indicaron que aprendían mejor cuando escuchaban reflexiones y experiencia de otras personas, 3 (25%) indicaron que aprendían mejor cuando eran acompañados en la enseñanza por un profesional de la salud, 2 (16.7%) personas indicaron que aprendían mejor con la inclusión de juegos

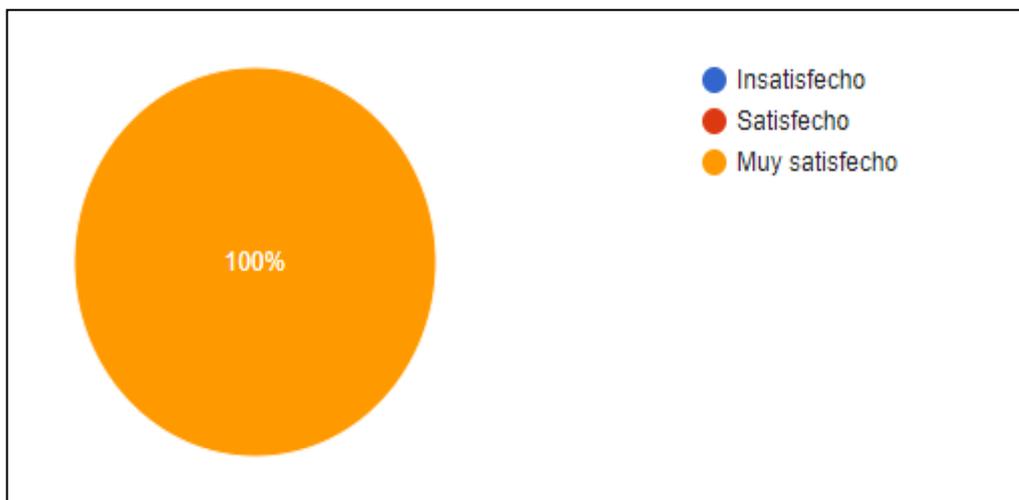
didácticos, 2 (16.7%) personas indicaron que aprendían mejor cuando formaban parte de la solución del problema y 1 (8.3%) persona indicó que aprendía mejor con la manipulación de alimentos y su preparación (gráfico 19).

3.1.1 Actividades post intervención

Para determinar la eficacia del proyecto se desarrollaron 3 nuevas actividades, donde participaron las mismas 12 mujeres, que contestaron la primera encuesta. De ellas, 4 personas analizaron una historieta educativa, y 4 personas analizaron una imagen empleada como recurso didáctico.

Gráfico 20

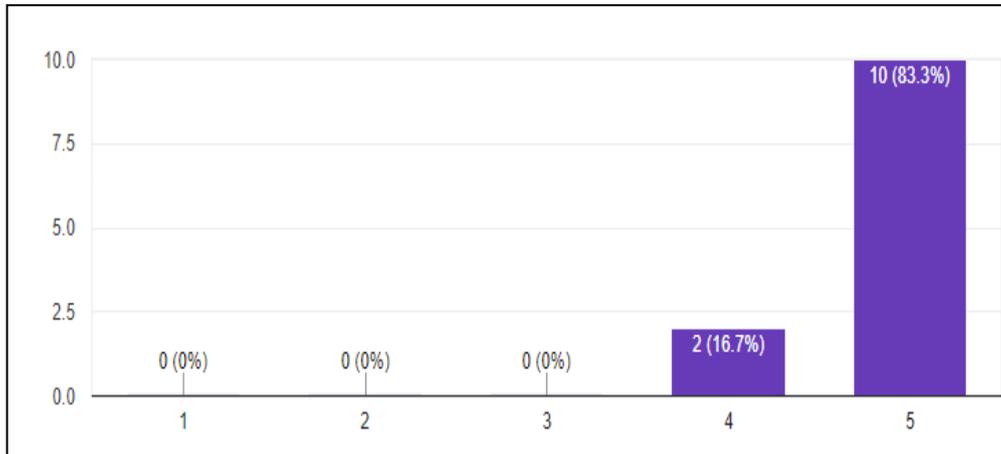
Satisfacción



En cuanto a las encuestas, 12 (100%) indicaron que se sintieron muy satisfechas con las charlas impartidas (gráfico 20).

Gráfico 21

Motivación



También se obtuvo que 10 (83.3%) personas indicaron que las charlas las motivaron para el cumplimiento del tratamiento médico nutricional, 2 (16.7%) indicaron que se sentían un poco motivados (gráfico 21).

Gráfico 22

Beneficio otorgado

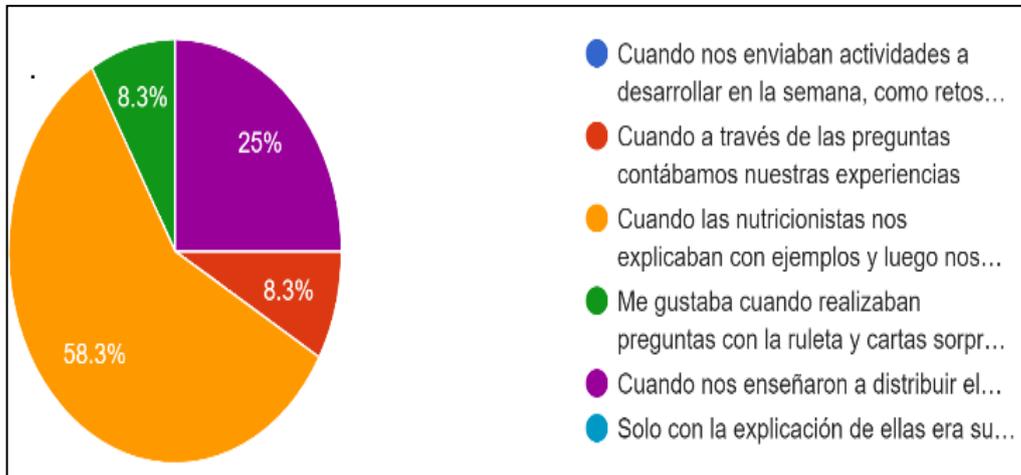


De las personas encuestadas, 8 (66.7%) personas indicaron que luego de su participación en las charlas pudieron por sí mismas, introducir cambios en la alimentación en torno a su enfermedad, 3 (25%) indicaron que las charlas les permitió tener una visión más amplia en las ECNT y su tratamiento, 1 (8.3%) persona indicó

que la charla le permitió conocer los alimentos y su distribución de consumo referente en las diferentes enfermedades (gráfico 22).

Gráfico 23

Actividad más atractiva

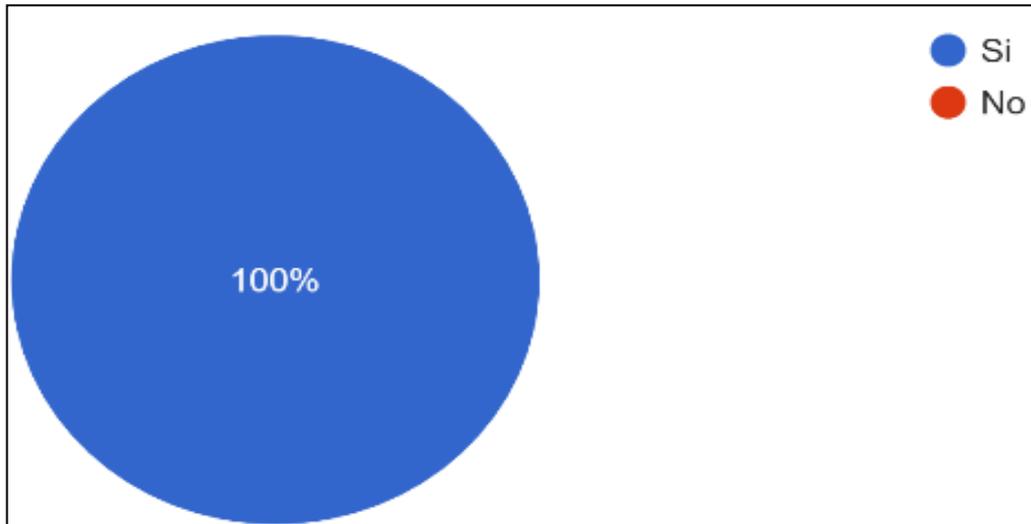


Otro aspecto a mencionar es que, 7 (58.3%) personas indicaron que la actividad más atractiva fue la explicación a través de ejemplos y cuando se les permitió una participación autónoma en el desarrollo de casos siendo ellas las generadoras de la solución. Tres (25%) personas indicaron que la actividad más atractiva fue la elaboración del plato saludable y la corrección de la preparación de acuerdo a los ingredientes permitidos según la ECNT que padecían.

Además, sólo 1 (8.3%) persona indicó que la actividad más atractiva fue la aplicación de preguntas con el uso de herramientas creativas. Finalmente, 11 (8.3%) personas indicaron que la actividad más atractiva fue cuando a través de preguntas se les permitió contar sus experiencias (gráfico 23).

Gráfico 24

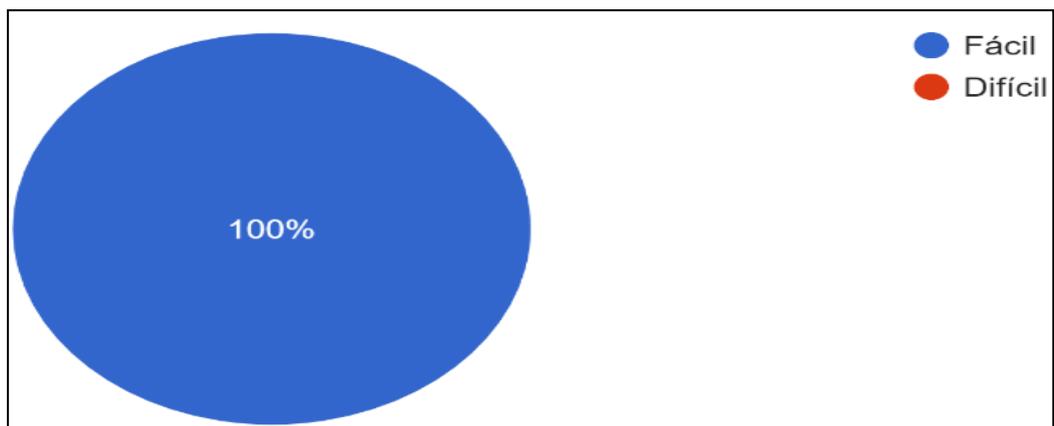
Recomendación



Así también, 12 (100%) indicaron que si recomendarían las charlas a más personas. (gráfico 24).

Gráfico 25

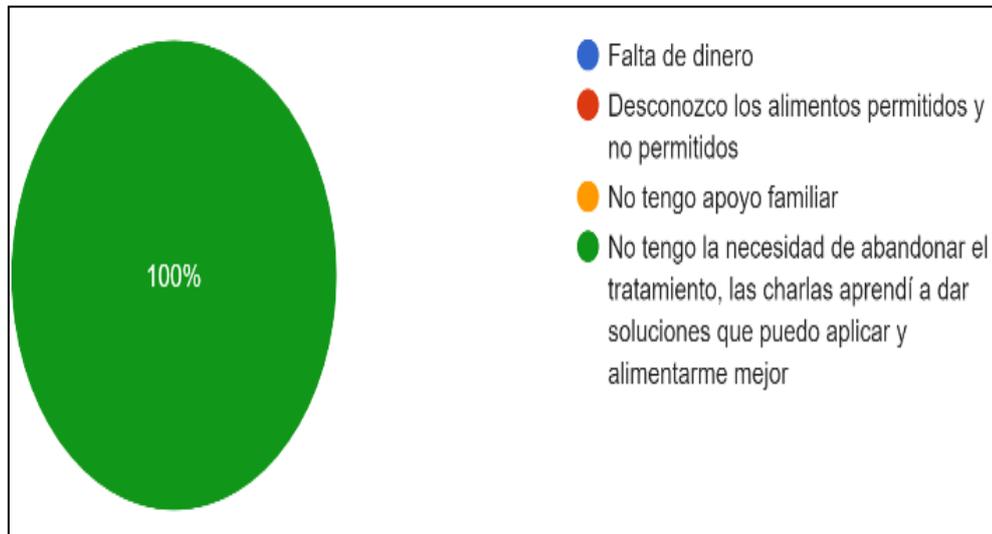
Alimentación Sana



De las personas encuestadas, 12 (100%) indicaron que alimentarse sano es fácil (gráfico 25).

Gráfico 26

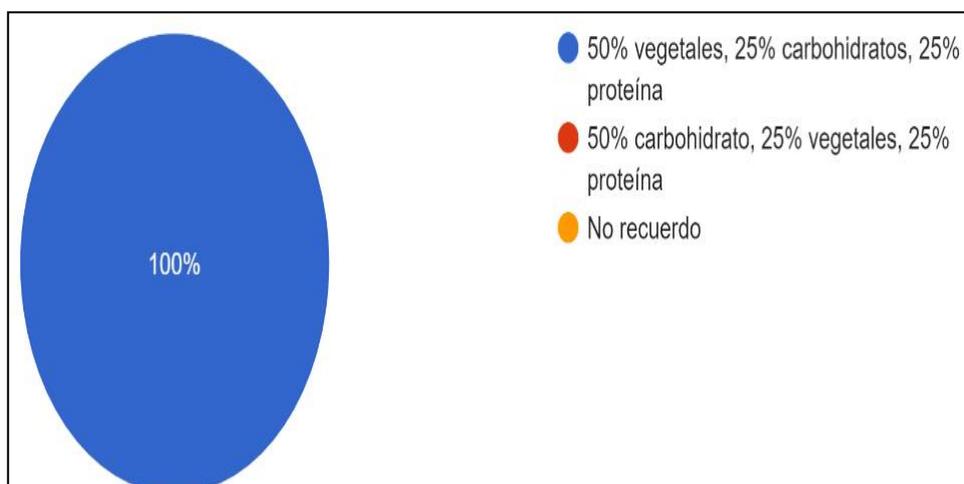
Causa de posible abandono



De las personas encuestadas, 12 (100%) indicaron que luego de las charlas no sentían el deseo de abandonar el tratamiento médico nutricional y que percibieron que podían dar soluciones de forma autónoma a inconvenientes durante su alimentación para un mejor manejo en su tratamiento (gráfico 26).

Gráfico 27.

Plato saludable



Al interrogar sobre la distribución del plato saludable, 12 (100%) indicaron que estaba conformado por 50% carbohidratos, 25% vegetales y 25% proteína,

comprobando que las participantes mantenían vigente este conocimiento aún después de las charlas (gráfico 27).

Gráfico 28

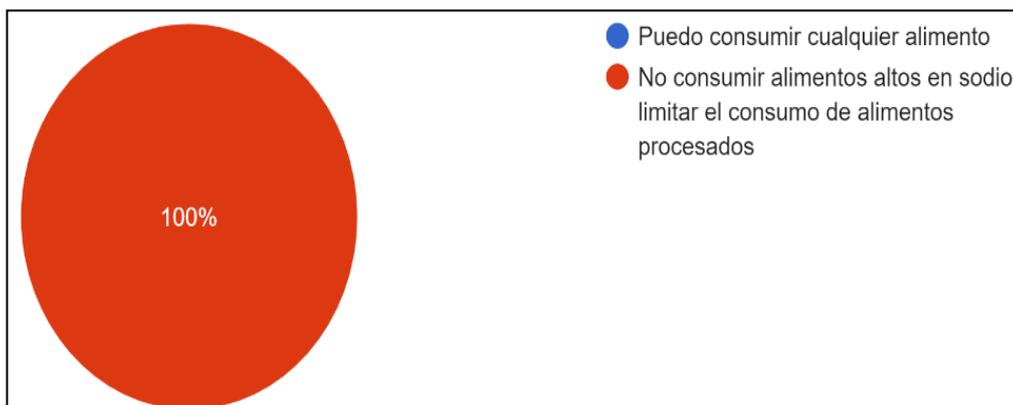
Diabetes



Por otro lado, 12 participantes (100%) indicaron que un paciente diabético debía aprovechar la fibra de las frutas y vegetales por lo que debían ser cocidas a término medio. Además, fueron capaces de identificar las alternativas erróneas (gráfico 28).

Gráfico 29

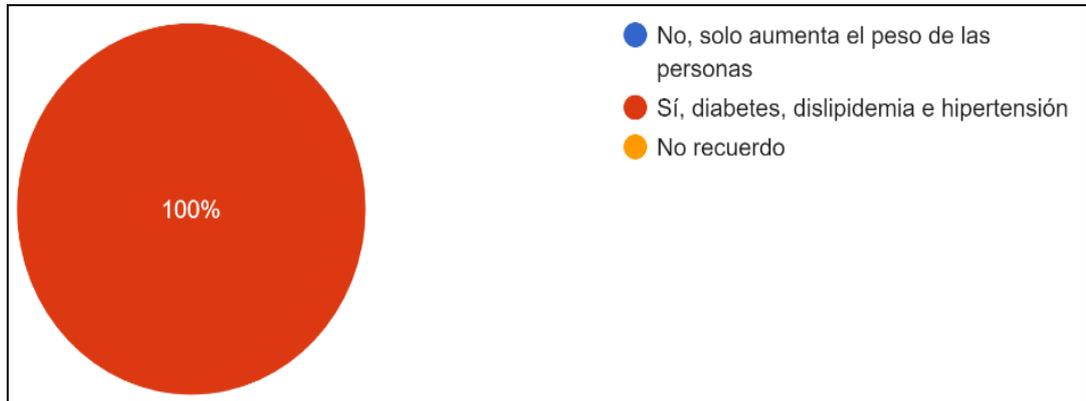
Hipertensión Arterial



De las personas encuestadas, 12 (100%) indicaron que las personas que tenían hipertensión arterial no debían consumir alimentos altos en sodio, y que requerían limitar el consumo de alimentos procesados. Las participantes pudieron identificar la alimentación adecuada para este tipo de pacientes (gráfico 29).

Gráfico 30

Obesidad



De las personas encuestadas, 12 (100%) indicaron que la obesidad puede generar otras enfermedades como diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial. (gráfico 30).

En lo que respecta a las actividades que emplearon la historieta e imágenes como recursos didácticos, se enfocó en el análisis de un caso de estudio titulado “La historia de Andrea”: en donde las participantes corregían los errores de “Andrea” desde su punto de vista según lo aprendido. Se empleó una tabla de resultados que midió los aciertos en la identificación de errores comunes en la alimentación, y la importancia de visitar regularmente al profesional de la salud. Tres participantes acertaron en todas las áreas y sólo una no identificó la necesidad de priorizar de acudir a los profesionales de salud.

Tabla 2

Resultados de la actividad 1

Descripción	Participante			
	#1	#2	#3	#4
Logró entender el problema de Andrea	✓	✓	✓	✓
Priorizó la importancia de acudir con profesionales de la salud	✓	✓	✓	x
Enfatizó la importancia de limitar consejos que se encuentra en internet	✓	✓	✓	✓
Indicó la adecuación del plato saludable	✓	✓	✓	✓
Priorizó la importancia del consumo de fruta y no convertir en jugo	✓	✓	✓	✓
Enfatizó en la alimentación alta en carbohidratos, en este caso la ensalada de remolacha con papa	✓	✓	✓	✓
Reemplazó el tipo de preparación	✓	✓	✓	✓
Priorizó el consumo de agua	✓	✓	✓	✓
Indicó la importancia de las grasas	✓	✓	✓	✓
Total:	9	9	9	8

Actividad #2: “Ayuda a Paula a elegir su alimentación”, actividad basada en las GABAS de Ecuador, a través de una imagen las participantes anotaron los puntos correctos e incorrectos que debían formar parte de las decisiones que la paciente debía tomar para cumplir su tratamiento nutricional. Consistía en acertar mínimo 5 de las respuestas correctas, las pacientes tuvieron un número de aciertos de 5 y 7.

Tabla 0

Resultados de la actividad 2

Descripción	Participante			
	#1	#2	#3	#4
Elegir alimentos naturales y variados	✓	✓	✓	✓
Consumir proteínas magras	✓	✓		✓
Consumir frutas y verduras		✓	✓	✓
Consumir de preferencia 8 vasos de agua	✓	✓		✓
Evitar el consumo de alimentos altos en grasa, procesados y altos en azúcar	✓		✓	✓
Disminuir el consumo de azúcar y sal para prevenir enfermedades como la obesidad, diabetes, hipertensión.	✓	✓	✓	✓
Establecer horarios fijos de alimentos.			✓	✓
Total	5	5	5	7

3.2 Análisis de resultados

Para la realización de un adecuado análisis se realizó un test de conocimientos inicial y un test al final, posterior a las sesiones nutricionales impartidas con el fin de comparar la efectividad del trabajo realizado, y lograr los objetivos propuestos tanto en la conducta como en la actitud del paciente hacia el seguimiento de su tratamiento.

Tomando en consideración la encuesta inicial de medición de comportamientos y actitudes previas se relacionó con los casos evidenciados de porcentaje de pacientes que desertan de su tratamiento médico como se mencionó en un estudio realizado por la universidad de Chile "vida sana" con pacientes con ECNT, existe un porcentaje de más de 51% que deserta un tratamiento. Tomando como base esta información, se generaron actividades colaborativas en cada sesión desde el inicio hasta el final, las mismas se utilizaron como método de análisis de cambios efectuados durante el mismo.

Uno de los puntos analizados fue la percepción del paciente, su concepto de su estado nutricional, su opinión en cuanto a la dificultad de seguir un tratamiento. Este punto fue determinante para la comprensión de la efectividad del tratamiento médico nutricional que les fue proporcionado por el profesional médico. En esta forma, esta interiorización, permitirá mantener un TMN, lograr su sostenibilidad, por ende, eficacia y mejora del paciente hasta de ser factible el caso, la finalización del mismo.

Entre los resultados se mostró que una de las razones por la cual el paciente no toma control de su tratamiento nutricional, o simplemente no le da la importancia necesaria a su alimentación, es porque él mismo se considera sano. Según el gráfico 2 se muestra que la mayoría de los encuestados respondió que se encuentra "sano". Sin embargo, en el gráfico 3 se dan a conocer las enfermedades que padecen los mismos, en donde se observó que la mayoría padece de hígado graso.

En cuanto a la percepción de la alimentación, la mayoría de los encuestados 91.7% manifestó que alimentarse sano era difícil, siendo este pensamiento uno de los factores que causa desmotivación en el cumplimiento del TMN en el paciente en contraposición con una minoría del 18.3% que lo considera sencillo.

También se cuestionó la regularidad con la que visita al médico, si el paciente realizaba visitas regulares. En los resultados se encontró que la mayoría el 41.7% personas asistían al médico sólo cuando se sentían mal, seguido del 25% que sólo asistía al doctor en las recaídas. Esto tiene relación con la falta de motivación del paciente en mejorar su estado de salud, desconocimiento de padecer alguna patología, o la subestimación del estado nutricional actual. Así mismo también se muestra que debido a la percepción del real estado de salud o desconocimiento de la necesidad de la TMN, el paciente deja de consumir el medicamento dado que considera no necesitarlo.

Existe una minoría de pacientes 18.2% que manifiesta consumir un medicamento no recetado por un profesional de salud, esto es otro factor a consideración al momento de verificar la efectividad del tratamiento, ya sea por automedicación, o cualquier fuente no profesional en el área de salud.

Según estadísticas de la OMS, se indica la no adherencia a los tratamientos en un 50% en pacientes que padecen ECNT, 8 de cada 10 de pacientes con obesidad abandonan su tratamiento antes de concluirlo, entre los factores que intervienen es el económico y la falta de guía y correcto soporte por parte de los profesionales de la salud, esto se relaciona a las respuestas de los encuestados, donde el 41.7% de las personas indicaron que no entienden la información que indicada por profesional de la salud (OMS, 2004).

También la parte económica es un pilar fundamental en el seguimiento de un tratamiento, aunque en la actualidad se mantiene una versión genérica de los medicamentos, no obstante, esto no sucede en todos los casos, como se visualiza en el grafico 9, el 50% tiene como impedimento el factor económico, seguido del 27% donde el paciente considera que no necesita la misma

El riesgo del abandono aumenta a un 19% cuando existe una comunicación inadecuada entre el paciente y el personal de la salud (Martínez, 2016), dando concordancia con los datos obtenidos con la encuesta de nuestro estudio, se pudo constatar que el seguimiento incorrecto de la prescripción dietaria por parte del paciente, se debe al desconocimiento en el manejo del mismo, haciendo hincapié a la falta de guía, o una pobre socialización por parte del profesional de la salud. Las dudas y método inadecuado producen en el paciente un descontento en el entendimiento

para percibir el mensaje. En el gráfico 17 el 41.7% manifiesta no entender al profesional de salud, seguido del 33% que considera que el profesional no informa de manera adecuada el tratamiento.

En cuanto al método de aprendizaje elegido, se tomó en consideración preguntas sobre el aprendizaje de los encuestados, para utilizar la forma más efectiva del mismo en las charlas impartidas. se reflejó un mayor porcentaje de pacientes que entienden mejor si se utilizan medios didácticos y participativos en las charlas, esto fue un desafío dado que actualmente por la situación mundial las charlas deben impartirse en carácter virtual. No obstante, se utilizaron herramientas tecnológicas para transmitir la información de manera correcta.

Durante las charlas se obtuvo un resultado positivo de la realización de actividades en tiempo real, como “mostrar lo que tienes en tu nevera”, “crea un menú saludable”, “busca un producto en tu cocina”, “corrige los ingredientes de la preparación”, y “leamos juntas las etiquetas de los alimentos”, el 80% de pacientes tuvo una respuesta acertada. Además, la captación de atención se logró mediante las actividades implementadas “Ruletas de actividades”, “Carta de preguntas” (anexo 4).

Cuando se realizó la segunda encuesta para verificar si los conocimientos actuales, las actitudes, comportamientos y predisposición del paciente persistían, se mantenían después de las charlas impartidas, se evidenció un cambio en la actitud del paciente hacia el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales. Se logró un cambio de percepción de alimentación sana es “difícil”, la mayoría de personas contestó estar motivados a efectuar cambios en base a lo aprendido. Según las respuestas, se señala una participación activa en el tratamiento dietario individual, dado que el paciente aceptó la necesidad de realizar cambios en su alimentación; con lo que se demuestra el reconocimiento de la necesidad de alimentarse sano, lo cual no existía al inicio del proyecto.

Analizando las respuestas en esta última evaluación, todos los pacientes acertaron en que la obesidad puede generar otras enfermedades como diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial, esto permitió verificar que las pacientes tienen mayor conocimiento. (gráfico 29). Los resultados en su totalidad al ser positivos demuestran que el uso de charlas, juegos, actividades recreativas y lúdicas y basadas

en el constructivismo son efectivas en el aprendizaje activo, teniendo la educación nutricional como prioridad en todas las actividades implementadas.

Así también, las actividades que se efectuaron post intervención, sirvieron para corroborar los resultados obtenidos, y evaluar el aprendizaje del paciente, mostró resultados satisfactorios. Los pacientes fueron capaces de reconocer los errores en los pasos previstos. Así mismo, se evidenció la capacidad de corregir errores en casos externos, por lo que es probable que pueda hacerlo de manera autónoma en el caso propio.

CAPÍTULO 4

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Se han identificado dos debilidades en este proyecto, la primera fue el modo de trabajo, modalidad virtual, vía online, debido a la emergencia sanitaria mundial que atraviesa el país. Las medidas de bioseguridad de la entidad religiosa no permitieron contacto físico, por lo cual no se pudo trabajar en equipo de manera física. Sin embargo, se crearon vínculos sociales a través del trabajo en equipo mediante “rooms” de “zoom” y se planeó el uso herramientas digitales como, por ejemplo “quizizz” y “kahoot”, las cuales son aplicaciones en línea para realizar las actividades previstas.

La segunda debilidad a mencionar fue el analfabetismo tecnológico o digital, propio de la edad de la población participante, lo cual impidió el uso de las herramientas mencionadas. A pesar de estas limitantes, no fue un obstáculo para cumplir el objetivo. El interés, la organización y la confianza reflejada hacia la orientación profesional proporcionada, fueron una gran fortaleza que permitió orientar a las participantes, en los aspectos que desconocían sobre la enfermedad crónica que padecían y su tratamiento.

Una fortaleza del proyecto fue el conocimiento en la utilización de actividades en tiempo real durante las sesiones, actividades de interacción profesional-paciente, como por ejemplo actividades de rueda de preguntas, complete la frase, etc. Gracias a esto se logró la captación de atención en su totalidad, permitiendo que las participantes derrumben dudas, mitos y se generó reflexión en cada una de ellas.

Las actividades didácticas basadas en el constructivismo de conceptos sobre ECNT, generó mayor interés y participación en las charlas y las actividades como juego

de roles crearon conciencia sobre la situación real por la que atravesaba cada participante en su tratamiento, logrando en ellos, un aprendizaje significativo.

La aplicación de actividades lúdicas como herramientas de seguimiento, enfocadas en medir la interiorización de los conocimientos impartidos en un tiempo posterior a 1 mes de culminar las charlas, fue determinante para corroborar si el presente trabajo cambió la perspectiva inicial de los participantes o si esta se mantenía. El desarrollo de la encuesta final y dos casos de estudios a través de historieta y una imagen gráfica, permitieron triangular la información para conocer la situación de actual nuestras participantes en cuanto a su perspectiva de la alimentación y el conocimiento sobre temas de ECNT. Las respuestas fueron respaldadas con la rúbrica que detalla el número de aciertos, las mismas demostraron que las participantes fueron capaces de reconocer errores y que estaban dispuestas a realizar cambios para la mejoría de su tratamiento de manera autónoma.

Los resultados muestran que es posible realizar cambios en el paciente, cambiar la percepción, actitud y comportamiento del paciente hacia su salud, su tratamiento nutricional, y lograr cambios significativos en el TMN a través de la introducción de actividades basadas en evidencia científica que generen autorreflexión y con ello, un aprendizaje significativo. Así también, el uso de actividades lúdicas permite contextualizar el tema impartido en las charlas, con la realidad que viven los pacientes mediante un ambiente de aprendizaje relajado que les permite identificar ideas erróneas y mitos, relacionándose con el aspecto psicosocial del individuo. Finalmente, la aplicación de actividades didácticas en entornos de aprendizaje virtual con herramientas lúdicas basadas en el constructivismo, en una población con un grado de analfabetismo digital, fueron capaces de crear asombro y motivar la participación la participación autónoma y colaborativa. De esta forma tanto el paciente es el eje central de su propio aprendizaje, siendo el profesional de la salud un facilitador, un acompañante y motivador en el empoderamiento del paciente en la importancia de ser el protagonista en el control y mejoría de su enfermedad.

4.2. Recomendaciones

- Planificar sesiones espaciadas durante el día, para un mayor abordaje de temas en horarios diferentes.
- Se recomienda ubicar una de las sesiones en un horario previo a la preparación de alimentos, donde las pacientes puedan compartir de manera más didáctica su forma de alimentación. Esto también permitiría un mayor incremento de interés.
- En base a las debilidades identificadas durante el proceso de intervención nutricional, es recomendable realizar una corta capacitación a los pacientes sobre el manejo de las aplicaciones virtuales a utilizar en las charlas, previo a las sesiones, con el fin de un fácil manejo de estas, y lograr que todos participen en la actividad.
- El presente trabajo puede ser implementado o reproducido en brigadas, consultas privadas, talleres de capacitación, clubes para diabéticos, asociaciones relacionadas a ECNT.
- Como parte del seguimiento del proyecto, con el fin de reconocer la apropiación de conocimientos por parte de los participantes, es recomendable la realización de más actividades como las empleadas durante el proceso de capacitación con el fin de monitorear cambios en los pacientes.
- La familia cumple un rol fundamental en el apoyo de hábitos alimentarios del paciente con ECNT, por ese motivo es necesario incorporar en alguna parte del proceso, la asistencia de algún familiar en las sesiones, de esta manera el invitado aprenda como ayudar al paciente y participe de las actividades con él.

BIBLIOGRAFÍA

Cabrera A., & Gustavo A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 129–138. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>

Cáceres Flor de María, & Orozco Luis. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005

Costa Romina, Gutiérrez Ana, Daniela Valdivieso, & Lorena Carpio. (2018). *Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*.

ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.

Francisco Diez-Canseco, Alessandra Pincé, Mauricio Toyama, & Ysabel Benate-Galvez. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, 131–136.

Ortiz Granja, D. (2015, December 30). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Sophia: Colección de Filosofía de La Educación*, 93–110. <https://doi.org/10.17163/soph.n19.2015.04>

Pamela Pérez. (2015). *86% de pacientes abandona el tratamiento nutricional del programa "Vida Sana."* Universidad de San Sebastián.

Ramos Morales, L. E. (2000). Revista cubana de angiología y cirugía vascular. In *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular* (Vol. 16, Issue 2). Editorial Ciencias Médicas.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

OPS. (18 de junio de 2020). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de Organización panamericana de la salud : <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Biggers, A., & Jame, R. (29 de Septiembre de 2018). *Dyslipidemia: What You Need to Know*. Obtenido de healthline: <https://www.healthline.com/health/dyslipidemia>

Edacom. (10 de julio de 2019). *¿QUÉ ES LA ENSEÑANZA CONSTRUCTIVISTA?* Obtenido de Edacom tecnología educativa : <https://blog.edacom.mx/que-es-constructivismo>

Franco, A., & Sánchez, P. (2019). Un enfoque basado en juegos educativos para aprender. *Educação e Pesquisa*, 45. doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201945184114>

Martínez, C. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1). Obtenido de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/353>

Naranjo Hernández, Y. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Revista Finlay*, 6(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es&tlng=es.

- Nowicka, K., Jarmoszewicz, K., & Zemła, A. (2018). Constructivism in patient education: using drawings to explore preconception of coronary artery disease. *Kardiologia Polska*, 76(8). doi:DOI: 10.5603/KP.2018.0165
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo* . Obtenido de Organización mundial de la salud : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- OMS. (13 de abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de Organización mundial de la salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- RajeevGupta, D. (Agosto de 2018). Hypertension: The most important non communicable disease risk factor in India. *Indian Heart Journal*, 70(4). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.02.003>
- Reyes, M. (Octubre de 2017). ELABORACIÓN DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PARA.
- Ricardo Gómez, A. M. (21 de junio de 2014). Treatment of type 2 diabetes mellitus in patients with chronic kidney disease. *Medicina Clínica*, 142(2). doi:<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.10.011>
- Rivas, R. (marzo de 2016). *METODOLOGÍA LÚDICA PARA LA MOTIVACIÓN DEL APRENDIZAJE*. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/84/Rivas-Lisbeth.pdf>
- Saldarriaga, P., & Bravo, G. (22 de julio de 2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía. *Las ciencias*, 2. Obtenido de <file:///C:/Users/LENOVO2021/Downloads/Dialnet-LaTeoriaConstructivistaDeJeanPiagetYSuSignificacio-5802932.pdf>

Tenny, S., Brannan, G., & Sharts, N. (2021). Estudio Cualitativo. *StatPearls*.
Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

Yturalde, E. (27 de febrero de 2021). *¿QUÉ ES LÚDICA?* Obtenido de
UNLIMITED LEARNINGS: <https://www.ludica.org/ludica.html>

ANEXOS

ANEXO 1. Evidencia fotográfica de gráficos publicitarios de los diferentes temas ECNT.

Publicidad obesidad y sobre peso, diabetes e hipertensión



Anexo 2. Evidencia fotográfica charla ZOOM.



Anexos 3. Planificación de actividades

Charlas educativas nutricional en el tratamiento médico nutricional de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles		
Fecha Programadas: 7 al 28 de julio		
Grupo edad: 30 a 65 años		
Institución: grupo de mujeres de la comunidad religiosa llamada “Alborada de Fe”		Educadoras: Carolina Carrera, Gardenia García
Contenido: Introducción piloto ECNT		
		Fecha: 7/06/2021
		Semana: #1
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la información previa del paciente referente a términos nutricionales - Conocer la capacidad participativa inicial de la población muestra. - Incrementar el interés de los participantes previo a las charlas 	
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de los participantes. -Sondeo de conocimiento: ¿Qué pensamos al escuchar el termino ECNT? - Aplicación de juego de cartas basadas en preguntas de nutrición y actividad física, (en este punto se usará como herramienta el programa “menti” y “wordwall”). - Conceptos básicos: temas a tratar: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos, nutrición, tratamiento, diabetes, obesidad y sobrepeso, hipertensión. • Adherencia del paciente 	
	Herramienta didáctica	Juego de carta sorpresa
Materiales y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> -Plataforma de Zoom: para impartir la charla y proyectar diapositivas, imágenes y conceptos importantes. (Se proveerá de todos las participantes el link necesario según la actividad realizada con los diferentes programas). -Programa en línea:” Meti” y “Wordwall “ 	

Actividad de refuerzo	<p>¿Qué fue lo que más te agradó en la charla?</p> <p>¿Cuáles son tus dudas?</p> <p>¿Qué esperan en las siguientes charlas?</p>			
Evaluación	<p>Participación voluntaria en el llenado de la encuesta. La misma permite la valides en la participación a las siguientes semanas</p>			
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar: ¿Qué es el IMC y como se calcula? • Medir el peso en una balanza • Tener a mano una cinta métrica • Anotar su alimentación en el transcurso de la semana 			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Contenido: Obesidad y Sobrepeso</td> <td style="width: 25%;">Fecha: 14/06/2021</td> <td style="width: 25%;">Semana: #2</td> </tr> </table>		Contenido: Obesidad y Sobrepeso	Fecha: 14/06/2021	Semana: #2
Contenido: Obesidad y Sobrepeso	Fecha: 14/06/2021	Semana: #2		
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> -Impartir conocimiento en sobrepeso y obesidad -Incentivar al participante en crear técnicas de una buena alimentación a través de la distribución del plato saludable. 			
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de conocimiento: ¿Qué pensamos al escuchar la frase, somos lo que comemos? ¿Que eres tú? • Identificación de tipo de hambres, actividad para determinar dos tipos de hambre olfativa y visual. • Olfativa: toma un alimento como canela, naranja, vainilla, debes oler el alimento y describe tus emociones, ¿a qué te recuerda?, ¿te apetece algún platillo con dicho olor? • Visual: a través de dos imágenes ¿Qué es lo primero que se te viene a la mente? ¿te apetece consumirlo? ¿Por qué lo comerías o por qué no? • Momento pensativo: ¿Qué tiene de malo el sobre peso y la obesidad? • Indicador de IMC y circunferencia de cintura: calcula el índice de masa corporal de Juana, usar una cinta métrica para medir su cintura. • Mencione 3 soluciones de la obesidad (aplicación “Mentimeter”). • Reflexionemos, mi experiencia: ¿Qué es una dieta?, cuéntanos acerca de alguna experiencia que tuviste con 			

	<p>una dieta que hiciste o te envió tu médico, ¿funcionó?, ¿cómo te sentiste?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución de plato saludable ideal: ¿está bien distribuido este plato?, En una hoja dibuja un plato y crea tu menú ideal referente al plato saludable aprendido, explícalo. • De que tengo hambre en realidad: describir la situación, ¿para qué comí? ¿Cuál fue la emoción/ estado displacentero, de que tengo hambre (emoción contraria), ¿qué actividad me proporcionan el estado anhelado?
Materiales y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma de Zoom para impartir la charla, proyectar diapositivas, imágenes y conceptos importantes. (Se proveerá de todos las participantes el link necesario según la actividad realizada con los diferentes programas) • Programa en línea Mentimeter
Actividad de refuerzo	¿Qué fue lo que más te agrado de la charla de Sobrepeso y Obesidad?
Tarea	Actividad semanal en casa: realizar la actividad YO ME COMPROMETO, aprendida durante la charla. El sorteo de las diferentes actividades se plantea mediante el uso de la ruleta aplicada en WORWALL, el contenido de las actividades se basa en ejecutar ejercicio, beber 8 vasos de agua, comer ensalada, distribuir plato saludable y mostrarnos una foto.
Contenido: Diabetes	
Fecha: 21/06/2021	
Semana: #3	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> -Impartir conocimiento en Diabetes -Incentivar al participante en crear técnicas de alimentación en diabetes. - identificar alimentos permitidos y no permitidos

Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de conocimiento: mencione 3 palabras que sean más común al escuchar la palabra diabetes (en este punto el uso de “Mentimeter”). Conceptos básicos en diabetes: • Alimentos, nutrición, tratamiento, adherencia del paciente, índice glucémico del alimento cuando llega a la sangre. • Distribución de plato saludable ideal: En una hoja dibuja un plato y crea el menú ideal respetando la porción y preparación de los alimentos para diabéticos, referente al plato saludable aprendido, explícalo
Materiales y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma de Zoom para impartir la charla, proyectar diapositivas, imágenes y conceptos importantes. (Se proveerá de todos las participantes el link necesario según la actividad realizada con los diferentes programas) • Programa en línea “Mentimeter”.
Actividad de refuerzo	¿Qué fue lo que más te agrado de la charla de Sobrepeso y Obesidad?
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar en tus comidas la distribución del plato saludable, muestra evidencia en la siguiente charla.
Contenido: Hipertensión	
Fecha: 28/06/2021	
Semana: #4	
Objetivo	<p>Impartir conocimiento en Hipertensión</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incentivar al participante en crear técnicas de alimentación en la hipertensión. - identificar alimentos permitidos y no permitidos
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de conocimiento: preguntas con el uso de cartas sorpresa (en este punto el uso de Wordwall). Conceptos básicos de hipertensión Arterial: • Alimentos, nutrición, tratamiento, adherencia del paciente, lectura de etiqueta en la cantidad de sodio, categoría de presión arterial, reconocimiento de especias usables en la alimentación de hipertensión Arterial. • Actividad: ¿Qué tienes en tu nevera?, • Modifiquemos los ingredientes de su preparación, convirtiéndolo en una opción más saludable (aplica el uso de las especias).

	<ul style="list-style-type: none"> • Muéstrame un producto: busca en tu cocina algún producto y verifiquemos juntas si contiene mucho sodio o poco sodio (lectura de etiqueta).
Materiales y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma de Zoom para impartir la charla, proyectar diapositivas, imágenes y conceptos importantes. (Se proveerá de todos las participantes el link necesario según la actividad realizada con los diferentes programas) • Programa en línea Wordwall.
Actividad de refuerzo	¿Qué fue lo que más te agrado de la charla de Hipertensión arterial?
Seguimiento	<p>Prueba de conocimiento final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta final • Historia de Andrea • Ayudemos a paula a alimentarse bien.

ANEXO 4. Evidencia fotográfica de herramientas didácticas utilizadas.

Qué pensamos al escuchar el término, ECNT?

Word cloud containing terms: mala alimentación, enfermedad complicada de, transmitir, cirrosis, terrible, riesgo, no, enfermedad crónica, falta de vitaminas, diabetes, enfermedad, cuidado, muerte, cronica, no conozco, adquirida, hipertension.

Dibuja un plato, dentro de él crea tu menú referente al plato saludable aprendido.

Muéstrame un producto

- Busca en tu cocina algún producto y verifiquemos juntas el contenido de sodio.

¿Qué tienes en tu nevera?



Modifiquemos los ingredientes de su preparación, convirtiéndolo en una opción más sana para la salud.



¿Qué le cambiarías?



Hambre visual



Pregunta	Respuestas
¿Qué es lo primero que viene a tu mente al verlo?	
¿Te apetece consumirlo?	
¿Por qué te lo comerías o por qué no lo harías?	
¿Sientes hambre en este momento?	

Calcula la masa corporal

- Juana quiere conocer su IMC, ella considera que está en un peso adecuado ya que no se siente tan mal, pero en ocasiones se agita mucho y eso la preocupa. Su peso es de 80 kg y mide 1,62 m2.
- ¿Cuál es el IMC de Juana y en que rango de peso esta?

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	May Severo

$$\text{IMC} = \frac{80\text{kg}}{1,62\text{ m}^2} =$$

IMC=?

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

¿CONOCES CUÁNTO MIDE TU PERÍMETRO ABDOMINAL?

SEXO	RIESGO		
	Bajo	Alto	Muy Alto
Varón	<94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	<80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm



Dicha medida es un criterio que establece el riesgo de aparición y/o complicaciones de enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, infartos cardíacos, entre otras.

Utilicemos nuestra cinta métrica para medir nuestra cintura



Opina... ¿Es adecuada la distribución del plato? ¿Qué le cambiarías?



ANEXO 5. Actividad final prueba de conocimiento

Historieta: caso de Andrea.

La historia de Andrea, ella es una mujer de 45 años que tuvo un percance en su salud, el médico le diagnosticó obesidad tipo 2 y niveles de glucosa superiores al normal, está próxima a padecer diabetes si no cuida su alimentación, Andrea está dispuesta a cuidar su salud y seguir las recomendaciones necesarias. ¿Crees que Andrea está haciendo las cosas bien?. Escribe los errores que está cometiendo Andrea.



Actividad: ayudemos a Paula.

Paula está en la decisión de consumir alimentos. (Escribe tus recomendaciones de lo que debería consumir y lo que no debería de consumir según la imagen)

GABAS Ecuador: <http://www.fao.org/3/ca9955es/ca9955es.pdf>

Anexo 6. Cuestionario de encuesta realizadas en Google Forms.

Encuesta 1: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdvG0RAqI_Me1Z6lw7fyFzn_p6BOSxx-QbtbuNU-9QLSaPqKHg/viewform

<p style="text-align: center;">ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES</p> <p>Encuesta desarrollada por alumnos de la carrera Licenciatura en Nutrición de Espol. Esta encuesta permite realizar un sondeo piloto sobre los intereses del paciente en la participación de tratamiento médico nutricional, con el fin de descartar posibles obstáculos que inmiscuirse el proceso de participación en su tratamiento.</p> <p>Su participación en la encuesta es de gran ayuda, ya que permite desarrollar nuestro trabajo final de grado que tiene como objetivo desarrollar una actividad lúdica, recreativa y grupal con los pacientes que sufren enfermedades crónicas no transmisibles, a través de la implementación de juegos didácticos, para una participación autónoma en la adherencia y reconocimiento de sus errores en el tratamiento médico nutricional.</p> <p>Por esta razón te invito a desarrollar de forma voluntaria la encuesta. Los resultados del llenado de la encuesta son totalmente confidenciales.</p>
1. ¿Está dispuesta a llenar esta encuesta?
a. Si b. No
2. Edad
a. 18 a 25 b. 25 a40 c. 40 en adelante
3. Se considera usted una persona sana
a. Si b. No
4. Del 1 al 5, ¿Qué tan saludable te sientes? (1 significa poco saludable y 5 muy saludable)
1 2 3 4 5
5. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?
a. Si b. No
6. ¿Qué tipo de enfermedad padece?

<ul style="list-style-type: none"> a. Diabetes b. Hipertensión c. Obesidad y sobre peso d. Hígado Graso e. Otros
7. ¿Qué tan frecuente visita a su doctor?
<ul style="list-style-type: none"> a. 1 vez cada 3 meses b. 1 vez al año, chequeo general c. Únicamente cuando me siento mal.
MEDICACIÓN
8. ¿Toma alguna medicación?
<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
9. ¿En qué horario toma su medicación?
<ul style="list-style-type: none"> a. Todos los días a la hora indicada por el médico b. Solo cuando me acuerdo c. Tomo la medicación cuando creo pertinente
10. ¿Su medicación actual fue receta por un profesional de la salud?
<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
11. Generalmente ¿Quién suele autorizar su medicación ingeridas anteriormente?
<ul style="list-style-type: none"> a. El médico b. Recomendación de familiar c. Tras investigar en Google d. Recomendación de farmacéuticos
12. Normalmente, ¿Se siente desmotivado seguir un tratamiento médico?
<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. no
13. Del 1 al 5, ¿Qué tan desmotivado se siente? (1 significa poco desmotivado y 5 muy desmotivado)
1 2 3 4 5
14. Tendría algún beneficio dejar de consumir su medicamento, ¿Cuál cree que sería?
<ul style="list-style-type: none"> a. Me sentiría bien, no me agrada ser dependiente a medicamentos b. Me sentiría en mal estado y cada día mi salud se deterioraría mas
15. ¿Cuál sería la causa más frecuente para que usted deje de seguir su tratamiento correctamente?
<ul style="list-style-type: none"> a. Por falta de dinero para adquirir el mismo b. Porque me olvido c. Porque me aburro d. Porque siento que ya no lo necesito
NUTRICIÓN

16. ¿Considera Ud. que se alimenta de forma Sana?
a. Si b. No
17. ¿Qué alimentos consume en mayor cantidad?
18. ¿Conoces los alimentos permitidos y no permitidos según el tipo de enfermedades?
a. Si b. No c. tengo un poco de conocimiento
19. considera usted que llevar una alimentación saludable es
a. Fácil b. Difícil
20. ¿Por qué no cumple el tratamiento nutricional para mejorar su condición de salud?
a. Falta de dinero, llevar una dieta es costoso b. Comer saludable es desagradable c. Siento que no es necesario llevar una dieta, la medicina es suficiente d. Desconozco lo alimentos permitidos para mi tratamiento e. Por qué a mi familia no le interesa ayudarme, no siento su apoyo
21. Si fuera el caso en que llevaras una dieta ¿Cuál sería la causa de incumplir?
a. No tengo apoyo familiar b. Cuando me da ansiedad ingiero mucha comida c. Me siento incapaz, soy un fracaso d. La falta de dinero
ACTIVIDAD FÍSICA Y MOTIVACIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL
22. ¿Qué tan grave para la salud cree que sea ser gordo/gordito u obeso?
a. No es grave b. Si es grave
23. ¿Qué tan bueno es hacer ejercicio?
a. No es bueno b. No lo sé/ No estoy seguro/a c. Es bueno
24. ¿Cuánta actividad física realizas al día?
a. 30 min b. 60 min c. No realizo actividad física d. No me gusta

25. ¿Considera que el profesional de la salud le informa bien los pasos a seguir previo a su tratamiento médico y o alimentario?
<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No c. A veces no entiendo d. Siento temor a preguntar e. Me da igual
INTERÉS Y ADAPTACIÓN DEL APRENDIZAJE
26. ¿Considera que actividades como charlas son útiles para usted?
<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
27. ¿Cómo te gustaría que sean las charlas?
<ul style="list-style-type: none"> a. Solo explicativas con presentación digital b. Informativas y dinámicas en la que me permita participar c. Solo me gusta escuchar, no me gusta participar
28. Seleccione las opciones que usted considere ser añadidas para que la clase sea atractiva
<ul style="list-style-type: none"> a. Presentación power point b. Participación en grupo durante las clases c. Juegos de aprendizaje d. Reflexión al final de la clase e. Sección de preguntas y respuestas
29. ¿Cómo aprendes mejor?
<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando te sientes acompañado con la enseñanza del profesional b. Cuando escuchas reflexiones y experiencias de otras personas c. Cuando la clase es combinada con juegos referentes a las enfermedades d. Cuando me permiten ser parte de la solución del problema

Encuesta 2: ENCUESTA DE CONOCIMIENTO.

<https://docs.google.com/forms/d/1dQRrDg-XVLmGmayWRqvrky3yxSSvvEcemLn0g9Htx8/edit>

1. ¿Qué tan satisfecho estas con las charlas impartidas?
a. Satisfecho b. Insatisfecho c. Muy satisfecho
2. ¿Sientes que estas charlas te sirvieron de motivación para cumplir con tu tratamiento médico nutricional? (1 poca motivación y 5 mucha motivación)
1 2 3 4 5
3. La charla me permitió
a. Tener una visión más amplia en las enfermedades y su tratamiento b. Conocer los alimentos y distribución del mismo en las diferentes enfermedades c. Crear mi propia solución frente a mi alimentación y tratamiento de mi enfermedad d. No me permite nada ya que no aprendí nada
4. Para ti ¿Qué actividades fueron más agradable para el entendimiento de la charla?
a. Cuando nos enviaban actividades a desarrollar en la semana, como retos a cumplir b. Cuando a través de las preguntas contábamos nuestras experiencias c. Cuando las nutricionistas nos explicaban con ejemplos y luego nos daban la oportunidad de participar dando nuestra soluciones y punto de vistas d. Me gustaba cuando realizaban preguntas con la ruleta y cartas sorpresas, eso nos ponía a pensar y dar nuestras propias soluciones e. Cuando nos enseñaron a distribuir el plato saludable, corregir preparación, leer etiqueta con sus herramientas muy creativas f. Solo con la explicación de ellas era suficiente sin dar ejemplos ni participación
5. ¿Recomendarías estas charlas a otras personas?
a. Si b. No
6. Después de acudir a las charlas, consideras que alimentarte saludable es:
a. Fácil b. Difícil
7. Después de participar en las charlas, para ti ¿Cuál sería la causa de abandonar el tratamiento médico nutricional?

<ul style="list-style-type: none"> a. Falta de dinero b. Desconozco los alimentos permitidos y no permitidos c. No tengo apoyo familiar d. No tengo la necesidad de abandonar el tratamiento, las charlas aprendí a dar soluciones que puedo aplicar y alimentarme mejor
<p>8. Mi plato saludable debe estar conformado de:</p>
<ul style="list-style-type: none"> a. 50% vegetales, 25% carbohidratos, 25% proteína b. 50% carbohidrato, 25% vegetales, 25% proteína c. No recuerdo
<p>9. ¿Qué debo hacer si tengo diabetes?</p>
<ul style="list-style-type: none"> a. Debo consumir vegetales cocidos en su totalidad, consumir carbohidratos y frutas convertida en jugo b. Debo aprovechar la fibra de las frutas y vegetales por lo que debe ser cocida a término medio porque de lo contrario activa el azúcar propio del alimento c. Solo eliminar el azúcar
<p>10. ¿Qué debo hacer si soy hipertenso?</p>
<ul style="list-style-type: none"> a. Puedo consumir cualquier alimento b. No consumir alimentos altos en sodio, limitar el consumo de alimentos procesados
<p>11. ¿La obesidad puede desarrollar otras enfermedades?</p>
<ul style="list-style-type: none"> a. No, solo aumenta el peso de las personas b. Sí, diabetes, dislipidemia e hipertensión c. No recuerdo

ANEXO 7. Evidencia fotográfica de nuestra participante en las diferentes actividades

- Participantes cumpliendo con las actividades aplicadas en la ruleta yo me comprometo, aplicación del plato saludable y actividad física.



Anexos 8. Evidencia fotográfica del desarrollo de actividad final.

