

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA**



Tesis

**“Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores,
Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.”**

Para Optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición Humana

Autora

Bach. García Heredia Cecilia

Asesora

Mg. Rita Coronel del Castillo
<https://orcid.org/0000-0003-0600-8647>

**Línea De Investigación:
Salud Integral Humana**

**Pimentel, Perú
2024**



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **MG. RITA CORONEL DEL CASTILLO**, asesor (a) del Programa/Escuela de NUTRICION HUMANA; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado/posgrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe presentado por el bachiller. **CECILIA GARCIA HEREDIA**, cuyo Título es: **HABITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRIONAL EN ADULTOS MAYORES, CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS, CHICLAYO 2024**; presentado por el (la) estudiante

CECILIA GARCIA HEREDIA

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 16%, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN** de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 7 de enero del 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rita Coronel", is written over a light-colored rectangular background. Below the signature, the text "Lic. Nut. Rita Coronel Del Castillo" and "CNP. N° 034" is printed in a small, black, sans-serif font.

FIRMA DEL ASESOR



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

Siendo las 06:00 p.m. del miércoles 18 de diciembre del año 2024, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE (A) : MG. ANA MEDINA DEL CASTILLO
SECRETARIO (A): MG. MILAGROS JARA LLEGADO
VOCAL : LIC. MOISES ESPINOZA AGUILAR

La Bachiller : **GARCIA HEREDIA CECILIA**

El título de la Tesis a sustentar es: **HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS – CHICLAYO 2024**

Para optar el Título de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**, obteniendo el siguiente calificativo de **APROBADO POR MAYORIA**.

MG. ANA MEDINA DEL CASTILLO
Presidente (a)

MG. MILAGROS JARA LLEGADO
Secretario (a)

LIC. MOISES ESPINOZA AGUILAR
Vocal

DEDICATORIA

Con inmensa gratitud y profundo amor, dedico este logro a:

Mis padres, pilares fundamentales en mi vida, por su infinito amor, apoyo incondicional y por inculcarme valores invaluable que han guiado mi camino. Gracias por ser mi fuente de inspiración y por creer en mí siempre, incluso cuando yo dudaba.

A mi hermana, confidente y amiga entrañable, por su fe inquebrantable en mis capacidades y por alentarme a perseguir mis sueños. Tu presencia ha sido un faro de luz en los momentos más difíciles.

A mis hijas, mi mayor tesoro y fuente de motivación. A ustedes, quienes llenan mi vida de alegría y significado, les dedico este esfuerzo con la esperanza de inspirarlas a alcanzar sus propias metas.

A mi novio, compañero de vida y cómplice inseparable. Gracias por tu comprensión, paciencia y por ser mi apoyo incondicional en este arduo camino. Tu amor ha sido mi motor para seguir adelante.

A todos ustedes, les expreso mi más sincero agradecimiento. Este logro no sería posible sin su amor, apoyo y aliento.

Con infinito amor y reconocimiento

Cecilia Garcia H.

AGRADECIMIENTO

El camino hacia la culminación de esta tesis ha estado marcado por el apoyo y la colaboración de diversas personas e instituciones a quienes quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, a Dios Todopoderoso, por la sabiduría, fortaleza y bendiciones derramadas sobre mí durante todo este camino.

A mi familia y amigos, por su comprensión, paciencia y por estar siempre presentes para ofrecerme su apoyo incondicional. Su amor y aliento han sido mi mayor motivación a lo largo de este proceso.

A mi estimada asesora, Mg. Rita Coronel del Castillo, por su invaluable guía, paciencia y por compartir sus amplios conocimientos, han sido fundamentales para el desarrollo y enriquecimiento de este trabajo de investigación.

A la Universidad Particular de Chiclayo, especialmente a la escuela profesional de Nutrición Humana con sus docentes quienes participaron en mi formación profesional.

Con sincera gratitud,

Cecilia Garcia

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Título

“Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores,
Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.”

1.2. Autora

Bach. García Heredia Cecilia

1.3. Asesora

Mg. Rita Coronel del Castillo

<https://orcid.org/0000-0003-0600-8647>

1.4. Línea de investigación

Salud Integral Humana

1.5. Tipo de investigación

Cuantitativa, correlacional

1.6. Lugar de investigación

Centro de Salud Paul Harris – Chiclayo

1.7. Duración del proyecto

Fecha de inicio: abril 2024

Fecha de término: 2024

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE FIGURAS	vi
INDICE DE ABREVIATURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I.- INTRODUCCION	4
II.- DESARROLLO	8
III.- METODOLOGIA	24
3.1. Tipo de investigación.....	24
3.2. Diseño de investigación	24
3.3 Operalización de variables	26
3.4 Población, Muestra y muestreo	27
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.6 Procedimiento de recolección de datos	29
3.7 Análisis estadístico de los datos	30
3.8 Rigor Científico y Principios Éticos.....	30
IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	31
V.- DISCUSIÓN.....	40
VI.- CONCLUSIONES.....	42
VII.- RECOMENDACIONES.....	43
VIII.- REFERENCIAS	44

INDICE DE TABLAS

ITEM	PAGE
Tabla 1: Factores sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	39
Tabla 2: Hábitos alimentarios de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	42
Tabla 3: Estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de salud Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	43
Tabla 4: Relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024	44

INDICE DE FIGURAS

ITEM	PAGE
Figura 1: Factores sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	40
Figura 2: Hábitos alimentarios de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	42
Figura 3: Estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de salud Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.	43
Figura 4: Relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024	44

INDICE DE ABREVIATURAS

IMC	Índice de Masa Corporal
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
TEPT	Trastornos de Estrés Post Traumático
MNA	Mini Nutritional Assesment
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENT	Enfermedades no Transmisibles
FBDG	Food Based Dietary Guidelines
ECNTs	Enfermedades crónicas no Transmisibles

RESUMEN

Esta investigación tuvo objetivo determinar la relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024. En cuanto la metodología se utilizó un enfoque de método cuantitativo, de tipo transeccional, con diseño no experimental y correlacional; en una población universo de 132 adultos mayores, con una muestra de 80.

Se aplicó un cuestionario de hábitos alimentarios, una ficha demográfica y cuestionario MNA. Los resultados mostraron que las edades de los adultos mayores fueron de 56 a 88 años, predominó el género femenino. La mayoría procede de zona urbana y tiene nivel primario. La mayor proporción se dedica a labores domésticas. Predominó que los adultos mayores presentaron al menos una enfermedad crónica no transmisible, siendo la de mayor prevalencia la hipertensión arterial.

Referente a los hábitos alimentarios predominaron los no saludables, con un 61.3%.

La mayoría de los adultos mayores, presentaron un estado nutricional bien nutrido.

Concluyendo que existe correlación directa y baja, entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024

Palabras clave: Hábitos alimentarios, Estado nutricional, enfermedades crónicas.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between eating habits and the nutritional status of older adults at the Paul Harris health center, Chiclayo, 2024. Regarding the methodology, a quantitative method approach was used, of a transactional type, with a non-experimental design and correlational; in a universe population of 132 older adults, with a sample of 80.

A questionnaire on eating habits, a demographic sheet and the MNA questionnaire were applied. The results showed that the ages of the older adults were from 56 to 88 years, the female gender predominated. The majority come from urban areas and have a primary level. The largest proportion is dedicated to domestic work. It was predominant that older adults presented at least one non-communicable chronic disease, with high blood pressure being the most prevalent.

Regarding eating habits, unhealthy ones predominated, with 61.3%. The majority of older adults had a well-nourished nutritional status.

Concluding that there is a direct and low correlation between eating habits and the nutritional status of older adults at the Paul Harris health center, Chiclayo, 2024

Keywords: Eating habits, Nutritional status, chronic diseases.

II.- INTRODUCCION

El proceso de senescencia incluye cambios biocosociales vinculados a diversos daños estructurales y cambios en los roles y posiciones sociales. Los ancianos simbolizan el 12% de la población mundial y aumentarán al 22% en 2050 (1); son el 11% en América Latina (2); el 13,0% en Perú (3); y el 8,3% en Lambayeque (4).

Los comportamientos y las dietas poco saludables son un importante factor de riesgo para la salud de las personas mayores, sobre todo para las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento. Esto incluye una mayor vulnerabilidad a las infecciones y la fragilidad, lo que puede aumentar las tasas de morbilidad y mortalidad. (5)

El proceso de envejecimiento se ha acelerado en toda América Latina, aunque el ritmo de envejecimiento difiere según los países, indica la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La población de personas mayores ha crecido, reflejando la mayor esperanza de vida de 75 años. (6)

Asimismo, Según datos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores, o FIAPAM, el 11% de las personas de América Latina y el Caribe tienen más de 60 años, esa cifra aumentará al 17% en 2030 y, en 2050, uno de cada cuatro residentes tendrá más de 60 años y padecerá sobrepeso u obesidad. (7) En una línea similar, Perú no es ajeno a este problema, reconociendo una serie de circunstancias problemáticas a las que se enfrenta este grupo de edad, como los altos índices de violencia, la discriminación por edad y el acceso limitado a los servicios de salud, educación y pensiones. En la actualidad, 3 345 552 personas son ancianos, lo que representa el 10,4% de toda la población. (8)

Además, un examen del estado de las personas mayores en todo el país reveló que consumir muchos alimentos producidos industrialmente puede aumentar fácilmente las probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles que aquejan a los adultos, como diabetes, hipertensión, cardiopatías coronarias, etc. (8)

En una línea similar, el Instituto Nacional de Salud informan de que, en el tercer trimestre de 2020, el 73,2 % de los hombres mayores y el 83,4 % de las mujeres mayores sufrían una enfermedad crónica como diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad o sobrepeso debido a sus elecciones dietéticas. Por lo tanto, además del tratamiento, la intervención nutricional es crucial. (9)

En el Centro de Salud Paul Harris, los adultos mayores presentan enfermedades crónicas relacionadas en su mayoría por una mala y deficiente alimentación; enfermedades como diabetes, desnutrición y problemas cardiovasculares son en su mayoría lo que más aqueja a los adultos mayores del lugar ,esto debido a una mala alimentación y abandono de parte de los familiares lo que se ve reflejado en su estado nutricional, esto sumado a sus posibilidades económicas limitadas hacen que el paciente no demuestre mejoría lo cual conlleva a un sistema inmunodeprimido y una calidad de vida no adecuada.

Ante la situación expuesta se plantea el siguiente problema: ¿Existe asociación entre los hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores del Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024? Mantener una salud excelente y un alto nivel de vida en la vejez requiere una alimentación adecuada. Sin embargo, los estudios anteriores muestran que la malnutrición (desnutrición, sobrepeso u

obesidad) es frecuente en este grupo etario, lo que se asocia a peores desenlaces clínicos.

Por lo tanto, es fundamental comprender el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las personas mayores para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren su salud y bienestar. Este estudio busca aportar evidencia científica que contribuya a diseñar políticas y programas de nutrición geriátrica que respondan a las necesidades de esta población vulnerable; por lo cual se plantea como objetivo general: Determinar la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024 y como objetivos específicos: explicar los factores sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024, conocer los hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024. Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris en Chiclayo, 2024.

El presente estudio se justifica porque al término de este servirá como base y como referencia para la realización de otras investigaciones de mayor complejidad. Así mismo los datos obtenidos proporcionarán información objetiva y precisa sobre las variables en estudio, permitiendo la generación de estrategias efectivas para fomentar una alimentación saludable entre los adultos mayores y prevenir problemas de alimentación que puedan afectar su bienestar general.

Desde un punto de vista práctico, este estudio se orienta en identificar las causas subyacentes del problema de alimentación en este grupo poblacional. Mediante un análisis profundo de estas causas, se podrán formular estrategias personalizadas y factibles

que fomenten hábitos alimenticios saludables, considerando las características y necesidades específicas de cada individuo.

III.- DESARROLLO

3.1 Marco teórico

Esta investigación se basa en algunas teorías sobre la conducta alimentaria se define como el proceso por el cual se ingieren

nutrientes al cuerpo. No obstante, este comportamiento no se limita únicamente a deglutir alimentos, sino que engloba diversos factores que influyen en la manera de hacerlo. Se trata de una serie de actos realizados por una persona impulsada por motivaciones biológicas, psicológicas y socioculturales, todas ellas relacionadas con el consumo de alimentos. (10)

La conducta alimentaria se produce con tanta frecuencia que suele convertirse en un patrón de conducta, lo que significa que se establece como un acto que se realiza en entornos particulares, en momentos específicos y en ocasiones concretas. Algunos podrían referirse a estos comportamientos recurrentes y consistentes como "hábitos". (10)

Una persona puede acostumbrarse a lugares, olores o incluso horas que están determinados por su rutina diaria debido al trabajo o la escuela debido a la gran cantidad de repeticiones (frecuencia). (11)

Desde un punto de vista biológico, los factores bioquímicos y fisiológicos están relacionados con el control y la modificación del comportamiento alimentario. Hormonas como la grelina (la hormona del apetito) y la leptina (la hormona de la saciedad), así como el área ventromedial (el centro de la saciedad) y la parte lateral del hipotálamo conocida como el centro del apetito, median en la ingesta de alimentos. Además, en el proceso de alimentación influyen elementos neurosensoriales como el gusto, el olfato y la vista. (11)

Aunque existen dos técnicas dentro de la perspectiva psicológica, la primera es el enfoque cognoscitivo, que incorpora características mentales, así como variables asociadas a los procesos psicológicos. El método de análisis conductual es el segundo método. Por otro lado, el enfoque cognitivo describe cómo se procesa la información y cómo las estructuras cognitivas influyen en la creación y expresión de la conducta alimentaria; consolida los procesos y

estructuras cognitivas que dan lugar a los hábitos alimentarios. Según este punto de vista, los factores mentales dictan la conducta alimentaria; por ejemplo, se ha demostrado que las personas tienden a comer menos cuando están deprimidas, lo que demuestra cómo el estado de ánimo y las emociones afectan al consumo de alimentos. (12)

Además, la presencia o ausencia de alimentos, la frecuencia de consumo de alimentos durante un periodo de tiempo específico, la cantidad de alimentos consumidos durante un periodo y la duración de una comida son sólo algunas de las variables que permite el análisis del comportamiento alimentario, además de estudiar los factores ambientales que afectan al comportamiento de búsqueda, selección y consumo de alimentos. (12)

Por otro lado, para explicar cómo envejecen los organismos, especialmente los humanos, se han desarrollado diversas teorías complementarias entre sí. Goldstein y Cassidy las clasificaron en dos grupos principales: Según las teorías estocásticas, el envejecimiento es el resultado de cambios aleatorios que se acumulan con el tiempo. Entre ellas se encuentran: Según la idea del error catastrófico, una acumulación de errores en la síntesis de proteínas deteriora la función celular. Teoría del entrecruzamiento: Las proteínas y otras macromoléculas biológicas se entrecruzan para causar el envejecimiento.

La teoría del desgaste afirma que el daño acumulado en los componentes esenciales provoca la muerte celular, lo que en última instancia provoca la desaparición del organismo. La idea más investigada es la teoría de los radicales libres, que fue expuesta por Denham Harman en 1956 y sugiere que el envejecimiento es el resultado de una falta de protección contra el estrés oxidativo y los daños provocados por los radicales libres a lo largo de la vida. En una línea similar, las teorías no estocásticas sostienen que el

envejecimiento está predestinado. La principal es la teoría genética, que sugiere que cada persona tiene un reloj inherente que determina cuánto tiempo vivirá. La teoría del marcapasos, otra teoría estocástica, sugiere que los sistemas inmunológico y neuroendocrino son «marcadores» naturales del inicio del envejecimiento. Esta idea sostiene que la involución de ambos sistemas está predeterminada genéticamente para producirse en etapas concretas de la vida. (13)

La disminución gradual de la composición y las capacidades del sistema inmunitario que se produce con el envejecimiento se conoce como inmunosenescencia. En las personas senescentes, estos cambios conducen a una desregulación del sistema inmunitario, lo que aumenta el riesgo de infección, dificulta la cicatrización y eleva la morbilidad y la mortalidad. (13)

Numerosos estudios han demostrado que los hábitos alimentarios, el estrés, la actividad física, la contaminación atmosférica y el consumo de alcohol y tabaco pueden alterar la expresión génica de todas las personas. Basándonos en estos hallazgos, podemos concluir que el envejecimiento está influido tanto por factores genéticos como extrínsecos.

Respecto a la primera variable los hábitos alimentarios se refieren a un conjunto de comportamientos que definen la interacción entre las personas y su alimentación. Este proceso abarca todas las etapas, desde la elección inicial de los alimentos hasta su consumo final, pasando por su almacenamiento, preparación y distribución. Estos patrones de alimentación son intrincados y surgen de una serie de acciones que están influenciadas por diversos factores, tanto personales como ambientales, y que están profundamente arraigados en el contexto sociocultural del individuo.

Hoy en día, es frecuente que las personas, debido a sus ocupaciones diarias, omitan comidas importantes, especialmente el desayuno. En su lugar, tienden a recurrir a alimentos poco saludables como comida rápida, golosinas y refrescos, lo que resulta en una dieta desequilibrada y potencialmente perjudicial para la salud. (14)

La OMS sugiere una dieta que incluya un 30-35% de grasas, no más de un 10% de grasas saturadas y hasta un 15-18% de grasas monoinsaturadas, con un 12% de proteínas, dos tercios de las cuales deben proceder de animales y un tercio de vegetales. Una dieta saludable debe basarse principalmente en carbohidratos complejos, que deberían proporcionar más de la mitad de la energía total consumida. Se recomienda reducir el consumo de azúcares refinados a no más del 8-10% de la ingesta calórica. También se recomienda evitar el alcohol, hacer al menos tres comidas al día y consumir cantidades moderadas de sal.

Una dieta equilibrada es el sello distintivo de un plan de alimentación ideal que incluye todos los nutrientes esenciales: carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales, en proporciones adecuadas para el organismo.

Por otro lado, un patrón alimentario considerado regular se distingue por un predominio de carbohidratos, vitaminas y minerales en la dieta. En contraste, un patrón alimenticio deficiente se identifica por una dieta que se basa excesivamente en carbohidratos y grasas, descuidando otros nutrientes importantes. (14)

Una dieta saludable es aquella que ofrece todos los nutrientes necesarios para que cada persona mantenga su estado de salud actual, con el fin de promover la protección de la salud y prevenir enfermedades provocadas por excesos, deficiencias o desequilibrios en la dieta. El término "alimentación sana" engloba una serie de ideas, entre las que se incluyen: Variedad, para garantizar el aporte tanto de macronutrientes como de micronutrientes, Suficiencia, para asegurar un suministro adecuado de energía y nutrientes, Equilibrio, con respecto a las raciones sugeridas, El término "adecuación" describe los rasgos sociales y culturales únicos de cada persona. (15)

Además, llevar una dieta equilibrada ayuda a prevenir el desarrollo de tumores malignos, obesidad, osteoporosis, diabetes de tipo 2 y enfermedades cerebrovasculares. Por lo tanto, mejora el nivel de vida de las personas de todas las edades. Los objetivos nutricionales se establecen con el fin de conseguir una dieta nutritiva para crecer y funcionar en las mejores condiciones posibles de salud y bienestar. El consumo total de calorías de la dieta debe modificarse para satisfacer las necesidades únicas de cada persona. La distribución recomendada de macronutrientes es la siguiente: Hidratos de carbono: 55-60% del total, Proteínas: 10-15% del total, Grasas: 30% del total.

Es importante limitar los azúcares simples a no más del 10% del total de carbohidratos consumidos. Se aconseja un aumento gradual a 25-30 gramos de fibra dietética al día. En cuanto a las grasas, se recomienda una distribución equilibrada de ácidos grasos: 10% de ácidos grasos saturados, 10% de ácidos grasos monoinsaturados, 10% de ácidos grasos polinsaturados. Además, se sugiere reducir la ingesta diaria de colesterol a un máx. de 300

mg. Por último, la ingesta diaria de sal no debe superar los 5-6 gramos. (15)

El crecimiento físico, mental y personal de una persona se ve muy influido por su dieta. La alta frecuencia de cambios físicos y el mayor riesgo de trastornos relacionados con la edad caracterizan esta etapa de la existencia de la población anciana. La dieta es crucial en este momento para mantener y controlar su salud. A menudo se sabe que un gran número de personas mayores siguen dietas modificadas y que, en general, se les prohíbe comer determinados alimentos o cocinarlos de determinadas maneras. Esto suele ocurrir a todas las edades, pero a medida que las personas envejecen, estas limitaciones se agravan debido a los peligros potenciales asociados a su uso. Por otro lado, los adultos mayores son menos activos debido a un estilo de vida más sedentario que suele seguir a la jubilación; sin embargo, esto no implica que su apetito disminuya, lo que los hace susceptibles a las enfermedades crónicas no transmisibles. (16)

Las necesidades dietéticas de un adulto mayor incluyen el mínimo de calorías, agua, macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono y grasas) y vitaminas y minerales necesarios para un crecimiento y funcionamiento saludables del organismo. Estas necesidades son propias de cada persona y están influidas por su edad, sexo, características físicas, estado biológico o patológico y grado de actividad física. En este contexto se habla de "gasto energético basal", es decir, el mínimo de calorías que el organismo necesita en reposo para funcionar correctamente. Dado que los requisitos generales son para individuos sanos y que cada estado patológico específico exigirá una prescripción nutricional diferente, es crucial considerar cómo deben distribuirse estas calorías con respecto a los distintos componentes de la dieta. (17)

Las proteínas colaboran en el transporte de oxígeno y grasas, son componentes de algunas hormonas, enzimas (sustancias que permiten diversas reacciones corporales), inmunoglobulinas o anticuerpos que ayudan en las defensas del organismo, intervienen en el desarrollo de los tejidos corporales y favorecen el crecimiento del pelo y las uñas. Los alimentos ricos en proteínas completas deben incluirse porque ayudan a mantener sanos nuestros órganos, tejidos (huesos, músculos) y sistema de defensa para que podamos combatir infecciones y enfermedades. (18)

En la dieta de las personas mayores saludables, las proteínas deben constituir entre el 10% y el 15% del total de calorías consumidas. Esto se traduce en aproximadamente ingesta diaria de un gramo de proteínas por kilogramo de peso corporal. Es crucial destacar que existen ocho aminoácidos considerados esenciales, los cuales el cuerpo humano no puede producir por sí mismo. Por lo tanto, estos aminoácidos deben obtenerse a través de la alimentación. Para garantizar que el cuerpo reciba todos los aminoácidos esenciales necesarios, es aconsejable incorporar en la alimentación proteínas consideradas de alta calidad nutricional. Estas proteínas, conocidas por su alto valor biológico, se encuentran predominantemente en productos derivados de animales. La razón de su importancia radica en que estos alimentos proporcionan la totalidad de los aminoácidos esenciales en cantidades y proporciones óptimas para satisfacer los requerimientos del cuerpo humano. De esta manera, se asegura que el organismo disponga de todos los componentes proteicos fundamentales que no puede sintetizar por sí mismo. (18)

La fuente de energía más asequible y cómoda son los hidratos de carbono. Los alimentos ricos en carbohidratos son también la

principal fuente dietética de fibra. El senescente necesita aproximadamente 4 g/kg al día, o el 55-60% del contenido energético total.

Además de proporcionar energía, las grasas también ayudan a regular la temperatura corporal, protegen órganos vitales como los riñones y el corazón, ayudan a la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E y K), son necesarias para la síntesis de algunas hormonas y aportan ácidos grasos esenciales (linoleico y linolénico) que el organismo no es capaz de producir por sí mismo. Suministran ácidos grasos vitales (linoleico y linolénico) que el organismo es incapaz de sintetizar por sí mismo y son necesarios para la síntesis de varias hormonas. Existen tres tipos principales de grasas: Saturadas: Principalmente de origen animal (mantequilla, crema, manteca, etc.) Monoinsaturadas: De origen vegetal (aceite de oliva, aguacate, nueces) Poliinsaturadas: Mayormente de origen vegetal (aceites de semillas, pescado azul, frutos secos); Además de las grasas, los elementos reguladores como vitaminas, minerales, agua y fibra son cruciales para el funcionamiento del organismo. Por esta razón, se aconseja incluir verduras y frutas frescas en la dieta diaria. (19)

En cuanto a la segunda variable, el estado nutricional del organismo, que surge del equilibrio entre el consumo de alimentos y su utilización por el organismo. El estado nutricional y de salud de la población está estrechamente relacionado con la prevalencia de una serie de enfermedades que se asocian a un índice de masa corporal (IMC) elevado y a una distribución central de la adiposidad corporal, como la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus de tipo 2, el síndrome X y algunos tipos de cáncer. El estado nutricional de las personas mayores se ve afectado por el complejo fenómeno del envejecimiento, que implica cambios

celulares, moleculares y fisiológicos. Los malos hábitos alimentarios que persisten a lo largo de la vida afectan a la salud nutricional de la persona y contribuyen al desarrollo gradual de problemas de salud y al deterioro fisiológico. (20)

En cuanto al estado nutricional, podemos determinar su evaluación como una medición de los indicadores nutricionales que están relacionados con los estados de salud; con la finalidad de identificar la naturaleza, ocurrencia y extensión en el estado nutricional, se aprecian las medidas antropométricas, que emplea mediciones en la composición del cuerpo y sus dimensiones físicas. Así también el peso que estima la masa corporal mediante kilogramos, siendo medida aproximada de las reservas totales de energía del cuerpo. Dependiendo del estilo de vida, salud, edad, sexo, etc. También se tiene en cuenta la talla, descrita como la medición antropométrica de la estatura o tamaño de la persona, siendo referencial gracias a los cambios en la postura, la compresión vertebral o la pérdida del tono muscular que perturban la medición. Como forma de medición tenemos el Índice de masa corporal (IMC): El índice de Quetelet lo determina, y para calcularlo se utiliza la siguiente fórmula: El estadístico belga Adolf Quetelet creó la fórmula matemática "IMC = peso (kg) / (altura (m)) ²", que también se conoce como índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC). En la cual determina delgadez: que es definida por la valoración nutricional como una falta de relación entre la talla y la masa corporal. Determinado con un indicador menor a 23, en personas mayores. Sobrepeso que es clasificada por la valoración nutricional, superando el peso normal. Determinado con un indicador de masa corporal menor a 32 y mayor o igual a 28 en personas adultas.

Un grado de tejido adiposo o grasa corporal excesiva, con un indicador superior o igual a 32 para las personas mayores, es lo que define la obesidad. (20)

El Perímetro abdominal, emplea la cinta métrica como instrumento, la cual debe poseer una resolución de 0.1 cm y una longitud de 2 m. Además, de recomendarse usar una cinta no elástica o de fibra de vidrio. La medida antropométrica más sencilla y útil para determinar la grasa abdominal de un adulto es su perímetro. La OMS recomienda tomar la medida dos centímetros por debajo del ombligo, aunque a las personas obesas puede resultarles difícil. Las circunferencias superiores a 100 cm suelen considerarse peligrosas. Hombres: ≤ 102 cm Normal y > 102 cm Sobrepeso/Obesidad; Mujeres: ≤ 88 cm Normal y > 88 cm Sobrepeso/Obesidad). (20)

Para determinar el estado de riesgo nutricional o medir el estado nutricional general de un adulto mayor, se han creado diversas fórmulas e instrumentos de evaluación nutricional, como la Herramienta Universal de Detección de la Desnutrición y la Evaluación Global Subjetiva. Otras estrategias incluyen la Iniciativa Nacional de Cribado, propuesta por la Academia Americana de Médicos de Familia, la Asociación Dietética Americana y el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento. La Mini Evaluación Nutricional (MNA), por otra parte, es posiblemente la herramienta de evaluación nutricional más utilizada entre los ancianos y la que ha experimentado una mayor evolución. (21).

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento de evaluación nutricional específicamente diseñado para la población geriátrica. Fue desarrollado en Toulouse y se dio a conocer por primera vez en 1994. En España, se introdujo dos años después, en 1996.

Este instrumento consta de 18 variables organizadas en cuatro categorías principales: Medidas antropométricas, Evaluación de situaciones de riesgo, Encuesta sobre hábitos alimentarios, Autopercepción del estado de salud.

El MNA tiene una puntuación máxima de 30 puntos. Una puntuación inferior a 17 indica desnutrición, mientras que los valores intermedios sugieren un riesgo nutricional. La principal ventaja del MNA es que permite a una amplia gama de profesionales de la salud realizar evaluaciones nutricionales de manera sencilla. Además, ofrece la posibilidad de evaluar el riesgo nutricional sin necesidad de pruebas adicionales, lo que lo convierte en una herramienta eficiente y práctica. (21)

En 2002, el Mini Nutritional Assessment (MNA) experimentó una evolución significativa con la introducción del MNA Short Form (MNA-SF) y un proceso de evaluación en dos etapas. Un estudio combinado de datos -151 casos de la muestra inicial de Toulouse, Francia, 400 nuevos casos de Mataró, España, y 330 casos de Nuevo México, EE.UU.- constituyó la base de esta actualización. Se eligieron determinados factores debido a su asociación con el estado nutricional, la conveniencia de su uso y su vinculación con la puntuación total del MNA.

El nuevo MNA-SF tiene una puntuación máxima de 14 puntos y consta de seis factores. Muestra una fuerte correlación ($r=0.945$) con el MNA completo. Un puntaje ≥ 11 se considera normal, ofreciendo alta sensibilidad y especificidad para detectar desnutrición. Esta versión abreviada resuelve la complejidad del MNA original, que tenía muchas variables. Además, introduce un enfoque de evaluación en dos fases: Identificación inicial de personas en riesgo, Evaluación más detallada de los casos identificados como riesgosos usando el MNA completo; este nuevo

método permite una detección rápida inicial, seguida de una evaluación más exhaustiva cuando es necesario, mejorando la eficiencia del proceso de evaluación nutricional en adultos mayores. (22)

La última versión del Mini Nutritional Assessment, representa un avance significativo en la evaluación nutricional. Incluso en situaciones en las que la medición tradicional del IMC supone un reto, esta tecnología versátil y fácil de usar permite diagnosticar con precisión el estado nutricional de los ancianos. El MNA-SF se ha consolidado como un instrumento crucial para la identificación precoz de la desnutrición y la aplicación de terapias nutricionales adecuadas gracias a su adaptabilidad y sencillez de uso. (22)

3.2. Datos y hallazgos más importantes y relevantes.

Desde el ámbito internacional:

En 2022, Andrade (23) trató de conocer la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores registrados en el Centro de Salud UNE Totoracocha de Cuenca, Ecuador. En este estudio cuantitativo se seleccionaron cien ancianos mediante una técnica no probabilística de muestreo de conveniencia. Los resultados demostraron que, si bien casi el 45% de los participantes tenían una nutrición adecuada, el estado nutricional de este grupo de población está muy influido por las prácticas alimentarias y los cambios relacionados con la edad.

Ayuquina (24) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los patrones alimentarios y la salud nutricional de las personas mayores inscritas en el centro para poblaciones vulnerables San Bartolomé de Pinillo en Tungurahua, Ecuador en 2022. 50 adultos mayores participaron en el estudio transversal, descriptivo y

cuantitativo. Según los resultados, el 82% de los AM tienen sobrepeso u obesidad; sin embargo, el 80% de los AM tienen masa grasa que se ubica entre índices altos y muy altos, y algunos AM tienen un bajo porcentaje de músculo. En cuanto a los hábitos alimentarios, se descubrió que los hábitos alimentarios poco saludables conducían a una baja calidad de los alimentos. Las prácticas alimentarias saludables más comunes eran comer en casa, hacer cinco comidas al día, desayunar todos los días y consumir alimentos ricos en proteínas. El consumo de alcohol era el comportamiento nocivo que todos evitaban. El grupo en cuestión requiere una intervención nutricional, como demuestran los hallazgos de desnutrición excesiva, malos hábitos alimentarios y una correlación entre los comportamientos alimentarios y el índice de masa corporal.

Reyes y Ortiz (25) realizaron un estudio en 2019 cuyo objetivo fue relacionar el estado nutricional, los patrones alimentarios y los conocimientos de las personas mayores de San José, Costa Rica, que tenían entre 60 y 95 años. 99 personas mayores participaron en este estudio, que empleó una metodología cuantitativa con muestreo no experimental y correlacional. Según los resultados, el 40% de las personas mayores sólo completó la escuela primaria, mientras que el 17% de ellas llegó a completar la universidad. La mayoría realizaba tres comidas: desayuno (22,7%), comida (25%) y cena (19,5%). Por término medio, obtuvieron 72 puntos por su comprensión de la dieta. Según los datos del MNA, el 87% de los mayores tenían un estado nutricional satisfactorio, mientras que el 85,9% de ellos tenían un IMC superior a 23 kg/m². Llegó a la conclusión de que sus escasos ingresos y su falta de conocimientos dificultaban su capacidad para cambiar sus hábitos alimentarios.

Jyvakorpi (26), llevó a cabo un estudio en Alemania en 2019 para determinar el estado nutricional, el consumo de nutrientes y las características asociadas de las personas mayores institucionalizadas y confinadas en casa en diferentes etapas de funcionamiento, así como la eficacia del asesoramiento nutricional individualizado. La metodología es un estudio transversal. Resultados fueron los grupos de personas mayores (I, II) diferían en todas sus características de origen. La prevalencia de desnutrición (17%) y el riesgo de desnutrición (68%) fueron más altos entre los residentes del ALF, seguidos por el grupo PSNT (3% y 60%, respectivamente). En los otros grupos, no hubo participantes desnutridos. Concluyo que todos los grupos funcionales de personas mayores tenían una dieta deficiente y una ingesta insuficiente de proteínas y micronutrientes. La MNA tuvo una sensibilidad y especificidad pobres para identificar la ingesta reducida de energía y proteínas. Las intervenciones nutricionales personalizadas mejoraron la calidad de la dieta, la ingesta de nutrientes y la CVRS o PWB. En las personas con EA que viven en casa, las caídas disminuyeron debido a la intervención.

Así mismo a nivel nacional tenemos a:

Chinguel (27) en 2023, llevó a cabo un estudio para determinar la relación entre la ingesta de alimentos y el estado nutricional de los pacientes de edad avanzada sometidos a tratamiento en la institución médica I-2 Papelillo de Chulucanas. Se realizó una evaluación antropométrica del estado nutricional y una entrevista para conocer la frecuencia de consumo semicuantitativo de alimentos a una muestra de 160 pacientes longevos de los 274 ancianos de la población. La metodología fue cuantitativa, correlacional, transversal y no experimental. Resultados: Se halló que el porcentaje de grasa corporal total, una medida del estado nutricional, estaba correlacionado con el consumo de calorías

($P=0,001$), grasa ($P=0,001$) y grasa ($P=0,001$) e hidratos de carbono ($P=0,001$). Existía una correlación entre el perímetro abdominal, una medida del estado nutricional, y la ingesta de calorías ($P=0,001$), grasas ($P=0,015$) e hidratos de carbono ($P=0,001$). Conclusiones: Se descubrió una conexión entre los marcadores antropométricos del estado nutricional (IMC, BAP, ICC, CMB y %GCT) y la ingesta dietética variable de macronutrientes (calorías, grasas e hidratos de carbono). Cabe mencionar que ninguna de las cinco medidas antropométricas tomadas en consideración en este estudio mostró correlación alguna con la ingesta de proteínas.

Flores (28), investigó la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los adultos mayores inscritos en el programa preventivo ESSALUD en Tumbes 2021. En la investigación se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo correlacional y un diseño no experimental. Los resultados mostraron que el 38,0% de los adultos mayores presentaba sobrepeso, mientras que el 26,0% tenía un IMC normal y se alimentaba de manera balanceada. Se ha establecido que los hábitos alimentarios de los ancianos y su estado nutricional están estadísticamente correlacionados.

García (29), con la finalidad de determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en adultos mayores que asisten al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020, realizó un estudio no experimental, cuantitativo, correlacional y transversal con 47 participantes. El 51,1% de los adultos mayores tenía un estado nutricional normal, frente a un 23,4% que presentaba delgadez, un 21,4% bajo peso y un 21,4% sobrepeso. Según los resultados del estudio, el 31,9% de las personas mayores tenían hábitos alimentarios "inadecuados",

mientras que el 68,1% tenían hábitos "adecuados". Las variables se compararon mediante la prueba Chi-cuadrado de Karl Pearson, y los resultados revelaron un valor p de 0,851 ($p < 0,05$ IC 95%). Se determinó que no existe correlación entre el estado nutricional y los patrones alimentarios.

Calderón (30) realizó un estudio para conocer el estado nutricional y los patrones alimentarios de los adultos mayores que acudieron a la unidad geriátrica del Hospital Antonio Lorena Cusco en el año 2019. Se aplicó una metodología metodológica transversal y descriptiva a 107 adultos mayores de la población muestra. En los resultados de hábitos alimentarios saludables se observan las siguientes frecuencias: el 99.1% consume los alimentos principales durante los 7 días de la semana; el 72.9% sigue horarios fijos para sus comidas; el 31.8% consume refrigerios 5 días a la semana; el 55.1% ingiere verduras todos los días; el 39.3% consume frutas 5 días a la semana; el 44.8% consume legumbres entre 1 y 3 días a la semana; el 45.8% consume cereales y granos entre 1 y 3 días a la semana; el 39.5% consume carne roja entre 1 y 5 días a la semana; el 74.8% consume carne blanca entre 1 y 3 días a la semana; el 92.5% usa poca sal todos los días; el 81.3% usa muy poca azúcar todos los días; el 57.9% consume leche entre 1 y 3 días a la semana; el 45,8% no hace ejercicio, el 43,9% bebe agua u otros líquidos a diario y el 47,7% consume grasas y aceites en cantidades ínfimas de uno a tres días por semana. El 29,9% de las personas mayores tiene un estado nutricional normal, el 30,8% es delgado, el 17,8% tiene sobrepeso y el 21,5% es obeso, según los resultados. La frecuencia de las prácticas de consumo de alimentos primarios es del 99,1%.

Ramírez (31), para determinar la relación entre los hábitos alimentarios de los adultos mayores y su calidad de vida, en el año

2019, realizó un estudio en dos hogares de Lurigancho Chosica. técnicas de diseño transversal correlacional. 150 adultos mayores conformaron la muestra no probabilística de tipo censal. El 49,3% de los encuestados obtuvo una dimensión social regular y hábitos alimentarios adecuados, mientras que el 2% de los encuestados obtuvo una dimensión social regular y hábitos alimentarios inadecuados. Se determina que no existe correlación significativa entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida de los ancianos de los hogares de Lurigancho, Chosica.

Carrasco (32), en su investigación en la microred Pampa Grande Tumbes 2019 con el fin de conocer el estado nutricional y los patrones alimentarios de las personas mayores. La técnica cuantitativa, no experimental, descriptiva y correlacional del estudio utiliza un cuestionario de encuesta para conocer los hábitos alimentarios de las personas mayores y una tabla aprobada por la Organización Mundial de la Salud para categorizar el estado nutricional en función del índice de masa corporal. En contraste con el 21% que tiene un peso bajo y una influencia media, el 13% que tiene un peso bajo y una influencia baja, el 11% que tiene una influencia media en el sobrepeso, el 10% que tiene una influencia baja en el sobrepeso, el 2% que tiene una influencia alta en el bajo peso y el 2% que tiene una influencia media en la obesidad, el 41% de los adultos mayores tiene una influencia alta en el estado nutricional normal. Se llegó a la conclusión de que los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores están significativamente correlacionados.

En el año 2019, Alvarado (33) investigó la conexión entre el estado nutricional de los individuos mayores y sus hábitos alimentarios en el Centro de Salud Pachacútec de la región Cajamarca. La investigación se realizó mediante un análisis correlacional

descriptivo transversal exploratorio. Según los datos, la mayoría de las personas mayores tenía malos hábitos alimentarios, y más de la mitad de los participantes presentaba un estado nutricional bajo, que se caracterizaba por un porcentaje importante de delgadez (más del 25% de los casos). El resto de los participantes tenían sobrepeso o eran obesos. Existía una fuerte relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro de Salud de Pachacútec.

Buleje (34) realizó un estudio cuyo propósito fue conocer la asociación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional y la composición corporal en personas mayores que reciben atención ambulatoria en un hospital militar de Lima, Perú. La metodología empleada fue la investigación observacional descriptiva con un diseño transversal no experimental. Los resultados fueron el 73% de los adultos mayores mantienen buenos hábitos alimentarios mientras que el 27% se encontraban en un estado de emaciación por enfermedades subyacentes. Se determinó que existe una correlación sustancial entre la composición corporal (IMC) y el estado nutricional, en particular con respecto a la circunferencia de la pantorrilla ($p = 0,000$) y el área muscular del brazo ($p = 0,002$). Además, se descubrió una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional (IMC), concretamente con respecto al consumo de carne ($p = 0,023$). Sin embargo, esta correlación sólo se observó en uno de los once indicadores de la variable.

A nivel local tenemos a:

Taica (35), investigó la relación entre el Centro de Salud Túpac Amaru Chiclayo 2020 y el estado alimentario y estilo de vida de los ancianos. La investigación fue cuantitativa y empleó una estrategia descriptiva correlacional. El 53,16% de los adultos mayores del

Centro de Salud Túpac Amaru tiene una clasificación de IMC delgado, el 31,65% tiene un estado nutricional normal, el 11,39% tiene sobrepeso y sólo el 3,80% es obeso, según los resultados de la evaluación nutricional. Además, según las estadísticas, el 31,65% de las personas mayores lleva un estilo de vida saludable, mientras que el 68,35% lleva uno poco saludable. Tras utilizar la correlación de Spearman, se descubrió una asociación fuerte y positiva. La conclusión es que las dos variables tienen una asociación estadísticamente significativa.

IV. MARCO METODOLOGICO

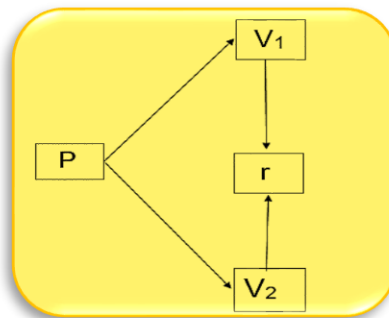
4.1. Tipo de investigación

Es un estudio de enfoque cuantitativo.

Estos estudios de tipo cuantitativos se constituyen con resultados mediante mediciones, tablas y gráficos, incluyendo el empleo de herramientas informáticas, padrones y cálculos para lograr estos alcances.

4.2. Diseño de investigación/contrastación de hipótesis.

Es un diseño descriptivo, no experimental transversal y de alcance correlacional



Donde:

V1 : Variable Independiente (Hábitos Alimentarios)

P : Población de estudio (Adultos Mayores)

V2 : Variable Dependiente (Estado Nutricional)

r : Relación entre variables

La contrastación de hipótesis se hará por muestreo y entrevista.

Es un muestreo probabilístico aleatorio.

Variable independiente: Hábitos alimentarios

Variable Dependiente: estado nutricional

Hipótesis: los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional en adultos mayores del C.S. Paul Harris Chiclayo 2024

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
V. INDEPENDIENTE: HABITOS ALIMENTARIOS	Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. (36)	Son las formas en las cuales podemos medir la manera en cómo se alimentan las personas y la preferencia o rechazo a ciertos tipos de alimentos.	DIETÉTICA	PORCIONES	CONSUMO DIARIO	ADECUADO	CUESTIONARIO
					3 o MAS VECES		
				FRECUENCIA	1 o 2 VECES	INADECUADO	
				INSUMOS	1 VEZ A LA SEMANA		
				PREPARACIONES	NUNCA O CASI NUNCA		
V. DEPENDIENTE ESTADO NUTRICIONAL	Es la condición física que presenta una persona como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas. (37)	Es el balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes, la cual se ve reflejada en el estado de salud de cada persona.	NUTRICIONAL	BIEN NUTRIDOS	> = 24 puntos:	INTERVALO	ESCALA MNA (MINI NUTRITIONAL ASSEMENT)
				RIESGO DE MALNUTRICIÓN	17 a 23.5 puntos		
				MALNUTRICIÓN	< 17 puntos		

4.4. Población y muestra/criterios de inclusión y exclusión

La población va a estar conformada por un total de 200 pacientes. La muestra se calculará con una fórmula para la población finita.

$$m = \frac{M \times Z^2 \times p \times q}{e^2(M-1) + Z^2(p \times q)}$$

Donde:

m = es el total de la población (adultos mayores) = 200

p = 0.50 probabilidad de resultados favorables

q = 0.50 (1-p)

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

e = Error 0.05

Reemplazando:

$$m = \frac{200 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2(200-1) + 1.96^2(0.50 \times 0.50)} \quad m = 132$$

Reajustando:

$$m \frac{132}{1 + 132/200} \quad m: \mathbf{80}$$

Criterios de inclusión:

Pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Paul Harris en Chiclayo

Pacientes de 65 a más años de edad.

Pacientes de ambos sexos

Criterios de exclusión:

Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado

Pacientes que no se controlen regularmente.

Pacientes con enfermedades mentales.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento para utilizar es el cuestionario de Mini Nutritional Assessment MNA, para la variable estado nutricional. El cuestionario está compuesto por cuatro segmentos los cuales permitirán conocer los índices antropométricos, evaluación dietética, evaluación nutricional y valoración subjetiva.

El cuestionario de hábitos alimentarios se dirige a pacientes adultos mayores que visitan el Centro de Salud Paul Harris. "Se responde a través de una escala tipo Likert. Los puntajes van del 1 al 5, correspondientes a: 1: consumo diario, 2: 3 o más veces a la semana, 3: 1 a 2 veces, 4: una vez a la semana, 5: nunca o casi nunca."

4.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones

Se planificó el proceso investigativo, para después de ser aprobado se procederá a la respectiva ejecución, durante la cual se aplicarán los instrumentos de investigación para la recogida de datos, los que se someterán a las pruebas estadísticas respectivas para su consolidación final. Así mismo se hará la discusión coherente y lógica de los resultados para finalmente concluir y hacer las recomendaciones adecuadas en concordancia a los resultados encontrados.

4.7. Análisis estadístico de los datos

La información recopilada en la investigación se elaborará mediante técnicas de análisis de datos, se utilizará la gestión de programación SPSS y los resultados se manejarán en tablas de una y dos entradas con gráficos que muestren frecuencias y tasas.

4.8. Rigor Científico y Principios Éticos

En cuanto al rigor científico se tendrá en cuenta la Auditabilidad, para que, de esa manera, se llegue a la aprehensión de los distintos momentos y de la congruencia lógica del proceso de investigación.: Para asegurar la comprensión de los diferentes momentos y de la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Así mismo se asegurará que los resultados encontrados, así como las conclusiones a las que se arribaron estén científicamente fundamentados.

Referente a los Principios éticos, se respetará la autonomía de los pacientes adultos mayores en todo el proceso investigativo. Así mismo no se causará daño alguno, tratando de que se den más los beneficios que los probables riesgos, como parte del compromiso del responsable del presente estudio, ejerciendo un trato justo y equitativo. Por otra parte, se les hará firmar una carta de consentimiento informado con el propósito de formalizar el estudio.

V. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1: Factores sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
MÍN-MÁX	56-88	
MEDIA ± DE	71.10 ± 7.4	
GENERO		
FEMENINO	68	85.0
MASCULINO	12	15.0
PROCEDENCIA		
RURAL	17	21.3
URBANO	63	78.8
GRADO DE INSTRUCCION		
ANALFABETO	30	37.5
PRIMARIA	41	51.3
SECUNDARIA	9	11.3
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	23	28.8
VIUDO	20	25.0
CONVIVIENTE	21	26.3
CASADO	13	16
OCUPACION		
COMERCIANTE	4	5.0
EMPLEADO	2	2.5
SU CASA	74	92.5
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES		
NO PRESENTA	11	13.8
PRESENTA 1 ECNT	63	78.8
PRESENTA 2 ECNT	6	7.5
TOTAL	80	100.0

Figura 1: Factores sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

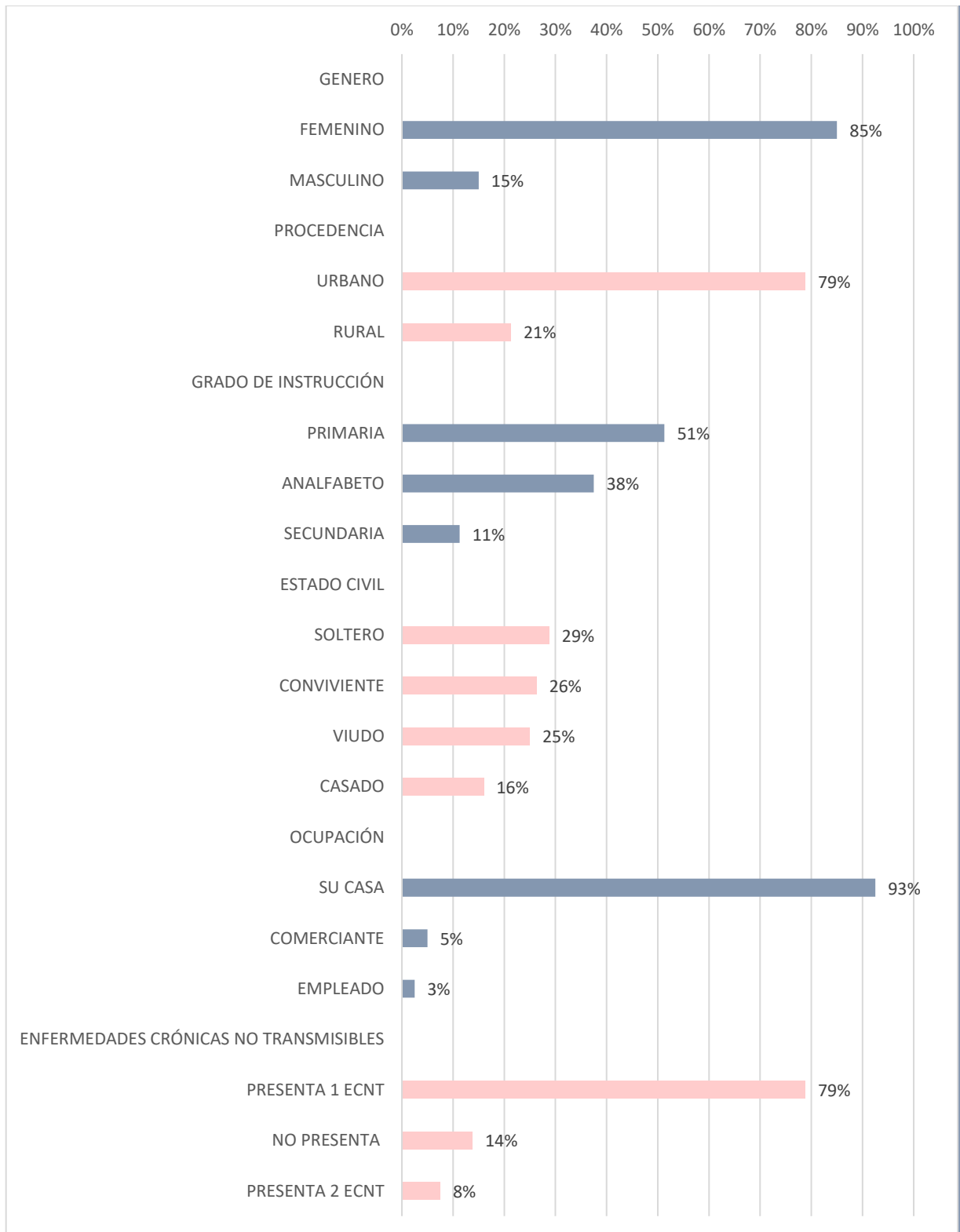


Tabla 1- Figura 1:

- Las edades fueron de 56 a 88 años, con una media de 71.10 ± 7.4 años.
- Predominó el género femenino, con un 85%.
- El 79% fue de procedencia urbana, el 21% de procedencia rural.
- La mayoría había estudiado hasta el nivel primario, con un 51% y un gran porcentaje de analfabetismo (38%).
- El 93% se dedica a labores domésticas, el 5% es comerciante y el 3% empleado.
- El 87% de individuos presentó al menos una enfermedad crónica no contagiosa, la hipertensión arterial siendo la más común, presente en un 33.8% de la población, seguido por la diabetes, presente en un 18.8% de la población. La osteoporosis y el colesterol alto estuvieron presentes cada uno en un 5% de la población.

Tabla 2: Hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

HÁBITOS ALIMENTARIOS	Frecuencia	Porcentaje
HÁBITOS SALUDABLES	31	38.8
HÁBITOS NO SALUDABLES	49	61.3
Total	80	100.0

Figura 2: Hábitos alimentarios de los adultos mayores del Centro De salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

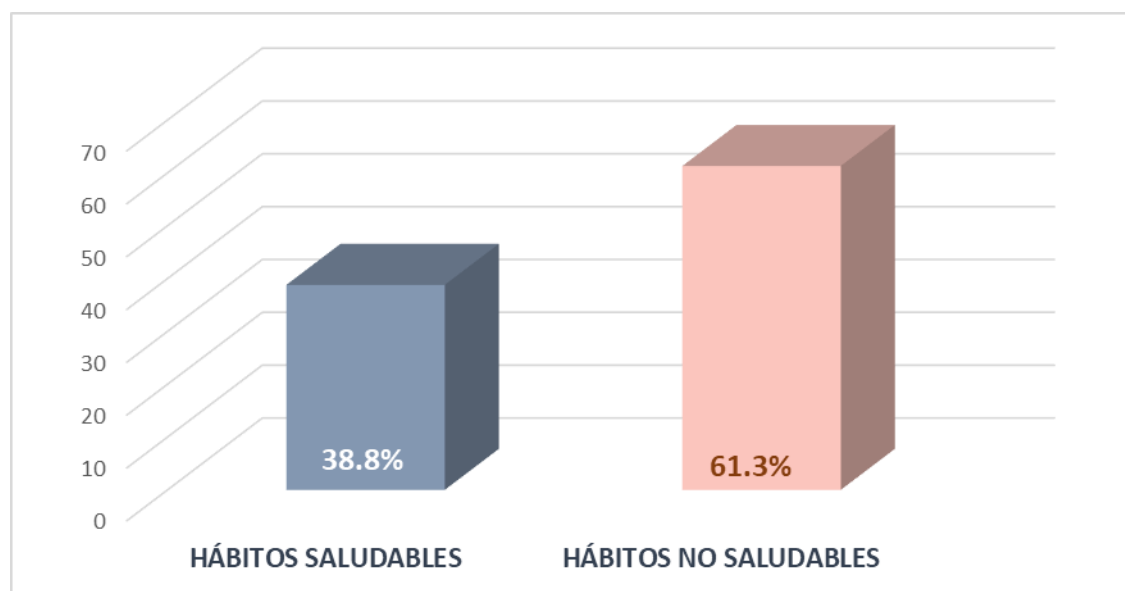


Tabla 2- Figura 2:

Predominó quienes presentaron hábitos alimentarios no saludables, con un 61.3%. Solo el 38.8% presentó hábitos alimentarios saludables.

Tabla 3: Estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

MNA	Frecuencia	Porcentaje
BIEN NUTRIDO	44	55.0
RIESGO DE MALNUTRICION	34	42.5
MAL NUTRICION	2	2.5

Figura 3: Estado nutricional del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024.

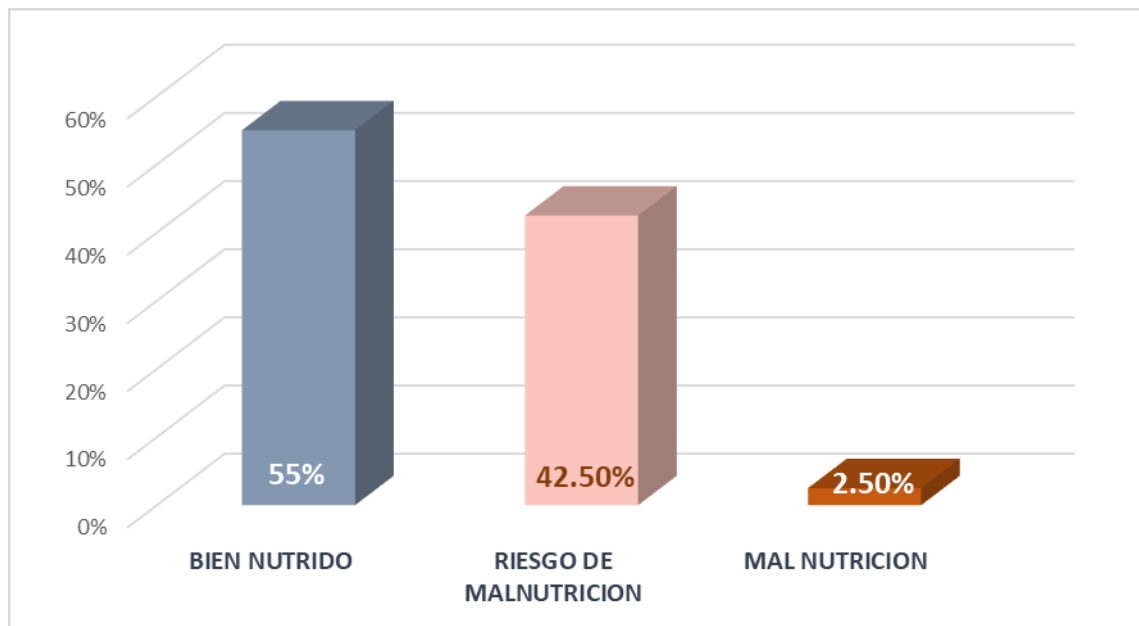


Tabla 3 Figura 3:

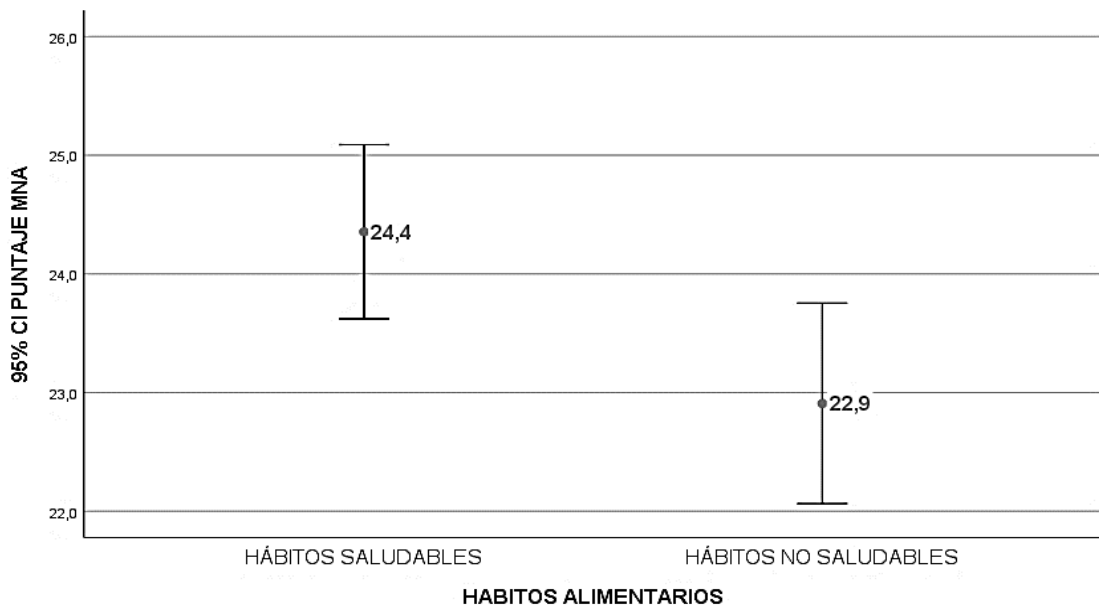
Las puntuaciones en el instrumento MNA fueron de 17 a 28 puntos, con una media de 23.47 ± 2.69 puntos. El 55% estaba bien nutrido, el 42.5% presentó riesgo de malnutrición y el 2.5% presentó malnutrición.

Tabla 4: Relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024

HABITOS ALIMENTARIOS	HÁBITOS SALUDABLES	HÁBITOS NO SALUDABLES	TOTAL
Media	24.355	22.908	23.469
N	31	49	80
Desviación estándar	2.0008	2.9416	2.6983
Mínimo	19.0	17.0	17.0
Máximo	27.0	28.0	28.0

p- valor= 0.033, Rho de Spearman= 0.239

Figura 4: Relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo, 2024



p- valor= 0.033, Rho de Spearman= 0.239

Tabla 4 Figura 4:

Se halló correlación (p- valor <.05).

Esta correlación es directa y baja (rango de 0.2 a 0.4).

VI. DISCUSIÓN

En la etapa adulto mayor, los hábitos alimentarios cambian, esto por diferentes factores, desde la composición de la dieta hasta los cambios personales el estado nutricional de un adulto mayor está influido por diversos factores, como las necesidades alimentarias, la dureza de los alimentos y su absorción. La composición de la dieta de las personas mayores se altera por estas causas. Pero las costumbres alimentarias se ligan con los cambios físicos que la persona tiene al transcurrir los años, la pérdida de edéntulo, de masa muscular e incluso de la memoria, hacen que los hábitos se alteren, por ende, se cambia la dieta para cubrir esas necesidades.

En esta investigación desarrollada, los resultados que se obtuvieron mostraron que existe una correlación entre los hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores, Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.

En cuanto a los factores sociodemográficos (1), detalla que las personas adultas mayores que acuden al Centro de Salud Paul Harris oscilan entre los 56 a 88 años de edad, el 85% de las personas evaluadas son de sexo femenino y 15% masculino; en cuanto a su procedencia el 78.8% son del área urbano el 21.3% son del área rural, su grado de instrucción el 51% termino la primaria, el 37.5% son analfabetos y el 11.3% secundaria completa, su estado civil el 28.8% son solteros, el 26.3% son convivientes, el 25% viudos y el 16% casados, la ocupación de los adultos mayores son; el 92.5% hacen trabajo en casa, el 5% comerciantes y el 2.5% empleados, en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles; el 78.8% tienen 1 ECNT, 13.8% no presentan y 7.5% demuestran 2 ECNT. Estos

resultados concuerdan en algunos puntos con la investigación realizada por Andrade (23) en donde el 74% de las personas mayores eran mujeres, y el 44% tenía un estado nutricional normal, según un estudio realizado para evaluar el estado nutricional de los adultos mayores y su relación con sus hábitos alimentarios.

Sin embargo, los hallazgos de la investigación coinciden con los de Reyes y Ortiz (25) porque encontraron que, en su estudio sobre el estado nutricional, hábitos alimentarios y conocimientos de nutrición entre adultos mayores de San José, Costa Rica, de 60 a 95 años de edad, el 17% de los participantes había completado la universidad y el 40% sólo había completado la escuela primaria, el 85,9% de los participantes tenía un IMC mayor de 23 kg/m² y el 87% de los participantes tenía un estado nutricional satisfactorio.

Ayuquina (24), en su estudio el 78% de las personas adultas mayores tiene malos hábitos alimenticios, mientras que el 22% mantiene buenos hábitos alimenticios, sobre el estado nutricional y hábitos alimenticios de los adultos mayores que asisten al establecimiento para grupos vulnerables San Bartolomé de Pinillo en Tungurahua, Ecuador en 2022. Estos resultados concuerdan con los datos de la Tabla 2 sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores, que indican que el 38,8% de ellos conserva hábitos alimentarios saludables, mientras que el 61,3% tiene malos hábitos.

A su vez , los datos hallados en la investigación discuten con García (29), el 68,1% de los adultos mayores que asistieron al Centro de Desarrollo Integral de la Familia en Tumbes en el 2020 tenía hábitos alimentarios “adecuados”, mientras que el 31,9% tenía hábitos

alimentarios “inadecuados”. La investigación examinó la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional.

Con referencia a los datos hallados sobre la tabla 3 muestra el estado nutricional de los ancianos: 55% están bien nutridos, 42,5% están en riesgo de desnutrición y 2,5% están desnutridos. Estas cifras difieren de las reportadas por Flores (28), quien examinó la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los ancianos del programa preventivo ESSALUD Tumbes 2021. Encontró que el 26% de los ancianos tenían un IMC normal y el 38,0% sobrepeso.

Estos hallazgos, sin embargo, coinciden con los de García (29), quien investigó la conexión entre el estado nutricional y los patrones alimentarios en personas mayores inscritas en el Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020. De las personas mayores, 23,4% eran delgadas, 21,3% tenían sobrepeso, 4,3% eran obesas y 51,1% tenían un estado nutricional normal.

En referencia a la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, Centro de Salud Paul Harris de Chiclayo, 2024, reveló una relación (p -valor $<.05$) entre las conductas alimentarias y el estado nutricional (Tabla 4). Esta relación es directa y baja (rango 0,2 a 0,4).

VII. CONCLUSIONES

Las edades de los adultos mayores fueron de 56 a 88 años, predominó el género femenino. La mayoría procede de zona urbana y tiene nivel primario. La mayoría realizaba tareas domésticas. La hipertensión arterial era la enfermedad crónica no transmisible más frecuente entre la mayoría de las personas mayores.

Referente a los hábitos alimentarios predominaron los no saludables, con un 61.3%.

La mayoría de los adultos mayores, presentaron un estado nutricional bien nutrido.

Se encontró correlación directa y baja, entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, Chiclayo, 2024

VIII. RECOMENDACIONES

Utilizando diferentes contextos geográficos, económicos y sociales, llevar a cabo investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre el estado nutricional, incluyendo mediciones antropométricas adicionales de acuerdo con las actividades realizadas por las personas mayores que reciben atención en el Centro de Salud.

Verificar los resultados de los adultos mayores, para lograr identificar el estado nutricional que tiene cada adulto mayor que pase por su consulta nutricional.

Diseñar un plan alimentario, optando por el consumo de proteínas de alto valor biológico, carbohidratos complejos y ácidos grasos esenciales (palta, aceite de oliva), que debe consumir los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra – Suiza. Organización Mundial de la Salud, 2019. [consultado 12 abril 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/vkn6L3>
2. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM). América Latina envejece a pasos de gigante. [Internet]. Colombia, 2019. [consultado 12 abril 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/NeOtYh>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima – Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2021. [consultado 11 abril 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/9sHa8L>
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Comisión Multisectorial: estadísticas de población adulta mayor de Cajamarca. [Internet]. Cajamarca – Perú. [consultado 13 abril 2024]. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cajamarca2.html>
5. Bolet M, Socarrás MM. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. Rev haban cienc méd v.8 n.1. [Internet]. Habana - Cuba, 2019. [consultado 13 abril 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/AinziA>

6. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adulto mayor. [Internet]. 2020. [citado 13 abril 2024]. URL disponible en: <https://acortar.link/Of0x8N>
7. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. América Latina envejece a pasos de gigante [Internet]. 2019. [citado 12 abril 2024]. URL disponible en: <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasosde-gigante/>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples [Internet]. 2019. [citado 12 abril 2024]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/principales_indicadores/libro.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. 2019. [citado 12 abril 2024]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayordic_2019.pdf
10. Perspectivas de estudio de la Conducta Alimentaria [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/BbWgln>
11. Osorio E. Jessica, Weisstaub N. Gerardo, Castillo D. Carlos. DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. Rev. chil. nutr. [Internet]. Dic [citado 2024

Abr 29]; 29(3): 280-285. Disponible en:
<https://acortar.link/J5Zg2X>

12. Boletín científico de la escuela superior Atotonilco de Tula. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Archivos [Internet]. Edu.mx. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://doi.org/10.29057/esat.v9i17>
13. Penny Montenegro E. Obesidad en la tercera edad. An Fac med. 2017;78(2): 215-217. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13220>.
14. Flores VME, Valle BMA, Vega LMG, Robles BJR. Reacciones emocionales y conductas de salud en adultos mayores con depresión durante el confinamiento por la pandemia COVID-19. Salud Jalisco. 2023; 10 (2): 71-80.
<https://dx.doi.org/10.35366/112485>
15. La importancia de la alimentación en la tercera edad | Centro Virtual sobre el Envejecimiento [Internet]. [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/edI1pb>
16. Recomendaciones de salud para los adultos mayores [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://acortar.link/PvHaPY>
17. Nutrición en el anciano sano. Nutrición y salud. Clínica Universidad Navarra [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 19 de abril de

2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/nutricion-anciano-sano>

18. Arbonés G., Carbajal A., Gonzalvo B., González-Gross M., Joyanes M., Marques-Lopes I. et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr. Hosp. [Internet]. [citado 2024 Abr 19]; 18(3): 109-137. Disponible en: <https://acortar.link/wGj48b>
19. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev Chil Nutr Vol. 44, N°1, 2018. Disponible en <https://acortar.link/Lk2nlp>
20. Bauce G. Índice de masa corporal, peso ideal y porcentaje de grasa corporal en personas de diferentes grupos etarios. Rev Digit Postgrado. 2022; 11(1): e331. doi: [10.37910/RDP.2022.11.1.e331](https://doi.org/10.37910/RDP.2022.11.1.e331)
21. Corona-Meléndez JC, Torres-Made LM, Bañuelos-Contreras EJ, Flores-Montes JR, Medina-Ruiz E. Circunferencia abdominal e índice cintura-altura como criterio de obesidad en síndrome metabólico. Med Int Méx 2022; 38 (2): 235-247. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.4828>
22. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. <https://acortar.link/Tth2Do>

23. Andrade, C. K. (2022). Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022. Universidad de Cuenca. <https://acortar.link/ooNBDz>
24. Ayuquina Laguna MM. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores del centro de grupos vulnerables San Bartolomé de Pinillo, Tungurahua 2022 [Tesis de maestría en Internet].; 2024 [cited 11 June 2024]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/15394>
25. Reyes-Barboza A, Ortiz-Acosta P. Conocimiento en nutrición, hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores en San Isidro del General, San José, Costa Rica 2019. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 7 de septiembre de 2020 [citado 11 de junio de 2024];6(3):134-42. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/440>
26. Jyväkorpi s. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. [tesis Licenciatura]. Finlandia: Universidad de Helsinki; 2019. Disponible en: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/160518>
27. Chinguel Pintado Erika Marianelli. Relación entre ingesta alimentaria y estado nutricional de los adultos mayores atendidos en el establecimiento de Salud Papelillo, Chulucanas, 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14095/2314>

28. Flores, D. (2021). Hábitos alimentarios y estado nutricional del adulto mayor del programa preventivo ESSALUD de Tumbes, 2021. Universidad Nacional Tumbes. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/2415>
29. García J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes. [Tesis de para obtener el Título de Licenciado en enfermería]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2020. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/2000>
30. Calderon A. Estado Nutricional y Prácticas sobre Alimentación saludable en adultos mayores que asisten al Consultorio Geriátrico, Hospital Antonio Lorena - Cusco 2019. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Andina del Cusco; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2586>
31. Ramírez S Y Borja G. Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2018 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Unión. Lima, 2019. Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/1041>
32. Carrasco C. y Peña Y. Estilos de Alimentación y Estado Nutricional del Adulto Mayor de la Micro red de Pampa Grande Tumbes-2019. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2019. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/340?show=full>

33. Alvarado, M. (2019). Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores, centro de salud Pachacútec, Cajamarca 2018. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/2973>
34. Buleje Villegas, Karen Mariel. Hábitos alimentarios, composición corporal y el estado nutricional en adultos mayores en un servicio ambulatorio de un hospital castrense de Lima. Escuela de Posgrado UNIFE. Disponible en: <https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/460>
35. Taica Burga S. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el centro de salud Túpac Amaru, Chiclayo -2020. Universidad Señor de Sipán; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9774>
36. Alimentación sana. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
37. Alvarado-García A., Lamprea-Reyes L., Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2019 sep. [citado 2024 mayo 17]; 14(3): 199-206. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>.



ANEXO 1: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (versión estado nutricional)

FECHA:

EDAD:

Responda al cuestionario de cribado rellenando las casillas con los números correspondientes. Sume los números para obtener la puntuación final.

1. INDICES ANTROPOMÉTRICOS

<p>1. Índice de Masa Corporal *</p> <p>0 = IMC <19</p> <p>1= IMC 19 <21</p> <p>2= IMC 21 <23</p> <p>3= IMC >23</p>	<p>2. Perímetro Braquial (cm)</p> <p>0.0 = <21</p> <p>0.5 = 21 a <22</p> <p>1.0 = >= 22</p>
<p>3. Perímetro de Pantorrilla (cm)</p> <p>0 = < 31 1 = >31</p>	<p>4. Perdida Reciente de peso (últimos 3 meses)</p> <p>0 = > 3kg</p> <p>1= no sabe</p> <p>2= 1 a 3 kg</p> <p>3= No perdió peso</p>

2. EVALUACIÓN GLOBAL

<p>5. Paciente vive en su domicilio independiente</p> <p>0 = No 1= Sí</p>	<p>6. Toma más de 3 Medicamentos/día</p> <p>0 = SI 1= NO</p>
<p>7. Presentó enfermedad o situación de estrés psicológico en últimos 3 meses</p> <p>0 = Sí 2 = No</p>	<p>8. Movilidad</p> <p>0= de la cama al sillón</p> <p>1= autonomía en el interior</p> <p>2= sale de su domicilio</p>
<p>9. Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = Demencia o depresión severa</p> <p>1 = Demencia o depresión moderada</p> <p>2= sin problemas psicológicos</p>	<p>10. Ulceras o lesiones cutáneas</p> <p>0 = Si 1= No</p>

3. EVALUACIÓN DIETÉTICA

<p>11. N.º de comidas que consume al día (equivalente a 2 platos y postre)</p> <p>0 = 1 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p>	<p>12. Consumo de lácteos, carnes, huevos y legumbres</p> <p>Lácteos al menos 1 vez/día Sí No Huevos/ legumbres 2 a más vez/sem Sí No Carnes diariamente Sí No</p> <p>0.0 = sí 0 ó 1 Sí 0.5 = si 2 Sí 1.0 = si 3 Sí</p>
<p>13. Consume Frutas y Verduras al menos 2 veces por día</p> <p>0.0 = No 1 = Si</p>	<p>14. Ha comido menos por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación ó alimentación</p> <p>0 = pérdida severa del apetito 1 = pérdida moderada del apetito 2 = sin pérdida del apetito</p>
<p>15. Consumo de agua u otros líquidos al día</p> <p>0.0 = < de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos</p>	<p>16. Forma de alimentarse</p> <p>0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>

4. VALORACIÓN SUBJETIVA

<p>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales</p> <p>0 = malnutrición severa 1 = no sabe/ malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición moderada</p>	<p>18. En comparación con personas de su edad Cómo encuentra su estado de salud?</p> <p>0,0 = Peor 1 = igual 0,5 = No lo sabe 2 = mejor</p>
--	---

PONDERACIÓN:

<p>> = 24 puntos: Bien nutridos</p> <p>17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición</p> <p>< 17 puntos: malnutrición</p>
--



ANEXO 2: FICHA DE REGISTRO DE ANTECEDENTES Y REGISTRO SOCIODEMOGRAFICO

N°	ITEMS	RESPUESTAS
1	<i>Enfermedades crónicas no trasmisibles</i>	a. No tiene b. Tiene Diabetes c. Tiene Hipertensión d. Tiene Cáncer e. Tiene Sobrepeso f. Tiene Obesidad g. Tiene enfermedad Cardiovascular h. Otro.....
2	<i>Género</i>	a. Masculino b. femenino
3	<i>Edad (años)</i>	a. 60-65 b. 65-70 c. 70-80 d. 80 a mas
4	<i>Procedencia</i>	a. Rural, b. Urbano Marginal c. Urbano
5	<i>Grado de instrucción</i>	a. Sin instrucción b. Primaria, c. Secundaria d. Superior
6	<i>Estado civil</i>	a. Casado, b. soltero c. viudo, d. divorciado e. conviviente
7	<i>ocupación</i>	a. Empleado, b. obrero, c. comerciante d. jubilado-su casa



ANEXO 3: ENCUESTA DE HABITOS ALIMENTARIOS ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES: a continuación, se le presenta una serie de preguntas, las cuales tienen el objetivo la descripción de los hábitos alimentarios. No deje ninguna pregunta sin contestar y responda de acuerdo a lo que practica. Esto contribuirá a plantear estrategias de beneficio colectivo.

a. ¿Cuántas veces consume cereales y derivados?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

b. ¿Cuántas veces consume verduras y hortalizas?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

c. ¿Cuántas veces consume frutas?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

d. ¿Cuántas veces consume leche y derivados?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

e. ¿Cuántas veces consume carnes rojas?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

f. ¿Cuántas veces consume leguminosas?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

g. ¿Cuántas veces consume embutidos y jamones?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

h. ¿Cuántas veces consume dulces o snacks?

- 1 Consumo diario
- 2 3 o más veces a la semana, pero no a diario
- 3 1 o 2 veces a la semana
- 4 una vez a la semana
- 5 nunca o casi nunca

I. ¿Cuántas veces consume refrescos con azúcar?

1. Consumo diario
2. 3 o más veces a la semana, pero no a diario
3. 1 o 2 veces a la semana
4. una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Rita Coronel del Castillo

1.2. Grado Académico. Maestría

1.3 Profesión: Nutricionista

1.4. Institución donde labora: UDCH.

1.5. Cargo que desempeña, Docente.

1.6 Denominación del Instrumento: MNA, hoja de registro y encuesta

1.7. Autor (a) del instrumento: Bach. Cecilia García Heredia

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS <i>Sobre los ítems del instrumento</i>	<i>Muy</i>	<i>Malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy</i>	<i>Bueno</i>
		1		2	3	4	5	
1. CLARIDAD	<i>Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.</i>							X
2. OBJETIVIDAD	<i>Están expresados en conductas observables, medibles.</i>					X		
3. CONSISTENCIA	<i>Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.</i>					X		
4. COHERENCIA	<i>Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.</i>							X
5. PERTINENCIA	<i>Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.</i>					X		
6. SUFICIENCIA	<i>Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.</i>							X
SUMATORIA PARCIAL						12		15
SUMATORIA TOTAL		27 PUNTOS						

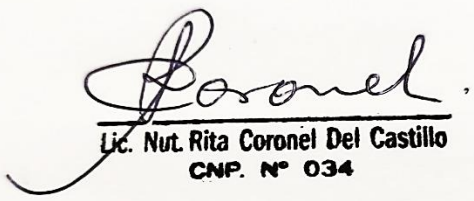
III. **RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. *Valoración total cuantitativa:*

3.2. *Opinión: Favorable: SI Debe mejorar: No favorable:*

3.3. *Observaciones:*

Chiclayo, enero 2024



Lic. Nut. Rita Coronel Del Castillo
CNP. N° 034

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Ana Medina del Castillo

1.2. Grado Académico. Maestría

1.3 Profesión: química farmacéutica

1.4. Institución donde labora: UDCH.

1.5. Cargo que desempeña, Docente.

1.6 Denominación del Instrumento: MNA, hoja de registro y encuesta

1.7. Autor (a) del instrumento: Bach. Cecilia García Heredia

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy	Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy	Bueno
		1	2	3	4	5		
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.							X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.							X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.							X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					X		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.							X
SUMATORIA PARCIAL						8		20
SUMATORIA TOTAL		28 PUNTOS						

III. **RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. *Valoración total cuantitativa:*

3.2. *Opinión: Favorable: SI Debe mejorar: No favorable:*

3.3. *Observaciones:*

Chiclayo, enero 2024


Mg. Q.F. Ana Medina del C.
C.Q.F.P. N° 02699

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Moisés Espinoza Aguilar

1.2. Grado Académico. Licenciado

1.3 Profesión: Nutricionista

1.4. Institución donde labora: UDCH.

1.5. Cargo que desempeña: Docente.

1.6 Denominación del Instrumento: MNA, hoja de registro y encuesta

1.7. Autor (a) del instrumento: Bach. Cecilia García Heredia

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy	Malo	Malo	Regula	Bueno	Muy	Bueno
		1	2	3	4	5		
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.						X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.						X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.						X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.						x	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.						X	
SUMATORIA PARCIAL						4	25	
SUMATORIA TOTAL		29 PUNTOS						

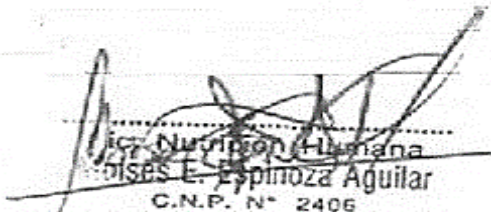
III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa:

3.2. Opinión: Favorable: SI Debe mejorar: _____ No favorable: _____

3.3. Observaciones:

Chiclayo, enero 2024


Mises E. Espinoza Aguilar
C.N.P. N° 2406

VALIDEZ DE CONTENIDO

JUICIO DE EXPERTOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	5	5	5
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles	4	4	4
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	4	5	5
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	5	5	5
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	4	4	5
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento	5	5	5
	SUMATORIA PARCIAL	27	28	29
	Promedio		28.00	

El juicio de tres expertos permitió obtener una Validez de contenido de 28 puntos, de un baremo de máximo 30 puntos, presentando un contenido cuya claridad, objetividad, consistencia, coherencia, pertinencia y suficiencia son adecuados para evaluar lo que se pretende.

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA

INSTRUMENTO ENCUESTA DE HABITOS ALIMENTARIOS ADULTO MAYOR

Pregunta	Juez1	Juez2	Juez3
Pregunta 1	5	3	4
Pregunta 2	4	3	5
Pregunta 3	4	3	3
Pregunta 4	5	3	4
Pregunta 5	4	3	5
Pregunta 6	4	4	5
Pregunta 7	4	5	3
Pregunta 8	4	3	5
Pregunta 9	5	3	4

Se evaluó el instrumento Encuesta de hábitos alimentarios del adulto mayor, compuesto por nueve ítems, de lo que se obtuvo lo siguiente: el instrumento tiene una confiabilidad buena (rango de 0.6 a .8) mediante el análisis de consistencia interna con el estadístico Alfa de Cronbach=0.79



ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores, Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.”

Investigador: Bach. García Heredia Cecilia

Yo....., doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación. “Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores, Centro de Salud Paul Harris, Chiclayo 2024.”

Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto ser analizado clínicamente por la responsable del trabajo y contribuir a su estudio de investigación.

Firma



Huella dactilar