

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL**  
**DEL ADULTO MAYOR. HOSPITAL TITO VILLAR**  
**CABEZAS, BAMBAMARCA - CAJAMARCA 2024**

**AUTORA:**

**BACH. ENF. ROSARIO EDELMIRA DEL MILAGRO**  
**HERRERA TAFUR**

**ASESORA:**

**DRA. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ**  
**CAJAMARCA – PERÚ**

**2025**

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Rosario Edelmira Del Milagro Herrera Tafur**

DNI: **72072292**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller       Título profesional       Segunda especialidad

Maestro       Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis       Trabajo de investigación       Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.  
HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA - CAJAMARCA 2024.**

6. Fecha de evaluación: **11/06/2025**

7. Software antiplagio:  TURNITIN       URKUND (ORIGINAL) (\*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

9. Código Documento: **oid: 3117:464914644**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO     PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 12/06/2025

Firma y/o Sello  
Emisor Constancia



**Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz**

**DNI: 26673991**

COPYRIGHT © 2025 by  
**Herrera Tafur Rosario Edelmira Del Milagro**  
Todos los derechos reservados  
**FICHA CATALOGRÁFICA**

Herrera R. 2025.

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO  
MAYOR DEL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS, BAMBAMARCA -  
CAJAMARCA 2024 / Rosario Edelmira del Milagro Herrera Tafur.**

Disertación académica para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería – UNC 2025.

70 páginas

Asesora:

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL  
DEL ADULTO MAYOR. HOSPITAL TITO VILLAR CABEZAS,  
BAMBAMARCA - CAJAMARCA 2024.**

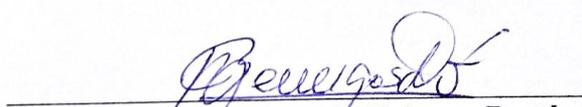
**AUTOR : Bach. Enf. Rosario Edelmira del Milagro Herrera Tafur**

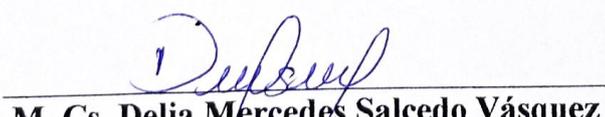
**ASESORA : Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz**

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

**JURADO EVALUADOR**

  
**Dra. Santos Angélica Morán Díoses**  
**PRESIDENTE**

  
**M. Cs. Petronila Angela Bringas Durán**  
**SECRETARIA**

  
**M. Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez**  
**VOCAL**



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 3:30pm del 09 de Junio del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Prácticas Alimentarias y Estado Nutricional Del Adulto Mayor. Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca 2024.

del (a) Bachiller en Enfermería:

Rosario Edelmirio del Milagro Herrera Tafur

Siendo las 5pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador		Firma
	Nombres y Apellidos	
Presidente:	<u>Dra. Santos Angélica Morán Días</u>	
Secretario(a):	<u>M.Cs. Petronilo Angelo Bringsa Deván</u>	
Vocal:	<u>M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Juliana Aneleio Venatonta Ortiz</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Doris Tafur y Glicerio Herrera, por su amor incondicional, por ser mi guía en cada paso, mi pilar en los momentos difíciles y mi mayor inspiración para seguir adelante. Todo lo que soy y todo lo que logré, se lo dedico con el corazón.

A mis abuelitos, Emérita Saldaña y Lorenzo Acuña, por sus cuidados que me brindaron, por su amor infinito, por su paciencia y ternura brindada, por incluirme siempre en sus oraciones. Su paciencia ha sido un refugio cariñoso y fortaleza en mi vida, su cariño es uno de los regalos más valiosos que tendré por siempre.

A mí misma, por no rendirme, por levantarme aún con miedo, por persistir cuando todo parecía más difícil. Por seguir soñando, incluso con el corazón agotado. Este logro es la prueba de mi valentía, crecimiento y de todo lo que soy capaz de lograr. Que nunca se me olvide el poder que llevo dentro.

**Rosario Herrera Tafur**

## AGRADECIMIENTO

Con cada logro alcanzado hay un Dios que siempre será mi fuerza en los momentos de duda, mi luz en los caminos inciertos y mi refugio en los días difíciles. Gracias por la vida, el propósito en ella y por acompañarme en cada paso.

A mis padres Glicerio y Doris, gracias por sus consejos, por su fe en mí incluso cuando yo dudaba en seguir, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. Son mi ejemplo, mi guía, mi mayor orgullo y el motor que me impulsa a alcanzar cada una de mis metas.

A mis abuelos y familia, por creer en mí para lograr mis objetivos, por su cariño y fe que me han sostenido más de lo que las palabras expresan, por celebrar mis logros y animarme en los tropiezos.

A mi asesora Juana Ninatanta, por su guía académica, su paciencia, acompañamiento, dedicación y compromiso durante este proceso.

A mis docentes, quienes a lo largo de esta etapa formativa no solo compartieron sus conocimientos, sino también valores, motivación y exigencia. Cada uno ha dejado una huella en mi crecimiento personal y profesional, y les agradezco por su entrega y vocación.

A todas las personas que, de alguna manera, formaron parte de este proceso: gracias por su apoyo, cariño, presencia, por sus palabras oportunas y su energía. Cada gesto que dejó una huella en este recorrido y en el logro que hoy celebro con gratitud.

## Índice de contenidos

Ítem	Pág.
	v
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
Índice de contenidos	ix
Lista de tablas	xi
Lista de anexos	xii
Resumen	xiii
Summary	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Definición y Delimitación del Problema	2
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación del estudio	5
1.4. Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio.	7
2.2. Bases Teóricas	10
2.2.1. Prácticas alimentarias	10
2.2.2. Estado nutricional del adulto mayor	16
	ix

2.2.3. Adulto mayor	17
2.3. Hipótesis de investigación	21
2.4. Variables del estudio	21
Matriz de operacionalización	22
CAPÍTULO III	23
DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1. Diseño y tipo de estudio.	23
3.2. Población de estudio	23
3.3. Criterio de inclusión	23
3.4. Criterio de exclusión	23
3.5. Unidad de análisis.	23
3.6. Marco muestral.	23
3.7. Muestra	24
3.8. Selección de la muestra	25
3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	25
3.10. Procesamiento y análisis de datos	26
3.11. Consideraciones éticas.	26
3.11. Dificultades y limitaciones para el estudio	26
CAPÍTULO IV	27
4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
4.1.1. Resultados	27
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	45

## Lista de tablas

Ítem	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca	28
<b>Tabla 2.</b> Prácticas alimentarias de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca	31
<b>Tabla 3.</b> Estado nutricional de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca	34
<b>Tabla 4.</b> Prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024	36

## Lista de anexos

Ítem	Pág
<b>Anexo 1.</b> Resultados de la prueba piloto 46	
<b>Anexo 2.</b> Instrumentos de recolección de datos 47	
<b>Anexo 3.</b> Clasificación de la variable "prácticas alimentarias" 53	
<b>Anexo 4.</b> Consentimiento informado 54	

## Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en el Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca, 2024. Se utilizó un diseño observacional, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 108 adultos mayores, se aplicó un cuestionario sobre prácticas alimentarias y, además, se tomaron y registraron las medidas antropométricas utilizando una ficha de valoración nutricional. Los resultados mostraron que la mayoría (57,7%) se encuentran en la etapa temprana de la vejez, entre 60 y 71 años; 57,4% son de género masculino; 38,9% son casados; 61,1% residen en zona urbana; 71,3% pertenecen a la religión católica; respecto al grado de instrucción 44,4% tienen estudios primarios; 49,1% vive con su pareja; 92,6% reporta apoyo familiar. En prácticas alimentarias la mayoría (75,0%) son inadecuadas; 32,4% con un estado nutricional normal; 31,5% presentan delgadez; en la relación entre variables se usó el chi cuadrado y se obtuvo 20,182 y un p-valúe de 0,000. Se concluye que existe relación significativa entre las dos variables de estudio.

**Palabras Clave:** Prácticas alimentarias, Estado nutricional, Adultos mayores

## Summary

The research aimed to determine the relationship between eating habits and the nutritional status of older adults treated at the Tito Villar Cabezas Hospital, Bambamarca - Cajamarca, 2024. An observational, correlational, cross-sectional design was used. The sample consisted of 108 older adults; a questionnaire on eating habits was applied and, in addition, anthropometric measurements were taken and recorded using a nutritional assessment form. The results showed that the majority (57.7%) are in the early stage of old age, between 60 and 71 years old; 57.4% are male; 38.9% are married; 61.1% reside in urban areas; 71.3% are Catholic; regarding educational level, 44.4% have primary education; 49.1% live with their partner; 92.6% report family support. In terms of eating habits, the majority (75.0%) are inadequate; 32.4% had normal nutritional status; 31.5% were thin; the chi-square test was used to correlate the variables, yielding 20.182 and a p-value of 0.000. It is concluded that there is a significant relationship between the two study variables.

**Keywords:** Dietary practices, Nutritional status, Older adults

## INTRODUCCIÓN

La situación actual del adulto mayor a nivel global enfrenta importantes desafíos, ya que la población de 60 años a más está creciendo a un ritmo sin precedentes. Se proyecta que su número aumentará de 740 millones a 1,000 millones a finales de esta década, se prevé que para el 2050, cerca de 80% vivirán en países de ingresos medios y bajos. Este crecimiento ha evidenciado la falta de mecanismos de protección adecuados y las deficiencias en las políticas y programas destinados a atender sus necesidades (1)

El Ministerio de Salud menciona que la nutrición es un aspecto fundamental para la salud general, donde los adultos mayores son susceptible a los desequilibrios nutricionales debido a factores como la disminución de la reserva de energía, la pérdida de masa muscular y la alteración en la función gastrointestinal. A pesar de la importancia del tema, hay una carencia de estudios que investiguen específicamente las prácticas alimentarias y estado nutricional de los adultos mayores. (3)

Por tal motivo, la investigación actual surge con el objetivo de identificar la relación de las necesidades nutricionales y alimentarias de los adultos mayores en el distrito de Bambamarca. Los resultados serán socializados con los directivos y el personal de salud de la institución, con el fin de contribuir al conocimiento generado por el estudio y apoyar en la mejora de planificación de estrategias y programas de promoción y prevención basados en evidencia, orientados a fortalecer la detección temprana de riesgos nutricionales y servir como base para futuras investigaciones dirigidas a esta población vulnerable.

El presente trabajo está organizado con los siguientes aspectos: en el Capítulo I, el problema de investigación, donde se presenta la definición y delimitación clara del problema de investigación, junto con objetivos claros que guían el estudio; en el Capítulo II, marco teórico, se profundiza en los antecedentes y bases teóricas del estudio, así como la formulación de hipótesis y la definición de variables; en el Capítulo III, diseño metodológico, se describe el diseño del estudio, la población objetivo, los criterios de inclusión y exclusión, y las técnicas utilizadas en la recolección de datos; por último, en el capítulo IV, resultados y discusión, se presentan y analizan los resultados obtenidos, y se discuten las implicaciones del estudio.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Definición y Delimitación del Problema

Las prácticas alimentarias y el estado nutricional son componentes fundamentales en la salud integral del adulto mayor, las prácticas alimentarias abarcan el conjunto de hábitos, costumbres y comportamientos asociados a la selección, preparación y consumo de los alimentos, los cuales se ven influenciados por factores culturales, económicos, sociales y de salud (2).

El estado nutricional hace referencia a la condición física resultante del equilibrio entre el consumo de nutrientes y las necesidades del organismo, evaluado mediante indicadores antropométricos, bioquímicos y clínicos (3).

En cuanto a la situación de salud del adulto, se tiene que la salud nutricional se encuentra variada, el índice de masa corporal (IMC) en adultos mayores varía con un promedio global de 26,2%; se ha registrado que el 26,8% de los adultos mayores presentan delgadez, el 21,7% sobrepeso, y el 10,6% obesidad, esto se ve afectada por diversos factores como el envejecimiento, alteraciones metabólicas, morbilidad crónica y aguda, toma de medicamentos, deterioro de la capacidad funcional, y situaciones psicosociales y económicas, además, se observa que la obesidad es un problema significativo. (4)

En Venezuela, la evaluación del estado nutricional de adultos mayores institucionalizados ha evidenciado la necesidad de un abordaje más detallado. Esto se debe a que no todos son sometidos a pruebas antropométricas, alimentarias y de laboratorio, lo que dificulta la identificación oportuna de posibles riesgos nutricionales (5).

En el caso específico de México, se observa que el sobrepeso, la obesidad y la prevalencia de ambas categorías son el problema nutricional más frecuente en la población adulta, se ha observado una prevalencia de obesidad de casi el 28%, lo cual es mayor a la observada en Estados Unidos y algunos países de Latinoamérica y El Caribe (6).

En América Latina, la coexistencia de problemas nutricionales a causa de exceso de peso y déficit, conocido como la doble carga de la malnutrición, es un fenómeno reciente que requiere mayor atención. La prevalencia de la obesidad en adultos mayores en la región se ha triplicado, siendo que el 62.5% de los adultos tienen sobrepeso y el 28.6% presenta

obesidad, esto se da como consecuencia de un cambio en la alimentación con un mayor consumo de comida rápida y ultra procesada (7).

En el Perú, los estudios recientes indican una prevalencia del 25.7% de desnutrición en adultos mayores, además se ha identificado la falta de acceso a servicios de salud, educación y pensión, así como cifras preocupantes sobre violencia y discriminación por motivos de edad. También se ha observado un aumento significativo del 20.5% en la prevalencia de la obesidad en el adulto mayor, lo que ha sido reportado como un problema emergente dentro del escenario epidemiológico nutricional, ocupando un espacio importante en lo que se considera la problemática de salud pública (8).

Otro estudio reveló que las características sociodemográficas de los adultos mayores peruanos están asociadas con la delgadez, el sobrepeso y la obesidad (9). Asimismo, un estudio halló que el 36,2% de las mujeres y 18,1% de los hombres presentaron sobrepeso (10). Por otro lado, en la población adulta mayor existe una relación directa entre hábitos alimentarios inadecuados y enfermedades crónicas no transmisibles (11).

El estado nutricional en la vejez está condicionado por factores como la falta de recursos económicos, que limita el acceso a alimentos saludables; el aislamiento social y los problemas de salud mental, como la soledad o la depresión, que reducen el interés por una buena alimentación; y la presencia de enfermedades crónicas o deterioro físico, que dificultan la preparación y el consumo adecuado de alimentos. (12). Sin embargo, también hay aspectos que pueden favorecer una buena nutrición. El apoyo de la familia y de un entorno cercano es fundamental, ya que un ambiente afectivo y comprometido puede motivar al adulto mayor a mantener hábitos alimentarios saludables. Sumado a esto, disponer de los recursos económicos necesarios permite acceder a una alimentación variada y nutritiva, clave para preservar sus salud y bienestar. (13).

La evaluación de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los adultos mayores ha revelado varios hallazgos significativos. Según un estudio realizado en un hogar de ancianos en Asunción, se encontró que casi tres cuartos de la población evaluada presentaban riesgo de malnutrición, lo que destaca la importancia de mejorar el tratamiento y seguimiento nutricional de este grupo vulnerable (14).

Los hábitos alimentarios en adultos mayores están influenciados por diversos factores que pueden tener un impacto significativo en su salud y bienestar. Algunos de los factores que intervienen en los hábitos alimentarios en adultos mayores incluyen: Cambios fisiológicos

y de salud, a medida que las personas envejecen, experimentan cambios fisiológicos que pueden afectar su apetito, digestión y absorción de nutrientes, además, la presencia de enfermedades crónicas y la toma de medicamentos pueden influir en los hábitos alimentarios de los adultos mayores (12).

También se tiene factores socioeconómicos, debido a que el nivel socioeconómico desempeña un papel importante en los hábitos alimentarios de los adultos mayores, la disponibilidad de recursos económicos, acceso a alimentos saludables y la capacidad para preparar comidas nutritivas pueden influir en sus elecciones alimenticias (13).

Los cambios en el estilo de vida, como la jubilación, la pérdida de seres queridos o la necesidad de cuidar a otros miembros de la familia, pueden afectar los hábitos alimentarios de los adultos mayores. También se tiene la actividad física, ya que la relación entre los hábitos alimentarios y la actividad física es crucial para la salud de los adultos mayores, la práctica regular de actividad física puede estar asociada a una alimentación balanceada y a la prevención de enfermedades crónicas (15).

El mal estado nutricional en adultos mayores genera consecuencias significativas como el deterioro físico y mental, debido a la pérdida de peso, debilidad muscular y disminución de la funcionalidad. También aumenta la predisposición a infecciones y enfermedades crónicas, afectando su calidad de vida. La malnutrición, tanto por déficit como por exceso, repercute negativamente en su salud a lo largo del tiempo. (12); además, las dificultades para alimentarse, masticar y tragar conducen a una ingesta inadecuada. Finalmente, existe una relación bidireccional entre mala nutrición y depresión, lo que compromete aún más su bienestar físico y mental. (16).

El estado nutricional se refiere a la condición de salud y bienestar determinada por la nutrición, basada en la satisfacción de necesidades nutricionales específicas. A su vez, los hábitos alimentarios son los alimentos que una persona consume habitualmente y que forman parte de su estilo de vida. Estos, están influenciados por factores como el estado de salud, la situación económica, la sociedad, la cultura, la religión, entre otros. (17).

En Cajamarca estudios indican que los adultos mayores presentan un estado nutricional desfavorable, lo que conlleva a un incremento de padecimientos que se podrían prevenir (18). En Bambamarca no se han encontrado estudios relacionados con prácticas alimentarias y estado nutricional de adultos mayores, es por ello que se ha creído conveniente realizar esta investigación con el propósito de conocer la realidad de los

adultos mayores en esta región y lograr estrategias relacionadas a las necesidades nutricionales de este poblacional.

La "Ley de la persona Adulto Mayor" (Ley N° 30490) es un marco legal que busca proteger los derechos de las personas adultas mayores, incluyendo el derecho a la salud, la integridad y la seguridad social, esta ley establece medidas para garantizar la atención integral de las personas adultas mayores, promoviendo su bienestar y calidad de vida. Han implementado programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades para adultos mayores, con el objetivo de fomentar un envejecimiento activo y saludable. Ofreciendo atención médica especializada a través de las Unidades Básicas de Atención al Adulto Mayor (UBAAM), dentro del sistema de seguridad social en salud. (19).

La concepción de salud y calidad de vida en el adulto mayor se aborda de manera integral, considerando no solo el aspecto de salud, sino también el bienestar personal, la funcionalidad y los entornos sociofamiliares propicios. Esto refleja una decisión política de implementación y ejecución de normas para promover un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida para las personas adultas mayores en Perú (20).

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca?

## **1.3. Justificación del estudio**

El estudio es fundamental para contribuir con la identificación de características de los adultos mayores con necesidades nutricionales, así como sus prácticas alimentarias adecuadas e inadecuadas, que pueden estar favoreciendo o no su salud, llevando a la desnutrición, o la obesidad.

Asimismo, los resultados serán de gran utilidad para autoridades del hospital y el personal de salud, ya que al socializar la información podrán utilizarla como evidencia que permita diseñar intervenciones que promuevan la adopción de hábitos alimenticios saludables, enriquecer sus estrategias de captación, promoción y prevención dirigidas a adultos mayores frágiles o en situación de riesgo.

Además, los hallazgos permitirán diseñar programas de educación alimentaria y nutricional dirigidos al personal de salud, con el objetivo de fortalecer sus capacidades para detectar de forma temprana alteraciones en el estado nutricional. Esto facilitará intervenciones oportunas que contribuyan a prevenir complicaciones de salud más graves.

Los resultados servirán como base bibliográfica y antecedente para futuras investigaciones, ayudándolos a mejorar o proponer cambios en el diseño metodológico de nuevos estudios, que ayudarán a comprender las prácticas alimentarias y el estado nutricional de esta población, diseñando estrategias y programas de promoción de la salud que respondan efectivamente a las necesidades de esta población.

#### **1.4.Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.

##### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.
2. Determinar las prácticas alimentarias de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.
3. Determinar el estado nutricional de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio.

##### **A nivel internacional.**

Meza et al. (21), en su artículo científico del 2023, en Paraguay, su objetivo fue establecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados de adultos y adultos mayores; estudio descriptivo, con una muestra de 44 personas, que respondieron una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados, obtuvo como resultados que el 47.7% tuvieron conocimiento a nivel medio, la mayoría (81.8%) tuvo actitud positiva respecto a la dieta saludable, respecto a las prácticas la mayoría (47.7%) expresó tener prácticas saludables, concluyó que existe una relación directa entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados.

Smith y Johnson. (22), en su investigación realizada del 2023 en Australia, su objetivo de evaluar la correlación entre los hábitos dietéticos y el estado nutricional en adultos mayores urbanos, estudio correlacional con diseño transversal, incluyendo 300 participantes mayores de 65 años, utilizó como instrumentos el Dietary Habits Questionnaire [Cuestionario de hábitos alimentarios] (DHQ) y Geriatric Nutritional Risk Index [Índice de riesgo nutricional geriátrico] (GNRI), en resultados se encontró que el 61% tenía inadecuado hábitos alimentarios según la frecuencia de consumo, además según su IMC 28% presentan delgadez y 20% obesidad; se observó una correlación moderada ( $r=0.54$ ,  $p<0.01$ ) entre hábitos dietéticos saludables y mejor estado nutricional. Concluyendo que los hábitos dietéticos influyen significativamente en el estado nutricional de los adultos mayores urbanos.

Darroman et al. (23), en su artículo científico del 2023, desarrollado en Los Ríos, Ecuador, con su objetivo de encontrar el estado nutricional de ciertos grupos vulnerables en barrios periurbanos, investigación no experimental y descriptiva; tuvo una muestra de 335 niños y 108 adultos mayores, quienes pasaron una evaluación del estado nutricional además de responder un Cuestionario de prácticas alimentarias, obteniendo como resultados 72% de los niños y 80,5% de los adultos presentaron dolencias nutricionales, así como alteraciones metabólicas: anemia, desnutrición, sobrepeso y obesidad. Concluye que el estado

nutricional fue bajo debido al elevado consumo de azúcares, gaseosas, grasas y comidas rápidas.

García y Martínez. (24), en su artículo científico del 2022, realizado en España, su objetivo fue determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de adultos mayores residentes en centros geriátricos de Madrid, estudio correlacional transversal con una muestra de 250 adultos mayores, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA) y Mini Nutritional Assessment (MNA), donde se encontró que 54% tenían inadecuados hábitos alimentarios lo que se vio reflejado en el estado nutricional siendo que solo 24% presentaba un diagnóstico normal, 48% tenía delgadez y 19% presentaban obesidad, además se halló una correlación positiva significativa ( $r=0.68$ ,  $p<0.001$ ) entre prácticas alimentarias saludables y mejor estado nutricional. Concluyendo que las prácticas alimentarias tienen una influencia directa en el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados.

Henao et al. (25), en su artículo científico del 2022, realizado en Ibagué, Bolivia, su objetivo fue describir el estado nutricional de adultos mayores jubilados, estudio cuantitativo de tipo descriptivo, con una muestra de 80 personas que se sometieron al fichaje de estado nutricional, de donde se obtuvo como resultados que la mayoría de los participantes no tienen desnutrición (51%), pero preocupa el 11.25% que presente posible riesgo de desnutrición a futuro, además se apreció que 70% presenta alteraciones nutricionales mayormente en el aumento de peso respecto a su talla. Se concluye que las alteraciones del estado nutricional generan un factor de riesgo ante la presencia de patologías crónicas.

### **A nivel nacional.**

Maratuech. (26), en su tesis del 2024, realizada en Huaral con su objetivo de establecer la relación entre el comportamiento alimentario y estado nutricional de los trabajadores, investigación correlacional, tuvo una muestra de 80 personas, quienes dieron respuesta al cuestionario de prácticas alimentarias, obteniendo como resultados que la mayoría (62.5%) tuvo inadecuado comportamiento alimentario y el estado nutricional predominante fue el sobrepeso (41,3%), se concluye que existe relación significativa entre el comportamiento alimentario y el estado nutricional.

Chavez y Gutierrez. (27), en su investigación del 2023 realizado en el Cusco con su objetivo de evaluar la relación entre las prácticas alimentarias y el riesgo nutricional en adultos mayores de una comunidad andina de Cusco, estudio correlacional transversal con una

muestra de 120 adultos mayores, como instrumentos fue el Cuestionario de Prácticas Alimenticias Andinas (CPAA) y el Índice de riesgo nutricional geriátrico, de donde se extrajo que 61% presentó adecuadas prácticas alimentarias, 58% tenían un diagnóstico de estado nutricional normal, se observó una correlación negativa significativa ( $r=-0.67$ ,  $p<0.001$ ) entre prácticas alimentarias tradicionales andinas y riesgo nutricional, concluyendo que las prácticas alimentarias tradicionales andinas están asociadas con un menor riesgo nutricional en los adultos mayores de la comunidad estudiada.

Torres y Méndez. (28), en su artículo científico realizado en el 2022 en Lima, su objetivo fue determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos mayores atendidos en un centro de salud, estudio correlacional de corte transversal con 150 adultos mayores, ellos respondieron el cuestionario de hábitos alimentarios (CHA) y pasaron por una mini evaluación nutricional, obtuvieron que 35% tenían hábitos alimentarios inadecuados, 50% tenían normal estado nutricional, 18% presentaban delgadez y 8% delgadez, además se encontró una correlación positiva moderada ( $r=0.59$ ,  $p<0.01$ ) entre hábitos alimentarios saludables y mejor estado nutricional, se concluyó que existía una relación significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores en el contexto urbano de Lima.

Tentaya. (29), en su tesis del 2022, realizada en Nasca, su objetivo fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada y el estado nutricional en adultos mayores, estudio descriptivo y correlacional, teniendo una muestra de 60 personas que dieron respuesta a la encuesta sobre alimentación balanceada, obteniendo como resultados que la mayoría (56,7%) eran de género femenino; estado civil viudo (40%); además el grado de instrucción que predominó (35%) fue el superior técnico; también la mayoría (53,3%) respondió tener ingreso económico de 250 a 500 soles mensuales; 21,7% tenía sobrepeso y 10% delgadez desnutrición aguda, 78,3% nivel conocimiento sobre alimentación balanceada inadecuado. Se concluyó que no se encontró relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada y el estado nutricional en adultos mayores del asentamiento humano.

Calderón. (30), en su investigación del 2021 realizada en Junín con su objetivo de establecer cómo se relaciona los hábitos alimentarios con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus, indagación correlacional y no experimental, tuvo una muestra de 205 pacientes que

respondieron una encuesta sobre hábitos alimentarios, se obtuvo como resultados que la mayoría (45,85%) tuvo hábitos alimentarios no adecuados, además se encontró sobrepeso en un 3,17%, y obesidad el 11,71%. Concluye que los hábitos alimentarios son difíciles de modificar aún en una población adulta mayor, lo cual complica más su estado de salud (delgadez, sobrepeso y obesidad), se determinó la relación directa y significativa ( $p=0.002$ ) entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional.

### **A nivel local.**

Linarez. (31), en su estudio del 2020, realizado en Cajamarca con la finalidad de evaluar el estado nutricional del adulto mayor, indagación descriptiva, con una muestra de 74 personas que respondieron un cuestionario de encuesta de hábitos alimentarios además de llenar sus datos en la ficha de estado nutricional, dando como resultados que en cuanto a composición corporal 64.9 % tienen una circunferencia braquial mayor o igual a 22 centímetros; 67.6% tienen un perímetro de pantorrilla mayor a 31 cm; 47.3% desconoce si perdió o no peso durante los 3 últimos meses, se concluye que la mayoría se encuentra bien nutrido, pero si hay un porcentaje con riesgo de desnutrición (15%), a los cuáles se les recomienda crear estrategias para mejorar su estado nutricional.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Prácticas alimentarias**

Para Maza y otros (32), las prácticas alimentarias abarcan una amplia gama de comportamientos, decisiones y hábitos relacionados con la alimentación, estas prácticas pueden estar influenciadas por factores individuales, sociales, culturales y económicos, y pueden variar significativamente entre diferentes grupos de población.

Guanga y Galarza (33) mencionan que la teoría social y antropológica ha explorado cómo las prácticas alimentarias están arraigadas en las estructuras sociales y cómo reflejan relaciones de poder, identidades culturales y significados simbólicos asociados con los alimentos.

Las prácticas alimentarias desempeñan un papel crucial en la nutrición y la salud, estas prácticas incluyen la selección, preparación y consumo de alimentos, así como los hábitos alimenticios y las decisiones afines a la dieta diaria. La calidad de la alimentación tiene un impacto directo en la salud y el bienestar, ya que los alimentos proporcionan los nutrientes esenciales necesarios para el funcionamiento adecuado del

cuerpo. Además, las prácticas alimentarias influyen en la prevención de enfermedades, el mantenimiento de un peso saludable y la promoción de un estilo de vida activo y equilibrado (34).

## **1. Teorías relacionadas a prácticas alimentarias**

Existen distintas teorías que ayudan a comprender las prácticas alimentarias, Delgadillo y Arzate (35) hacen mención de la teoría de la construcción social de la identidad, se entiende que la forma en que comemos está profundamente conectada con nuestra cultura y cómo nos relacionamos con los demás. García y Martina (36) señalan que, en contextos interculturales, las personas migrantes tienden a cuidar su salud y alimentación guiadas por costumbres y valores culturales. La identidad cultural, según Saldaña (37), se forma en grupo y está marcada por la memoria, tradiciones y lo que una comunidad comparte. Esto hace que la manera en la que comemos y nos relacionamos con los demás esté influenciada por ese trasfondo cultural común.

La teoría de la cultura alimentaria como dicen Ekmeiro y Matos (38) se centra en la comprensión de cómo las prácticas alimentarias están influenciadas por aspectos subjetivos, como las ideas, valores y significados construidos socialmente en torno a la comida, reconoce que la cultura alimentaria es un sistema amplio que abarca prácticas agrícolas, culinarias y aspectos subjetivos que evolucionan a lo largo del tiempo. Por otro lado, Calderón et al (39) mencionan que la cultura alimentaria no solo se refiere a la selección y preparación de alimentos, sino que también abarca el entorno sociocultural y el paradigma alimentario, además, la identidad cultural y el sentido de pertenencia están estrechamente ligados a las tradiciones culinarias y a la forma en que la sociedad se relaciona con la alimentación.

Diez (40) cita que la teoría del apego y las prácticas alimentarias están interconectadas, ya que el apego, que se describe como el vínculo que se forma a partir de las relaciones establecidas desde el nacimiento, puede influir en las conductas alimentarias, la calidad de la relación de apego, especialmente en la infancia, impactan en cómo las personas experimentan y responden al mundo que las rodea, lo que a su vez influye en sus hábitos alimentarios (40). Por ejemplo, un apego seguro, que se establece cuando los cuidadores responden de manera sensible y consistente a las necesidades del niño, puede promover un desarrollo saludable y una base segura desde la cual explorar el entorno, lo que puede influir en la relación con la comida y en la formación de hábitos alimentarios saludables.

Además, se ha observado que el estilo de apego y los estilos parentales pueden influir en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, aunque no son determinantes, ya que estos trastornos son multifactoriales (41).

Barrial (42) nombra la teoría del consumo de alimentos como un proceso social sugiere que la forma en que las personas eligen, prepara y consumen alimentos está influenciada por factores sociales, culturales y económicos, esta teoría reconoce que el acto de comer no es simplemente una actividad biológica, sino que está imbuido de significados simbólicos y sociales que reflejan las dinámicas familiares, laborales y los ritmos de vida de una sociedad. Por ejemplo, en el contexto de la globalización, se ha observado que la oferta creciente y variada de alimentos ha impactado tanto en la elección y forma de alimentarse, como en las dinámicas familiares y laborales. Además, el consumo de alimentos se considera un proceso estrechamente relacionado con otros aspectos centrales de la vida social, lo que implica compartir conocimientos, normas de práctica y motivaciones (43).

Por su parte Lozano et al. (44) se refieren que la teoría del estatus social indica que el estatus social de un individuo influye en sus hábitos alimentarios y en la forma en que percibe y selecciona los alimentos. Según estudios, se ha observado que el estatus social puede estar relacionado con las preferencias alimentarias, los hábitos de consumo y la valoración de ciertos alimentos. Es así que, Chávez (13) ha encontrado que, en contextos universitarios, los estudiantes pueden dar prioridad a su estatus social, educación y crecimiento profesional por encima de su salud, lo que puede influir en sus elecciones alimentarias y en su relación con la comida, asimismo, se ha identificado que las prácticas alimentarias de los niños pueden estar vinculadas a determinantes sociales, como el nivel educativo de las madres y la estructura familiar.

## **2. Modelos sobre prácticas alimentarias**

El Modelo de Protección Social, se centra en mejorar la seguridad alimentaria al proporcionar acceso directo e inmediato a una mayor cantidad, calidad y diversidad de alimentos, según el Grupo Banco Mundial (45) este enfoque busca garantizar que las personas tengan la capacidad de acceder a alimentos nutritivos y seguros, lo que a su vez puede influir en sus prácticas alimentarias y en su bienestar general. Además, el derecho a una alimentación adecuada se considera un derecho humano fundamental, y

la pobreza y la desigualdad son identificadas como causas subyacentes de la inseguridad alimentaria. Mientras que las Naciones Unidas (46) mencionan que el Modelo de Protección Social busca colaborar con agencias pertinentes para integrar enfoques basados en derechos humanos en estrategias de reducción de la pobreza, seguridad social y programas alimentarios, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la seguridad alimentaria de las personas.

Espejo et al. (47) relata que el modelo de capacitación nutricional se enfoca en proporcionar conocimientos profundos sobre alimentos, comunicación efectiva y aspectos relacionados con la psicología y sociología de la alimentación, este modelo busca mejorar la adherencia a los tratamientos dietéticos a través de estrategias educativas en nutrición. La capacitación en nutrición ha demostrado impactar positivamente en la conducta real respecto de la esperada, lo que sugiere que la formación nutricional puede influir en las prácticas alimentarias y en la adherencia a tratamientos dietéticos específicos (48).

### **3. Prácticas alimentarias en adultos mayores**

Según Troncoso (49) las prácticas alimentarias en adultos mayores son esenciales para garantizar su bienestar y calidad de vida en esta etapa tan importante, es crucial que sigan una dieta equilibrada y variada que les proporcione los nutrientes necesarios para mantenerse sanos y con energía.

El estado de nutrición en las personas adultas mayores está relacionado con el proceso de envejecimiento y los cambios fisiológicos que ocurren en el organismo, estos cambios llegan a afectar la absorción intestinal de nutrientes, lo que lleva a cuadros de desnutrición, incluso cuando necesitan comer menos, es común que con el paso de los años se presenten cambios en el apetito, la digestión y el metabolismo, por lo que es importante adaptar la alimentación a las necesidades de cada individuo, para ello es recomendable incluir alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales, así como limitar el consumo de grasas saturadas y azúcares añadidos (49).

Con la edad, los adultos mayores llegan a enfrentar diversos problemas al comer, como dificultades para masticar debido a problemas dentales, disminución de la sensación de sed, entre otros, es importante abordar estos problemas de manera adecuada, como buscar ayuda de un dentista en caso de problemas con las dentaduras postizas y asegurarse de mantener una adecuada hidratación (50).

Los expertos recomiendan que los adultos mayores tengan un IMC entre 25 y 27, un poco más alto que el rango recomendado para los adultos más jóvenes, que es de 18.5 a 24.9, asimismo, generalmente los hombres necesitan más calorías que las mujeres, y los adultos mayores necesitan menos calorías que los adultos más jóvenes, es así que el nivel de actividad física influye en las necesidades calóricas (51).

Es fundamental fomentar hábitos alimentarios saludables, como comer despacio, masticar bien los alimentos y mantenerse hidratados, también es importante realizar actividad física de forma regular para mantener la masa muscular y la movilidad, esta es una manera de disminuir de modo considerable el riesgo de sufrir cualquier tipo de enfermedad crónica, garantizando así una vida saludable, y por ende un aumento de calidad en el adulto mayor (52).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la dieta de los adultos mayores debe ser variada, incluyendo frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales, aconsejando limitar el consumo de grasas saturadas, sal y azúcares añadidos, priorizando las grasas saludables provenientes de pescados, aguacate y frutos secos (53). El Ministerio de Salud del Perú enfatiza que los adultos mayores deben consumir diariamente al menos 5 porciones de frutas y verduras, priorizando los alimentos de colores variados para asegurar una amplia gama de nutrientes (54).

De acuerdo a la frecuencia y horarios de comidas, García y Martínez (55) recomiendan que los adultos mayores realicen entre 4 y 5 comidas al día, incluyendo desayuno, almuerzo, cena y 1-2 meriendas ligeras, mantener horarios regulares de alimentación puede ayudar a mejorar la digestión y el aprovechamiento de nutrientes. La OMS subraya que la hidratación adecuada es crucial para los adultos mayores, recomienda consumir al menos 8 vasos de agua al día, aumentando esta cantidad en climas cálidos o durante la actividad física (53). El MINSA indica que, en casos de deficiencias nutricionales comprobadas, puede ser necesaria la suplementación con vitaminas y minerales, especialmente vitamina D y calcio para mantener la salud ósea, sin embargo, esto debe ser supervisado por un profesional de la salud (54).

López et al. (56) señalan que la dieta del adulto mayor debe adaptarse a sus condiciones de salud específicas, por ejemplo, en casos de hipertensión, se debe reducir aún más el consumo de sal, mientras que, en diabetes, es crucial controlar la ingesta de carbohidratos simples. Ramírez y Gómez (15) recomiendan que los métodos de cocción

para adultos mayores deben priorizar técnicas que conserven los nutrientes y faciliten la digestión, como el hervido, el horneado o el cocido al vapor, evitando las frituras y los alimentos muy procesados.

Chávez (13) destaca que el aspecto social de la alimentación es crucial para los adultos mayores, es por ello que se debe fomentar que coman en compañía siempre que sea posible, ya que esto no solo mejora la ingesta de alimentos, sino también el bienestar emocional.

Según Torres y Vega (57) es importante adaptar la textura de los alimentos en caso de dificultades de masticación o deglución, el uso de alimentos suaves, purés o líquidos espesados puede ser necesario en algunos casos para garantizar una nutrición adecuada.

#### **4. Dimensiones de prácticas alimentarias**

##### **a. Prácticas alimentarias saludables**

Las prácticas alimentarias saludables se refieren a los comportamientos relacionados con la selección, preparación y consumo de alimentos que promueven la nutrición adecuada y contribuyen a la salud y el bienestar. Estas prácticas incluyen la elección de una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y otros alimentos nutritivos, así como la adopción de hábitos alimentarios que fomenten la variedad, el equilibrio y la adecuación nutricional (58).

##### **b. Prácticas alimentarias no saludables**

Las prácticas alimentarias no saludables se refieren a comportamientos que pueden contribuir a una nutrición deficiente y a la aparición de problemas de salud, estas prácticas incluyen el consumo excesivo de alimentos procesados, ricos en grasas saturadas, azúcares añadidos y sodio, así como la adopción de hábitos alimentarios desequilibrados que no satisfacen las necesidades nutricionales del organismo (59).

##### **c. Factores que afectan las prácticas alimentarias**

Dentro de la alimentación de los adultos mayores, hay factores que llegan a influir en las prácticas saludables o no saludables de estos, como, por ejemplo:

- **Genética y predisposición racial:** La posibilidad de tener sobrepeso u obesidad puede estar influenciada por factores genéticos, y algunos grupos étnicos y raciales tienen una mayor propensión a la obesidad, además, el lugar de residencia y el entorno

social llegan a afectar los hábitos alimenticios y de actividad física, así como el acceso a alimentos saludables y lugares para hacer ejercicio.

- Hábitos de consumo: El consumo desmedido de alcohol y el tabaquismo pueden representar factores de riesgo para diversas enfermedades, como enfermedades cardiovasculares, daño hepático y renal, por lo tanto, los hábitos de consumo de alcohol y tabaco influyen en la salud de los adultos mayores.
- Entorno social y factores psicosociales: El entorno social y los factores psicosociales, como el aislamiento social, la discriminación por motivos de edad y el maltrato, pueden afectar la salud mental de los adultos mayores, el bienestar emocional y social juega un papel crucial en su salud mental.
- Condiciones físicas y sensoriales: Las condiciones físicas, como la disfunción del gusto y el olfato, así como los problemas dentales, suelen influir en las elecciones alimenticias de los adultos mayores, la conveniencia, el sabor y el precio también son factores que influyen en las elecciones de alimentos de los adultos mayores.

### **2.2.2. Estado nutricional del adulto mayor**

Aquino (60) dice que el estado nutricional se refiere a la situación de salud y bienestar determinada por la nutrición en una persona o grupo. Se alcanza un estado nutricional óptimo cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos (59). La evaluación del estado nutricional se realiza a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos, lo que permite diagnosticar si una persona se encuentra en un peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad, así como detectar carencias de nutrientes. Este estado se ve influenciado por la ingesta calórica, la adaptación fisiológica a la ingesta de nutrientes y las necesidades metabólicas propias de la persona (61). La evaluación del estado nutricional es fundamental para la prevención y el tratamiento de desequilibrios nutricionales, y es una necesidad en el desarrollo sanitario actual.

#### **Índice antropométrico: Índice de Masa Corporal**

Los indicadores antropométricos son medidas utilizadas para evaluar características físicas y fisiológicas de una persona, como su composición corporal, distribución de grasa, y riesgos asociados a la salud. Estos indicadores incluyen el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de la cintura, el índice, cintura/cadera, entre otros.

Estas medidas son importantes para evaluar el estado nutricional, identificar riesgos de enfermedades cardiovasculares, determinar la obesidad y evaluar el crecimiento y desarrollo en niños (62). Los indicadores antropométricos son herramientas clave en la evaluación de la salud y el bienestar físico de las personas.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida que relaciona el peso de una persona con su estatura, calculada mediante la fórmula:  $\text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$ . Esta medida se compara con tablas específicas para determinar si una persona tiene un peso saludable en relación con su estatura (30). El IMC es importante porque proporciona información sobre el riesgo de complicaciones para la salud asociadas al sobrepeso u obesidad. Por ejemplo, un IMC alto puede indicar un mayor riesgo de enfermedades como la diabetes, hipertensión y otras condiciones relacionadas con el exceso de peso. Es fundamental tener en cuenta que el IMC es una herramienta de detección, pero no diagnostica la grasa corporal ni la salud de un individuo de manera individual. Por lo tanto, es importante considerar otras evaluaciones adicionales para obtener un panorama completo de la salud de una persona (63).

La clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) para adultos mayores es la siguiente (64):

- Delgadez: Un IMC por debajo de 23.0 indica delgadez, que viene a ser una clasificación de la valoración nutricional distinguida por una baja masa corporal en relación a la talla
- Normal: Un IMC mayor a 23.0 hasta 27.9 se considera dentro del rango de peso saludable, es una clasificación de valoración nutricional caracterizada por una masa corporal adecuada con relación a la talla.
- Sobrepeso: Un IMC igual o mayor a 28.0 hasta 31.9 se clasifica como sobrepeso, es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal.
- Obesidad: Un IMC igual o superior a 32.0 indica obesidad, es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo.

### **2.2.3. Adulto mayor**

Un adulto mayor se refiere a una persona que ha alcanzado una edad avanzada, generalmente considerada como 60 años o más (9). En general, los adultos mayores pueden ser clasificados en diferentes grupos de acuerdo a su edad y necesidades:

- Adulto mayor joven (60-74 años): Esta etapa se caracteriza por la transición de la vida laboral a la vida post-trabajo y la adquisición de nuevas habilidades y roles.
- Adulto mayor adulto (75-84 años): Esta etapa se caracteriza por la consolidación de la vida adulta y la pérdida de la independencia física.
- Adulto mayor anciano (85 años o más): Esta etapa se caracteriza por la pérdida de la capacidad para realizar actividades diarias sin ayuda y la necesidad de atención médica y asistencia.

En el ámbito de la salud, los adultos mayores pueden presentar una serie de características y necesidades específicas, como (64):

- La disminución de la capacidad física y cognitiva: Con el envejecimiento, es común que los adultos mayores experimenten una reducción en su capacidad física, lo que puede incluir debilidad muscular, disminución de la resistencia y problemas de movilidad. Además, la capacidad cognitiva también puede verse afectada, manifestándose en dificultades con la memoria, la atención y el procesamiento de información.
- La aparición de enfermedades crónicas y degenerativas: Los adultos mayores son más propensos a desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y condiciones degenerativas como la artritis y la demencia. Estas enfermedades requieren un manejo continuo y pueden afectar significativamente la calidad de vida, así como la capacidad para realizar actividades cotidianas.
- La pérdida de la independencia y la necesidad de asistencia: A medida que las capacidades físicas y cognitivas disminuyen, muchos adultos mayores pueden perder su independencia, lo que a menudo resulta en la necesidad de asistencia para actividades diarias como vestirse, alimentarse y realizar tareas del hogar. Esta dependencia puede ser emocionalmente difícil tanto para el adulto mayor como para sus familiares.
- La ansiedad y el estrés relacionados con la vejez: La transición a la vejez puede generar ansiedad y estrés, a menudo relacionados con la pérdida de salud, la soledad y la incertidumbre sobre el futuro. Estos factores pueden afectar la salud mental y emocional de los adultos mayores, aumentando el riesgo de depresión y otros problemas de salud mental.

En el ámbito social, los adultos mayores pueden presentar una serie de características y necesidades específicas, como (9)

- La búsqueda de significado y propósito en la vida: Muchos adultos mayores sienten la necesidad de encontrar un propósito en esta etapa de sus vidas. Esto puede incluir la búsqueda de actividades que les brinden satisfacción personal, como el voluntariado, el aprendizaje de nuevas habilidades o la participación en proyectos comunitarios.
- La conexión con familiares y amigos: La conexión social es crucial para el bienestar de los adultos mayores. Mantener relaciones significativas con familiares y amigos puede ayudar a combatir la soledad y mejorar la salud mental. Las interacciones sociales positivas son fundamentales para su bienestar emocional.
- La participación en actividades sociales y recreativas: La participación en actividades sociales y recreativas es esencial para mantener la salud física y mental. Estas actividades pueden incluir grupos de ejercicio, clases de arte, clubes de lectura o cualquier otra forma de interacción social que fomente el sentido de comunidad y pertenencia.
- La percepción de la vejez como un proceso natural y aceptable: Es importante que los adultos mayores desarrollen una percepción positiva de la vejez, viéndola como una etapa natural de la vida. Esta aceptación puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con el envejecimiento, promoviendo una actitud más saludable hacia la vida y el bienestar.

### **Características del adulto mayor**

Las características de los adultos mayores son diversas y abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y de salud.

- Heterogeneidad: El grupo de población mayor no es homogéneo, ya que cada persona en función de sus experiencias vitales desarrolla procesos cognitivos, destrezas o sensibilidades específicas, por tanto, no todos los individuos envejecen de la misma manera (30).
- Cambios físicos y psicológicos: El envejecimiento conlleva cambios físicos y psicológicos, como la disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasis y la presencia de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, que pueden ser más frecuentes en la vejez (63).

- Necesidades cambiantes: La etapa de la vejez supone una tercera parte de la vida de una persona, lo que conlleva cambios físicos, psíquicos, personales y económicos a los que el adulto mayor puede no saber hacer frente, o no disponer de las herramientas suficientes, por lo que progresivamente necesitará más ayuda (63).
- Salud y bienestar: Es necesario conservar y fortalecer la salud y bienestar de los adultos mayores, promoviendo procesos de envejecimiento exitoso, saludable y/o activo (30).

### **Apoyo al adulto mayor**

Los adultos mayores enfrentan diversos desafíos y necesidades que requieren un apoyo integral por parte de la sociedad y las instituciones:

- Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM): La Ley N° 28803 establece la creación de los CIAM en las Municipalidades Provinciales y Distritales, estos centros proporcionan servicios integrales y multidisciplinarios para el bienestar y promoción de los adultos mayores, coordinados por la Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Los CIAM buscan mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores a través de actividades artísticas, culturales, recreativas, artesanales y ocupacionales que promuevan una mayor participación para su desarrollo personal e integración, estos centros son fundamentales en la promoción del envejecimiento activo y saludable, así como en la protección de los derechos de los adultos mayores en el contexto peruano (52).
- Servicios Sociales y de Salud: Se ofrecen servicios como cuidado diurno, promoción del adolescente, club del adulto mayor, comedor transitorio, consejería familiar, escuela de padres, y defensoría del niño y la familia; estos servicios buscan promover el bienestar y la integración social de los adultos mayores. El club para adultos es un espacio diseñado para promover la participación activa, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, estos clubes suelen ofrecer una variedad de actividades, servicios y programas necesarios para este grupo etario (65).
- Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores: A través del Decreto Supremo N° 006-2021, se aprobó la Política Nacional Multisectorial para

las Personas Adultas Mayores al 2030, con el objetivo de promover el bienestar y la inclusión social de este grupo de población

### **La salud en el adulto mayor**

La salud en el adulto mayor es un aspecto crucial que requiere atención especializada y enfoques integrales, el envejecimiento conlleva cambios fisiológicos y psicológicos que impactan la salud y el bienestar de las personas mayores, para ello, es fundamental considerar aspectos como la nutrición, la actividad física, la salud mental, el acceso a servicios de salud y la prevención de enfermedades (8).

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento implica la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que puede resultar en un declive gradual de las capacidades físicas y mentales, así como un mayor riesgo de enfermedades. Por lo tanto, es crucial promover un envejecimiento saludable que permita a los adultos mayores vivir con buena salud y en un entorno propicio, lo que les permitirá mantener su capacidad para realizar actividades significativas (63).

La promoción de la salud en el adulto mayor incluye recomendaciones para el equipo de salud del primer nivel de atención, la detección de la fragilidad, la promoción de hábitos de vida saludables, la prevención de la soledad y la depresión, así como el acceso a servicios de salud y programas de atención integral, además, es importante considerar la importancia de la participación social, la recreación, la educación para la salud y el intercambio intergeneracional como componentes clave para el bienestar integral de los adultos mayores (29).

### **2.3.Hipótesis de investigación**

**H1:** Existe relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca 2024.

**Ho:** No existe relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.

### **2.4.VARIABLES del estudio**

**Variable 1:** Prácticas alimentarias

**Variable 2:** Estado nutricional de los adultos mayores

## Matriz de operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Variable 1: Prácticas alimentarias</b>	Troncoso. (49) menciona que se refiere a los patrones, comportamientos y hábitos relacionados con la alimentación en este grupo demográfico. Esto incluye la forma en que seleccionan, preparan y consumen alimentos, así como sus actitudes y creencias en torno a la alimentación y la nutrición.	Para su operacionalización se utilizó valores de Inadecuado o Adecuado teniendo en cuenta cada indicador, lo que permitió determinar si la persona tiene prácticas alimentarias saludables o no saludables en los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca.	Prácticas alimentarias saludables	Frecuencia y cantidad de ingesta de alimentos Buenos	Inadecuado (23-68) Adecuado (69-113)	Categórica	Nominal
				Diversidad y calidad de alimentos			
			Prácticas alimentarias no saludables	Autonomía en la preparación			
<b>Variable 2: Estado nutricional</b>	Aquino. (60) explica que el estado nutricional, se conceptúa como la situación de salud que presenta la persona adulta mayor, debido a su nutrición, prácticas y régimen alimentario, y otros aspectos dados durante el proceso de envejecimiento.	Para su operacionalización se utilizó el IMC como un indicador internacional para estimar el estado nutricional de los adultos mayores, permitiendo determinar si los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca tienen un peso saludable, sobrepeso, obesidad o algún grado de desnutrición.	Índice antropométrico	- Peso	<b>IMC</b> Delgadez $\leq 23$ Normal $> 23$ a $< 28$ Sobrepeso $\geq 28$ a $< 32$ Obesidad $\geq 32$	Cuantitativa	Ordinal
				- Talla			

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio.

La investigación tuvo un diseño observacional, que consistió en observar, medir y registrar eventos o comportamientos sin intervenir en el curso natural de estos. Además, fue relacional ya que buscó comprender la relación de las variables entre sí, sin entrar en explicaciones causales. Tuvo corte Transversal, porque los datos fueron recolectados en un momento determinado.

#### 3.2. Población de estudio

Estuvo constituida por 300 adultos mayores atendidos durante el tercer trimestre del año 2024 en el Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca – Cajamarca.

#### 3.3. Criterio de inclusión

- ✓ Personas adultas mayores de 60 años que fueron atendidos en el Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca - Cajamarca.
- ✓ Adultos mayores participantes de manera voluntaria en la investigación.

#### 3.4. Criterio de exclusión

- ✓ Adultos mayores que no tuvieron las facultades mentales para participar en el estudio
- ✓ Adultos mayores con limitaciones de movilidad que les impedían participar de manera autónoma.

#### 3.5. Unidad de análisis.

Cada adulto mayor atendido en el Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca - Cajamarca constituyó una unidad de análisis, permitiendo la evaluación individual de los participantes.

#### 3.6. Marco muestral.

El marco muestral se estableció a partir la base de datos de los adultos mayores atendidos durante el día en el área de triaje del hospital mencionado. Lo que incluyó una lista actualizada de pacientes de 60 años o más que recibieron atención, excluyendo registros duplicados, incompletos o de pacientes fallecidos.

### 3.7.Muestra

Tras realizar los ajustes necesarios, el número final se definió en 108 adultos mayores.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

Z= Valor de la distribución normal estandarizado = 1.96

P= Proporción estimada de adultos mayores a evaluar = 0.5

Q=1-P = 0.5

N= Tamaño de la población adulta mayor total = 300

E= Máximo error permisible = 0.05

Reemplazando se obtuvo:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)(300)}{(0.05)^2 (300 - 1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{288.12}{0.7475 + 0.9604}$$

$$n = 108$$

Aplicando el ajuste se tiene:

$$n_{ajustado} = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_{ajustado} = \frac{169}{1 + \frac{169}{300}}$$

$$n_{ajustado} = 108$$

### **3.8. Selección de la muestra**

Se aplicó un muestreo aleatorio simple, asegurando que cada elemento de la población tuviera la misma probabilidad de ser seleccionado, este procedimiento garantizó que la muestra fuera representativa de la población total, lo cual fue fundamental para obtener resultados válidos.

### **3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La técnica fue la encuesta, y el instrumento un cuestionario de Prácticas alimentarias elaborado por Durán et al en el año 2017 en Chile, consta de 23 ítems para evaluar las prácticas alimentarias de los adultos mayores. Para medir el estado nutricional se utilizó una ficha de valor nutricional, para registrar y determinar los parámetros antropométricos de los participantes.

**Proceso de recogida de información:** Una vez verificada la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó a la muestra seleccionada, asegurando la obtención de las autorizaciones necesarias para realizar la investigación. Se registraron a todos los adultos mayores que desearon participar, quienes firmaron el consentimiento informado. El proceso se realizó de manera cuidadosa y respetuosa, garantizando la privacidad y el anonimato de los participantes.

#### **Validez y Confiabilidad del Instrumento:**

La validez del instrumento en su versión original fue evaluada por Durán en el año 2017, mediante el juicio de expertos, quienes analizaron el contenido y la estructura del cuestionario. El cual fue validado aplicando el método de Lawshe con la participación de 8 especialistas en nutrición geriátrica de diversas regiones de Chile, los 23 ítems del instrumento superaron el valor mínimo aceptable de la Razón de Validez de Contenido ( $RVC \geq 0,37$ ), alcanzando un Índice de Validez de Contenido (IVC) global de 0,85, lo que indica una adecuada validez garantizando que el instrumento es pertinente, claro y adecuado para evaluar las prácticas alimentarias de adultos mayores en contexto ambulatorio.

La confiabilidad se hizo a través de una prueba piloto al 10% de la muestra, quienes no participaron en el estudio. Se utilizó el Alfa de Cronbach, obteniendo 0,819. Este valor indica una buena consistencia interna, es decir, alta confiabilidad del instrumento, indicando así que es adecuado para su uso en investigaciones subsiguientes. La valoración

de la fiabilidad de los ítems fue calificada como "bueno" lo que respalda la utilidad del cuestionario para evaluar las prácticas alimentarias de los adultos mayores.

Esta prueba demostró que el cuestionario era claro y fácil de entender para los participantes, y que las medidas antropométricas podían ser obtenidas de manera precisa y eficiente, estos resultados alentadores sugirieron que el instrumento y el proceso de recolección de datos estaban listos para ser implementados en el estudio principal.

### **3.10. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos recopilados fueron tabulados y procesados con el paquete estadístico SPSS v.26, utilizando estadística descriptiva para abordar los objetivos específicos y estadística inferencial para contrastar las hipótesis establecidas.

### **3.11. Consideraciones éticas.**

Durante el desarrollo de este estudio. Se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas fundamentales:

A cada participante se explicó de forma clara y respetuosa el propósito del estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. El respeto por las personas se aseguró mediante la obtención del consentimiento informado. Asimismo, se aplicó el principio de beneficencia, procurando maximizar los beneficios y minimizar cualquier posible daño. Se garantizó la no maleficencia, evitando causar perjuicios a los participantes. El principio de justicia, fue considerado en la selección de participantes de manera equitativa, evitando cualquier discriminación y asegurando la distribución justa de beneficios. Se mantuvo la integridad a través de la honestidad y transparencia en el desarrollo de la investigación. Finalmente, tras comprender la naturaleza del estudio y el uso académico de los datos, aceptaron participar libre y voluntariamente.

### **3.11. Dificultades y limitaciones para el estudio**

La investigación se llevó a cabo de manera fluida y sin dificultades significativas, los objetivos se concretaron sin contratiempos, lo que permitió un avance efectivo en las etapas de recopilación y análisis de la información.

## CAPÍTULO IV

### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1.1. Resultados

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca

Características sociodemográficas		n	%
<b>Edad</b>	60 - 71	62	57,5
	72 - 83	32	29,7
	84 - 95	14	12,8
<b>Sexo</b>	Masculino	62	57,4
	Femenino	46	42,6
<b>Estado civil</b>	Soltero(a)	9	8,3
	Casado(a)	42	38,9
	Conviviente	35	32,4
	Viudo(a)	18	16,7
	Divorciado(a)	4	3,7
<b>Zona de residencia</b>	Rural	42	38,9
	Urbana	66	61,1
<b>Religión</b>	Católico(a)	77	71,3
	Evangélico(a)	22	20,4
	Adventista	2	1,9
	Cristiano(a)	2	1,9
	Otras	4	3,7
	Ninguno	1	,9
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	48	44,4
	Secundaria	20	18,5
	Superior	6	5,6
	Ninguno	34	31,5
<b>Con quién vive en casa</b>	Solo(a)	5	4,6
	Esposo(a)	53	49,1
	Hijos	42	38,9
	Hermanos	1	0,9
	Otros familiares	7	6,5
<b>Tiene apoyo familiar para sus quehaceres</b>	Si	100	92,6
	No	8	7,4
<b>Total</b>		<b>108</b>	<b>100</b>

La tabla 1 muestra que, de todos los participantes, el 57,5% tienen edades entre 60 y 71 años; el 57,4% son de sexo masculino; el 38,9% son casados; el 61,1% residen en zona urbana; el 71,3% pertenecen a la religión católica; respecto al grado de instrucción el 44,4 tienen primaria; el 49,1% vive en casa con su pareja; y por último el 92,6% tiene el apoyo familiar para realizar sus quehaceres.

Estos resultados son distintos a los encontrados por Tentaya (29), quien en su estudio realizado en Tacna encontró que la mayoría (56,7%) eran de género femenino, indicando una diferencia notable en la distribución de género respecto a los resultados de esta investigación; además contrasta con el estado civil, ya que la mayoría son viudos (40%); además el grado de instrucción que predominó (35%) fue el superior técnico, diferenciándose de esta investigación de donde podemos inferir que los participantes de este estudio podrían tener menos acceso a educación formal, influyendo así en su capacidad para entender y aplicar recomendaciones nutricionales.

Los resultados demográficos indican que la mayoría de los participantes se sitúan entre los 60 y 71 años, lo que los clasifica como adultos mayores jóvenes según las definiciones establecidas (9). Esta categoría de edad se caracteriza por una transición vital significativa, que podría influir en sus prácticas alimentarias y su relación con la salud. Según la teoría de la construcción social de la identidad, estas dinámicas reflejan cómo los hábitos alimentarios están ligados a identidades culturales que afectan las elecciones sobre el consumo y el cuidado de la salud (35).

Las características sociodemográficas revela patrones que se relacionan estrechamente con factores en relación a las prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor, un alto porcentaje (57,7%) de los participantes se encuentran en el rango de 60 a 71 años, coincidiendo con el grupo de adulto mayor joven, que suele mantener mayor independencia y capacidad física, lo que facilita la adopción de prácticas alimentarias saludables, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud para mantener una nutrición adecuada y prevenir enfermedades crónicas (53). En cuanto a la prevalencia masculina como lo indican Guzmán y Peñafiel (51) puede estar vinculada a diferencias biológicas y sociales que afectan necesidades energéticas y prácticas alimentarias, considerando que los hombres requieren más calorías y podrían presentar distintas vulnerabilidades nutricionales.

Respecto al estado civil mayormente casado o conviviente indica una red de apoyo social directa, lo cual según Chávez (13) favorece la ingesta alimentaria y el bienestar emocional, fundamentales para mantener prácticas alimentarias saludables y reducir riesgos de desnutrición o aislamiento social. De igual forma, la residencia urbana predominante sugiere mejor acceso a alimentos variados y servicios de salud, apoyando la seguridad alimentaria descrita por las Naciones Unidas (46) en el Modelo de Protección Social; sin embargo, hay una significativa proporción rural que puede enfrentar limitaciones en diversidad alimentaria y acceso, lo que aumenta la vulnerabilidad nutricional, un factor psicosocial clave como lo describe Barrial (42).

En cuanto a la educación, un 44.4% con solo primaria y 31.5% sin instrucción formal indica que existen barreras para la comprensión y adopción de prácticas alimentarias saludables, reafirmando según el Ministerio de Salud y Protección Social (48) la importancia del modelo de capacitación nutricional para mejorar conductas alimentarias mediante estrategias educativas.

Finalmente, el alto porcentaje que reciben apoyo familiar es un factor protector importante, pues Tentaya (29) menciona que el entorno social y el soporte familiar contribuyen a la adherencia de hábitos saludables, además EsSalud (52) enfatiza en la prevención de la soledad y la promoción del bienestar integral del adulto mayor, cuya finalidad es llevar un envejecimiento activo y saludable.

Conocer las características sociodemográficas de esta población, como la edad, género, nivel educativo o el entorno familiar, es esencial para comprender su realidad y diseñar intervenciones más efectivas. Estos datos no solo permiten identificar patrones en la distribución del grupo de estudio, sino también entender los factores que influyen en sus hábitos, necesidades y vulnerabilidades. En el caso de los adultos mayores, esta información es clave para orientar acciones que promuevan una mejor alimentación, salud y calidad de vida, diseñar programas más específicos, que no solo hablen de nutrición, sino reconozcan la importancia del entorno, las emociones y la calidad de vida en esta etapa. Al identificar estos aspectos, no sólo promovemos una mejor alimentación, sino también un envejecimiento más saludable para todos.

**Tabla 2.** Prácticas alimentarias de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca.

<b>Prácticas alimentarias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adecuado	27	25,0
Inadecuado	81	75,0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Tomado de la “Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM)” propuesto por Durant en el año 2017

Se observa que 75,0% de los participantes tiene prácticas alimentarias inadecuadas, esto es preocupante, debido a que podría contribuir significativamente a las alteraciones en su estado nutricional, esta alta proporción precariza el bienestar general de los adultos mayores y revela la necesidad de intervenciones educativas en nutrición que abordan las creencias y comportamientos alimentarios. Las prácticas alimentarias inadecuadas pueden resultar de diversas causas, incluyendo la falta de conocimiento sobre dietas saludables, dificultades económicas o limitaciones físicas que impiden la preparación de comidas saludables.

El estudio confiere con Meza et al. (21) indican que 47,7% de sus participantes expresó tener prácticas saludables, lo que resalta una diferencia significativa en la percepción y ejecución de hábitos alimentarios en comparación con este estudio; esto podría indicar que los participantes de Meza et al. tienen un mejor acceso a información o recursos que les permiten adoptar hábitos más saludables, a diferencia de los adultos mayores de tu investigación, que enfrentan más dificultades.

Por otro lado, Henao et al. (25) reportan que 70% presenta alteraciones nutricionales, lo que está alineado con los hallazgos de este estudio sobre prácticas alimentarias inadecuadas, esto sugiere que, al igual que en la presente investigación, hay una relación directa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional, destacando la necesidad de intervenciones educativas en ambos grupos.

Además, Maratuech. (26) encontró que 62,5% tuvo un comportamiento alimentario inadecuado, lo que es un hallazgo similar al encontrado en esta investigación, aunque con un porcentaje un poco menor, de allí se sugiere que el problema de las prácticas alimentarias inadecuadas es común entre diferentes poblaciones de adultos mayores, lo que refuerza la urgencia de abordar esta problemática a nivel más amplio.

En contraste, Chavez y Gutierrez. (27) reportan que el 61% presentó prácticas alimentarias adecuadas, esto sugiere que, en su muestra, los adultos mayores tienen un mejor desempeño en sus hábitos alimentarios, lo que podría estar relacionado con variables como el contexto cultural o el acceso a información sobre nutrición.

Por otro lado, Torres y Méndez. (28) encontraron que el 35% tenían hábitos alimentarios inadecuados, significativamente menor que el 75% de este estudio; esta discrepancia podría derivarse de diferencias en la población estudiada o en la metodología utilizada para evaluar los hábitos alimentarios. Así como García y Martínez reportan que el 54% tenían inadecuados hábitos alimentarios, lo que, aunque es un porcentaje inferior, sigue reflejando un problema considerable en la alimentación de los adultos mayores.

Así mismo, Tentaya encontró que el 78,3% tenía un nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada inadecuado, lo que podría estar relacionado con las prácticas alimentarias inadecuadas reportadas en el estudio, esto implica que la falta de conocimiento sobre nutrición puede ser un factor clave que contribuya a las malas prácticas alimentarias en ambos grupos.

La identificación de un 75,0% de prácticas alimentarias inadecuadas se correlaciona con investigaciones anteriores que destacan cómo las prácticas alimentarias pueden variar significativamente en diferentes contextos demográficos y sociales (32). Esto refuerza la idea de que estas conductas no son simplemente elecciones individuales, sino que están profundamente enraizadas en estructuras sociales y culturales (33). En línea con la teoría del consumo de alimentos como proceso social, las prácticas inadecuadas pueden estar influenciadas por la accesibilidad a alimentos saludables, el estatus socioeconómico y la educación sobre nutrición (40, 42). Tal como se indica en la literatura, un acceso limitado a alimentos frescos y nutritivos contribuye a dietas desequilibradas en poblaciones vulnerables como los adultos mayores (45).

El hallazgo de que la mayoría de los adultos mayores presenta prácticas alimentarias inadecuadas puede explicarse desde el marco teórico, donde García y Martínez (24) reconocen que la alimentación en esta etapa de vida está determinada por múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, además Calderón (30) y Valverde (34) dicen que la inadecuación en la dieta puede deberse al deterioro funcional propio del envejecimiento, como la pérdida del gusto, problemas dentales, enfermedades crónicas o uso de múltiples medicamentos, que afectan el apetito y la capacidad de alimentarse correctamente.

Asimismo, Barrial (42) menciona que la escasa educación nutricional, el bajo nivel socioeconómico y la dependencia de terceros para la preparación de alimentos contribuyen a una dieta monótona y deficiente. Guanga y Galarza (33) y Lozano et al. (44) establecen que, desde el enfoque de la alimentación como proceso social, se entiende que los hábitos no son únicamente elecciones personales, sino respuestas a condiciones estructurales como el acceso limitado a alimentos saludables, el aislamiento social o la influencia de creencias culturales erróneas sobre la alimentación en la vejez.

Según la Organización Mundial de la Salud (53), estas prácticas inadecuadas pueden conllevar consecuencias graves como desnutrición, deterioro funcional, mayor riesgo de enfermedades crónicas y disminución de la calidad de vida. Por el contrario, Maza et al. (32) mencionan que los adultos mayores con prácticas alimentarias adecuadas, aunque en minoría, suelen tener mayor conocimiento sobre nutrición, apoyo familiar o comunitario y mejores condiciones para elegir alimentos nutritivos, lo que se asocia con un mejor estado nutricional y funcional.

**Tabla 3.** Estado nutricional de los adultos mayores del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca.

<b>IMC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Delgadez	34	31,5
Normal	35	32,4
Sobrepeso	31	28,7
Obesidad	8	7,4
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Tomado de la "Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor" propuesto por Alvarado en el año 2019

Se muestra que 32,4% tienen un estado nutricional normal; mientras que 31,5% presentan delgadez; este panorama refleja una malnutrición en la población adulta mayor, donde tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad coexisten, las implicaciones de estos resultados son serios, ya que tanto la delgadez como la obesidad pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y complicar la salud en esta población.

Concordando con García y Martínez (24) indican que solo el 24% tiene un diagnóstico normal, y 48% presenta delgadez, lo que es significativamente mayor que el 31,5% de la presente investigación, esto resalta una mayor preocupación en su población respecto a la desnutrición, mientras que la obesidad es un problema menos prevalente en su muestra, con un 19% en esa categoría.

Por otro lado, Torres y Méndez (28) encontraron que 50% tienen un estado nutricional normal, con un 18% presentando delgadez y 8% obesidad, esto indica un panorama más favorable en comparación con nuestro estudio, donde la combinación de delgadez y sobrepeso es más pronunciada, lo que sugiere una mayor urgencia en la intervención nutricional en tu grupo.

Además, Tentaya (29) reporta que 21,7% tiene sobrepeso y un 10% presenta desnutrición aguda, lo que muestra una menor prevalencia de delgadez en comparación con el estudio, esto podría implicar que su población tiene un perfil nutricional diferente, con un mayor enfoque en el sobrepeso en lugar de en la delgadez.

Finalmente, Linares menciona que la mayoría se encuentra bien nutrido, aunque un 15% tiene riesgo de desnutrición, lo que es positivo en comparación con el 31,5% de delgadez en esta investigación, esto sugiere que su grupo tiene un estado nutricional más favorable, aunque también se destaca la importancia de desarrollar estrategias para prevenir la desnutrición en poblaciones vulnerables.

Los resultados del estado nutricional, donde se observó un 32,4% en un estado normal y un 31,5% en delgadez, concuerdan con estudios que sugieren que la malnutrición puede ser una preocupación seria en esta población (60). La relación entre el estado nutricional y factores como la edad y el género se alinea con el marco teórico que considera cómo el estado nutricional está influenciado por cambios fisiológicos concomitantes al envejecimiento, donde la digestión y la absorción de nutrientes pueden verse comprometidas (49). El Índice de Masa Corporal (IMC) se utilizó para categorizar el estado, revelando que tanto la delgadez como el sobrepeso presentan riesgos para la salud que necesitan ser abordados con estrategias nutricionales adecuadas y personalizadas (62).

Los resultados del estado nutricional en la presente investigación, con solo un 32,4% de adultos mayores en estado nutricional normal y un preocupante 31,5% con delgadez, reflejan un problema de malnutrición que, según el marco teórico, se vincula con múltiples factores fisiológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento. Tentaya (29) y Valverde (34) mencionan que la delgadez puede ser consecuencia de alteraciones en la absorción y metabolismo de nutrientes, pérdida de masa muscular, enfermedades crónicas, falta de apetito, dificultades para masticar o tragar, y soledad o abandono social. Calderón (30) y Valerio (63) dicen que estos cambios afectan la homeostasis corporal, provocando una disminución del índice de masa corporal (IMC) y aumentando la vulnerabilidad a infecciones, caídas y deterioro funcional.

Por otro lado, Maza et al. (32) indica que el sobrepeso u obesidad, aunque menos prevalente en el grupo de estudios, también representa un riesgo al estar relacionado con enfermedades cardiovasculares, diabetes y pérdida de funcionalidad. Según Hidalgo (41) en la teoría de la transición nutricional, el envejecimiento trae consigo una coexistencia de problemas por déficit y exceso nutricional, debido a una alimentación desequilibrada, influenciada por hábitos alimentarios inadecuados, bajo nivel educativo y económico, y limitado acceso a alimentos saludables.

**Tabla 4.** Relación entre prácticas alimentarias y el estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024.

Prácticas alimentarias	Estado nutricional								
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Adecuado	4	11.76	18	51.43	5	16.13	0	0.00	
Inadecuado	30	88.24	17	48.57	26	83.87	8	100	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	
<b>Chi cuadrado = 20,182</b>				<b>P value = 0,000</b>					

La tabla 4 muestra un chi cuadrado de 20,182 y un P value de 0,000 lo que indica que existe una relación directa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los adultos, la identificación de esta relación abre la puerta a la implementación de programas de educación y concienciación en nutrición que promuevan hábitos alimentarios más saludables y, por ende, mejoren la calidad de vida de esta población.

De manera similar, García y Martínez. (24) reportaron una correlación positiva significativa ( $r=0.68$ ,  $p<0.001$ ) entre prácticas alimentarias saludables y un mejor estado nutricional, lo que refuerza la idea de que las prácticas alimentarias tienen un impacto directo en la nutrición de los adultos mayores institucionalizados. Esto se alinea con los resultados de Torres y Méndez. (28) quienes también encontraron una correlación positiva moderada ( $r=0.59$ ,  $p<0.01$ ) entre hábitos alimentarios saludables y un mejor estado nutricional, sugiriendo que en diversas poblaciones existe una relación coherente entre la calidad de la alimentación y la salud nutricional.

Por otro lado, el estudio de Chávez y Gutiérrez. (27) presentó una correlación negativa significativa ( $r=-0.67$ ,  $p<0.001$ ) entre las prácticas alimentarias tradicionales andinas y el riesgo nutricional, lo que indica que estos hábitos alimentarios tradicionales pueden estar asociados con un menor riesgo nutricional en los adultos mayores de su comunidad; esto añade una perspectiva interesante, sugiriendo que ciertos patrones culturales de alimentación pueden tener efectos protectores en la salud nutricional.

Además, Calderón. (30) determinó una relación directa y significativa ( $p=0.002$ ) entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, lo que refuerza la importancia de las prácticas alimentarias en la salud de los adultos mayores. En conjunto, estos estudios concuerdan en que

existe una relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional, subrayando la importancia de implementar programas que promuevan hábitos alimentarios saludables para mejorar la calidad de vida de esta población.

La correlación significativa entre prácticas alimentarias y estado nutricional, pone de relieve el impacto directo que las decisiones alimentarias tienen sobre la salud, este hallazgo respalda la literatura donde Valverde (34) indica que las prácticas alimentarias saludables son fundamentales para un estado nutricional óptimo en los adultos mayores. Además, Díez (40) dice que la teoría del apego sugiere que las relaciones tempranas con cuidadores pueden haber moldeado hábitos alimentarios que perduran en la adultez. También, Saldaña (37) y Ekmeiro y Matos (38) afirman que las teorías que abordan la cultura alimentaria resaltan que la identidad cultural y las tradiciones pueden influenciar estos hábitos, lo que a su vez significa que cualquier intervención en nutrición debe ser culturalmente sensible y ajustada a las realidades específicas de la comunidad.

## CONCLUSIONES

1. En cuanto características sociodemográficas, se identificaron que la mayoría se encuentran en la etapa temprana de la vejez, variadas en edad, estado civil, nivel educativo y zona de residencia de los adultos mayores.
2. En prácticas alimentarias, se determinó que la mayoría de los adultos mayores presentan prácticas alimentarias inadecuadas, lo que indica una necesidad de intervención educativa y nutricional.
3. Sobre el estado nutricional, se identificó que los adultos mayores presentan distintos niveles, desde delgadez hasta obesidad, siendo escasa la proporción con el estado nutricional normal.
4. La prueba estadística determina que existe relación significativa entre ambas variables, por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna.

## **RECOMENDACIONES**

1. A las autoridades del Hospital Tito Villar Cabezas en conjunto con la Unidad de Promoción de la Salud, se recomienda implementar programas de educación nutricional para adultos mayores, mediante charlas, talleres y espacios participativos, enfocados en promover una alimentación saludable, prevenir la malnutrición y fortalecer el bienestar emocional.
2. Al personal de enfermería del hospital, se recomienda realizar evaluaciones nutricionales periódicas para detectar a tiempo deficiencias alimentarias, derivándolos a especialistas cuando sea requerido para una atención integral.
3. A la escuela de enfermería, promover estudios similares en poblaciones de adultos mayores, incorporando la participación de los familiares más cercanos. Esto permitirá obtener una visión más integral de los factores que influyen en los hábitos alimentarios y el estado nutricional de este grupo etario, considerando no solo sus condiciones individuales, sino también el entorno social que los acompaña.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 2024 May 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alimentación saludable y sostenible. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alimentacion-saludable-sostenible>
3. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma técnica de salud para la evaluación del estado nutricional. Lima: MINSA; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales>
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2024 [citado 2024 jun 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández Valera Y. Estado Nutricional de Adultos Mayores Institucionalizados Venezolanos. *Investigación Clínica*. 2019 noviembre; 46(3).
6. Rodríguez Jiménez L. Evaluación nutricional realizada en personas adultas mayores en los albergues del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México. Informe de nutrición. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; 2020.
7. Ríos Reyna C, Díaz Ramírez G, Castillo Ruíz O, Pardo Buitimea NY, Alemán Castillo SE. Políticas y estrategias para combatir la obesidad en Latinoamérica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022 oct;60(6):666-674.
8. Gallegos Quispe L. Desnutrición y estancia hospitalaria en adultos mayores atendidos en un hospital de Lima Metropolitana-2023 [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
9. Asenjo Alarcón JA. Estado nutricional según características demográficas de adultos mayores peruanos. *Rev Finlay*. 2022 mar;12(1).
10. Ministerio de Salud. Sobrepeso y obesidad en la población peruana. Análisis del estado nutricional de las personas adultas. Lima: Instituto Nacional de la Salud; 2023.
11. Durand La Madrid MM. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores integrantes del club del adulto mayor del hospital Chancay, 2020 [tesis de posgrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020.

12. Tafur Castillo J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Rev Latinoam Hipertens.* 2018;13(5).
13. Chávez A. Aspectos sociales de la nutrición en adultos mayores: Un enfoque integral. *Rev Peruana Gerontol.* 2024;15(2):45-58.
14. Ortellado Garay SS. Alimentación, estado nutricional y dinamometría de adultos mayores de un hogar público. *UniNorte.* 2021 sept;10(1):37-70.
15. Ramírez J, Gómez S. Técnicas culinarias recomendadas para la alimentación del adulto mayor. *Arch Latinoam Nutrición.* 2023;73(2):89-97.
16. Iglesias L, Bermejo JC, Vivas Á, León R, Villacieros M. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos.* 2020 oct;31(2):76-80.
17. Bravo C, Godoy J, Sánchez Y, Riveros MJ. Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Rev Chil Nutric.* 2021 oct;48(5):741-747.
18. Alvarado Gutiérrez MC. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores en el Centro de Salud Pachacutec Cajamarca 2018 [tesis de grado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019.
19. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30490, Ley de la persona adulta mayor [Internet]. 2021 [citado 2024 jul 3]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1976596-2>
20. Ministerio de Salud. Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción [documento oficial]. Lima: MINSA; 2021.
21. Meza Paredes JV, Ortiz Soria LA, Olmedo Pavón JA. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentos procesados y ultraprocesados en adultos y adultos mayores de Asunción y zonas periurbanas. *Discover Med.* 2023 dic;7(2).
22. Smith JR, Johnson KL. Dietary habits and nutritional status among elderly in urban Australia: A correlational study. *J Nutr Geront Geriatr.* 2023;42(2):78-90.
23. Darroman Hall C, Ayala Esparza V, Martín Estévez L, Bustamante Cruz RE. Determinación del estado nutricional en niños y adultos mayores en barrios periurbanos. *Orbis Cognita.* 2023 jul;7(2).
24. García-López M, Martínez-Sánchez A. Relación entre prácticas alimentarias y estado nutricional en adultos mayores de centros geriátricos en Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(3):125-133.

25. Henao Castaño AM, Fajardo Ramos E, Nuñez Rodríguez ML. Estado nutricional del adulto mayor jubilado que forma parte a un grupo de apoyo. *Rev Ciencia Cuidado*. 2022 may;19(2):8-17.
26. Maratuech Sánchez FM. Comportamiento alimentario y estado nutricional en los trabajadores del Hospital de Huaral y SBS [tesis de posgrado]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2024.
27. Chávez Romero P, Gutiérrez Silva A. Prácticas alimentarias y riesgo nutricional en adultos mayores de la comunidad andina de Cusco. *An Fac Med*. 2023;84(1):45-53.
28. Torres Vásquez L, Méndez Ríos J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores de un centro de salud en Lima. *Rev Peruana Med Exp Salud Pública*. 2022;39(2):234-242.
29. Tentaya Vilca VE. Nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada y estado nutricional en adultos mayores del asentamiento humano Santa Rosa de Lima, Nasca 2020 [tesis de grado]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022.
30. Calderón Gamarra MP. Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2020 [tesis doctoral]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021.
31. Linares Vasquez YF. Estado nutricional del adulto mayor en la Casa Hogar Arzobispo Grosso - Cajamarca, 2017 [tesis de grado]. Cajamarca: Universidad San Pedro; 2022.
32. Maza Ávila FJ, Caneda Bermejo MC, Vivas Castillo AC. Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Psicogente*. 2022 may;25(47).
33. Guanga V, Galarza W. La nutrición como ciencia. *Antropología alimentaria*. *Antropol Aliment*. 2023;12:206-220.
34. Valverde Villegas CL. Relación de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden al centro de salud Lauriama, 2022 [tesis de grado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022.
35. Delgadillo Villavicencio D, Arzate Salgado J. La construcción social de la alimentación: una reflexión sociológica. *COFACTOR*. 2018 ene;7(13):19.
36. García A, Martina D. Pensar las prácticas alimentarias y los cuidados en salud desde los procesos de autoatención en contextos migratorios e interculturales. *Rev Museo Antropol*. 2022 dic;15(3):179-192.

37. Saldaña Sagredo A. Sobre la construcción de la identidad en las prácticas culturales. *Quaderns filol.* 2011;16:23-42.
38. Ekmeiro Salvador JE, Matos López JM. Cultura alimentaria. Una revisión conceptual. *Rev Venez Nutr.* 2022;35(2):117-126.
39. Calderón Martínez ETGR, Argumedo Macías A, Ortiz Torres E, López A, Jacinto Hernández C. Cultura alimentaria: clave para el diseño de estrategias de mejoramiento nutricional de poblaciones rurales. *Agricultura Soc Desarro.* 2017 jun;14(2).
40. Díez Gómez DD. Teoría del apego y su relevancia en los trastornos de la alimentación. Universidad Valladolid; 2016.
41. Hidalgo Torres R. La teoría del apego. *Neuroup.* 2023 jun;16.
42. Barrial Martínez A, Barrial Martínez A. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional. *Contrib Ciencias Soc.* 2011 dic;16(1).
43. Ayuso Peraza G, Castillo León MT. Globalización y nostalgia. Cambios en la alimentación de familias yucatecas. *Estudios Sociales.* 2017 jul;27(50).
44. Lozano Marroquín C, Calvo Díaz G, Armenta Hurtarte C, Pardo R. La influencia de los grupos sociales en la alimentación de estudiantes universitarios mexicanos. *Psicumex.* 2021 ago;11(1).
45. Banco Mundial. Protección social [Internet]. 2024 [citado 2024 jun 5]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview#:~:text=Los%20sistemas%20de%20protección%20social,la%20población%20de%20edad%20avanzada>
46. Naciones Unidas. El derecho a la alimentación adecuada. Informe N°34. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2010.
47. Espejo JP, Tumani M, Aguirre C, Sánchez J, Parada A. Educación alimentaria nutricional: Estrategias para mejorar la adherencia al plan dietoterapéutico. *Rev Chil Nutric.* 2022 jun;49(3).
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de promoción de alimentación saludable. La salud es para todos. 2022 ago;13(32).
49. Troncoso Pantoja C. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Horizonte Med.* 2017 jul;17(3).
50. Abraham D, Huergo J, Díaz GT, Butinof M. Prácticas alimentarias vinculadas a la ocurrencia de enfermedades no transmisibles entre personas adultas mayores. *Rev Cubana Salud Pública.* 2021;47(4).

51. Guzmán Flores SI, Peñafiel Campoverde VR. Estudio sobre las percepciones relacionadas con la alimentación saludable y las prácticas de alimentación de los adultos mayores del Cantón Cuenca 2021 [tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2022.
52. EsSalud. ¿Qué tipo de alimentación se recomienda en los adultos mayores? [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 26]. Disponible en: <https://portal.essalud.gob.pe/index.php/2021/03/13/que-tipo-de-alimentacion-se-recomienda-en-los-adultos-mayores/>
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones globales sobre alimentación y nutrición para adultos mayores. Ginebra: OMS; 2022.
54. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía de alimentación saludable para el adulto mayor. Lima: MINSA; 2023.
55. García M, ML. Patrones de alimentación recomendados para el adulto mayor: Frecuencia y distribución de comidas. *Nutrición Hosp.* 2023;38(3):512-520.
56. López R, Sánchez F, Torres E. Adaptación dietética en condiciones de salud crónicas en la tercera edad. *Rev Española Geriatr Gerontol.* 2024;59(1):23-31.
57. Torres C, Vega R. Manejo de disfagia y adaptación de texturas en la alimentación geriátrica. *Nutric Clín Dietética Hosp.* 2023;43(3):112-120.
58. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación sana [Internet]. 2018 [citado 2024 mayo 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
59. OPS. Promoción y publicidad de alimentos ultraprocesados y bebidas no alcohólicas [Internet]. 2010 [citado 2024 jun 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-publicidad-alimentos-ultraprocesados-procesados-bebidas-no-alcoholicas>
60. Aquino KY. Estado nutricional según antropometría y mini evaluación nutricional en adultos mayores en consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza [tesis de grado]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2020.
61. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición Hosp.* 2019 oct;35(3).
62. Hernández JM, Cruz EF, Vega L. Caracterización de indicadores antropométricos para la evaluación nutricional de adultos mayores. *Cibamanz.* 2023;3(1).

63. Valerio Cochachin CE. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro poblado de Pariacaca - Carhuaz 2020 [tesis de grado]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2023.
64. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores. Norma técnica. Lima: MINSA; 2023.
65. Ramón Roca JA. Estilos de vida y estado nutricional en adultos mayores en un hospital nacional del III nivel de Lima, 2023 [tesis de grado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024.
66. Durán Agüero S, Candía P, Pizarro Mena R. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). *Nutrición Hosp.* 2017 nov;34(6).
67. Díaz Muñoz G. Metodología del estudio piloto. *Rev Chil Radiol.* 2020 sept;26(3).
68. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Rev Ciencias Edu.* 2020 ene;19(33).

## ANEXOS

### Anexo 1. Resultados de la prueba piloto

Para realizar el análisis de fiabilidad, se contó con una prueba piloto de 11 encuestados, a esta prueba se le aplicará el coeficiente estadístico Alfa de Cronbach, que es una herramienta fundamental en la investigación, ya que asegura que el instrumento de medición es fiable y que los resultados obtenidos sean válidos y consistentes.

### ALFA DE CRONBACH

#### Escala: Todas Las Variables

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	11	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	11	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,819	23

Intervalo al que pertenece el coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems analizados
[0 ; 0,5[	Inaceptable
[0,5 ; 0,6[	Pobre
[0,6 ; 0,7[	Débil
[0,7 ; 0,8[	Aceptable
[0,8 ; 0,9[	Bueno
[0,9 ; 1]	Excelente

El análisis de confiabilidad realizado ha demostrado que la escala de 23 ítems presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.819, lo que indica una buena consistencia interna, es decir alta confiabilidad del instrumento con una valoración de fiabilidad de ítems BUENO.

(Chavez & Rodríguez, 2018). Este resultado es alentador y sugiere que el instrumento es adecuado para su uso en investigaciones subsiguientes.

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### ENCUESTA SOBRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

**PRESENTACIÓN.** Sr o Sra se le pide que pueda responder la siguiente encuesta con la mayor sinceridad, ya que los resultados servirán para responder los objetivos de la investigación titulada “Prácticas alimentarias y estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca - Cajamarca 2024”.

Solo puede responder una alternativa por pregunta:

#### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1.1. Edad: .....

1.2. Sexo:           a) Masculino                    b) Femenino

1.3. Estado Civil:    a) Soltero(a)           b) Casado(a)           d) Conviviente  
                          e) Viudo(a)             f) Divorciado(a)

1.4. Zona de residencia:   a) Rural                    b) Urbana

1.5. Religión:       a) Católico(a)           b) Evangélico(a)           d) Adventista  
                          e) Cristiano(a)       f) Otras                   g) Ninguna

1.6. Grado de instrucción: a) Primaria                   b) Secundaria           d) Superior  
                                  e) Ningún

1.7. Con quien vive en casa: a) Solo (a)                   b) Esposo(a)           d) Hijos(as)  
                                  e) Hermanos           f) Otros familiares

1.8. Tiene apoyo familiar para sus qué haceres: a) NO    b) SI

¿De quién o quiénes? .....

**2. PRACTICAS ALIMENTARIAS:** Respecto al consumo o hábitos alimentarios que usted tiene, responder las siguientes preguntas:

<b>Prácticas alimentarias saludables</b>		
<p>1. Toma desayuno 1 = Nunca 2 = Menos de 1 por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días</p>	<p>2. Consume lácteos de preferencia descremados (leche descremada, queso fresco o yogur descremado) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día</p>	<p>3. Consume frutas (frescas de tamaño regular) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día</p>
<p>4. Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1/2 porción al día 4 = 1 porciones al día 5 = 2 porciones al día</p>	<p>5. Consume pescado (fresco/congelado/ conserva, pero no frito) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 porciones por semana</p>	<p>6. Consume leguminosas (porotos, lentejas, arvejas, garbanzos) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana</p>
<p>7. Consume avena o panes integrales 1 = No consume 2 = Menos de 3 veces en la semana 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día</p>	<p>8. Come comida del hogar (casera: guisos, carbonadas, cazuela, legumbres) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana</p>	<p>9. Cena (comida + fruta y/o ensalada) 1 = Nunca 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días</p>
<p>10. Consume agua o líquidos (aguas de hiervas, jugos de frutas, té, maté) 1 = No toma 2 = 1 vaso al día 3 = 2 vasos al día 4 = 3 vasos al día 5 = 4 o más vasos al día</p>	<p>11. Consume alimentos como carnes o aves 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana</p>	<p>12. Consume huevo 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana</p>
<p>13. Cuantas comidas consume al día 1 = Menos de 1 2 = 2 comidas 3 = 3 comidas 4 = 4 comidas 5 = 4 comidas y colación</p>	<p>14. Consume la sopa años dorados 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-7 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día</p>	<p>15. Consume Bebida Láctea 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-6 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día</p>

<b>Prácticas alimentarias no saludables</b>		
<p>16. Toma bebidas o jugos azucarados (porción 1 vaso de 200 cc)</p> <p>1 = 3 o más vasos al día</p> <p>2 = 2 vasos al día</p> <p>3 = 1 vaso al día</p> <p>4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente</p> <p>5 = No consume</p>	<p>17. Consume bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el fin de semana</p> <p>1 = 3 o más vasos al día</p> <p>2 = 2 vasos al día</p> <p>3 = 1 vaso al día</p> <p>4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente</p> <p>5 = No consume</p>	<p>18. Consume frituras</p> <p>1 = 3 o más porciones por semana</p> <p>2 = 2 porciones por semana</p> <p>3 = 1 porción por semana</p> <p>4 = Ocasionalmente</p> <p>5 = No consume</p>
<p>19. Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras</p> <p>1 = Todos los días</p> <p>2 = 3-5 veces por semana</p> <p>3 = 2-3 veces por semana</p> <p>4 = Menos de 1 vez por semana</p> <p>5 = No utiliza</p>	<p>20. Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopaipillas)</p> <p>1 = 3 o más porciones día</p> <p>2 = 2 porciones al día</p> <p>3 = 1 porción al día</p> <p>4 = Menos de 1 vez al día</p> <p>5 = No consume</p>	<p>21. Consume colaciones galletas, helados, queques, berlines y pasteles</p> <p>1 = 3 o más porciones al día</p> <p>2 = 2 porciones al día</p> <p>3 = 1 porción al día</p> <p>4 = Menos de 1 vez al día</p> <p>5 = No consume</p>
<p>22. Consume café</p> <p>1 = 3 o más tazas al día</p> <p>2 = 2 tazas al día</p> <p>3 = 1 taza al día</p> <p>4 = Menos de 1 taza al día</p> <p>5 = No consume</p>	<p>23. Les agrega sal a las comidas antes de probarlas</p> <p>1 = Siempre le agrega</p> <p>2 = Le agrega ocasionalmente</p> <p>3 = No le agrega</p>	

## FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

### 1. Registro de medidas antropométricas

Nº	EDAD	SEXO	PESO	TALLA	IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
1	64	Masculino	67.4	1.65	24.8	Normal
2	74	Masculino	62.2	1.59	24.7	Normal
3	74	Femenino	62.2	1.54	26.2	Normal
4	68	Masculino	51.3	1.61	19.8	Delgadez
5	67	Femenino	47.7	1.52	20.6	Delgadez
6	68	Femenino	72.4	1.58	29	Sobrepeso
7	74	Masculino	68.4	1.62	26.1	Normal
8	85	Femenino	41	1.43	20.1	Delgadez
9	63	Femenino	68.2	1.62	26	Normal
10	72	Masculino	57.4	1.51	25.2	Normal
11	72	Femenino	86	1.63	32.4	Obesidad
12	64	Femenino	45	1.46	21.1	Delgadez
13	61	Masculino	78.2	1.6	30.5	Sobrepeso
14	69	Femenino	59	1.59	23.3	Normal
15	70	Masculino	64.5	1.6	25.2	Normal
16	85	Masculino	58.4	1.5	26	Normal
17	60	Masculino	87.2	1.68	30.9	Sobrepeso
18	91	Masculino	52	1.64	19.3	Delgadez
19	60	Femenino	53	1.48	24.2	Normal
20	75	Femenino	66.1	1.5	29.4	Sobrepeso
21	75	Masculino	64.2	1.5	28.5	Sobrepeso
22	72	Femenino	64	1.45	30.4	Sobrepeso
23	84	Femenino	68.2	1.5	30.3	Sobrepeso
24	80	Femenino	67.3	1.51	29.5	Sobrepeso
25	61	Femenino	42.1	1.47	19.4	Delgadez
26	66	Femenino	65.2	1.48	29.8	Sobrepeso
27	70	Masculino	65	1.7	22.5	Delgadez
28	85	Masculino	53.1	1.55	22.1	Delgadez
29	63	Femenino	75.8	1.49	34.1	Obesidad
30	67	Femenino	60	1.51	26.3	Normal
31	63	Masculino	54.2	1.65	19.9	Delgadez
32	62	Masculino	52.3	1.54	22.1	Delgadez
33	68	Femenino	51	1.5	22.6	Delgadez
34	71	Femenino	42.7	1.46	20	Delgadez
35	68	Femenino	54	1.39	27.9	Normal
36	65	Masculino	62.7	1.62	23.9	Normal
37	67	Femenino	56	1.57	22.7	Delgadez
38	73	Femenino	39.1	1.45	18.6	Delgadez
39	68	Masculino	68.2	1.6	26.6	Normal

40	62	Masculino	80.7	1.61	31.1	Sobrepeso
41	68	Femenino	58.2	1.49	26.2	Normal
42	67	Masculino	61.6	1.54	25.9	Normal
43	77	Femenino	40.3	1.5	17.9	Delgadez
44	75	Masculino	42.8	1.47	19.8	Delgadez
45	68	Masculino	78.4	1.61	30.2	Sobrepeso
46	65	Femenino	76.9	1.57	31.2	Sobrepeso
47	89	Masculino	49.7	1.51	21.8	Delgadez
48	91	Femenino	44.3	1.45	21.1	Delgadez
49	83	Masculino	59.9	1.45	28.5	Sobrepeso
50	76	Masculino	49	1.5	21.8	Delgadez
51	64	Masculino	77	1.65	28.3	Sobrepeso
52	73	Femenino	48.9	1.43	23.9	Normal
53	85	Femenino	55.4	1.46	25.9	Normal
54	60	Femenino	60.2	1.46	28.2	Sobrepeso
55	61	Masculino	48.8	1.55	20.3	Delgadez
56	68	Femenino	53.2	1.5	23.6	Normal
57	64	Masculino	64.6	1.51	28.3	Sobrepeso
58	81	Femenino	59.8	1.49	26.9	Normal
59	64	Masculino	53	1.54	22.3	Delgadez
60	71	Femenino	58.1	1.52	25.1	Normal
61	61	Masculino	59	1.54	24.9	Normal
62	72	Masculino	68.2	1.52	29.5	Sobrepeso
63	67	Femenino	64	1.49	28.8	Sobrepeso
64	72	Masculino	67.7	1.54	28.5	Sobrepeso
65	60	Masculino	76	1.59	30.1	Sobrepeso
66	82	Masculino	50	1.57	20.3	Delgadez
67	71	Masculino	49.1	1.52	21.3	Delgadez
68	60	Masculino	64.3	1.61	29.8	Normal
69	66	Masculino	64.4	1.59	25.5	Normal
70	61	Masculino	77.2	1.57	31.3	Sobrepeso
71	62	Femenino	60.5	1.46	28.4	Sobrepeso
72	60	Femenino	67.7	1.5	28.8	Sobrepeso
73	60	Femenino	79.4	1.5	35.3	Obesidad
74	62	Masculino	87	1.62	33.2	Obesidad
75	61	Femenino	86.2	1.57	35	Obesidad
76	86	Masculino	50.2	1.52	21.7	Delgadez
77	64	Masculino	84.8	1.66	30.8	Sobrepeso
78	65	Masculino	57.3	1.54	24.2	Normal
79	62	Femenino	84.9	1.68	30.1	Sobrepeso
80	67	Femenino	57.6	1.48	26.3	Normal
81	69	Masculino	101.7	1.56	41.8	Obesidad
82	64	Masculino	76	1.65	27.9	Normal
83	86	Masculino	46	1.53	19.7	Delgadez
84	61	Masculino	62.3	1.47	28.8	Sobrepeso

85	87	Femenino	45.7	1.5	20.3	Delgadez
86	66	Femenino	46.2	1.43	22.6	Delgadez
87	65	Masculino	58.7	1.55	24.4	Normal
88	74	Masculino	55	1.64	20.4	Delgadez
89	73	Femenino	60	1.51	26.3	Normal
90	77	Masculino	78.3	1.58	31.4	Sobrepeso
91	88	Masculino	59	1.52	25.5	Normal
92	62	Masculino	87	1.71	29.8	Sobrepeso
93	72	Masculino	60.9	1.62	23.2	Normal
94	81	Masculino	43	1.52	20.3	Delgadez
95	74	Femenino	68.5	1.55	28.5	Sobrepeso
96	79	Masculino	70.4	1.62	26.8	Normal
97	64	Masculino	94.8	1.65	34.8	Obesidad
98	63	Masculino	84.7	1.62	32.3	Obesidad
99	94	Femenino	49.2	1.53	21	Delgadez
100	60	Masculino	76.8	1.7	26.6	Normal
101	72	Masculino	50	1.57	20.3	Delgadez
102	86	Masculino	49.1	1.52	21.3	Delgadez
103	82	Masculino	64.3	1.61	29.8	Normal
104	60	Femenino	64.4	1.59	25.5	Normal
105	74	Masculino	67.3	1.51	29.5	Sobrepeso
106	77	Masculino	42.1	1.47	19.4	Delgadez
107	81	Masculino	65.2	1.48	29.8	Sobrepeso
108	80	Femenino	65	1.7	22.5	Delgadez

### **Anexo 3: Clasificación de la variable "prácticas alimentarias"**

Para la categorización de la variable prácticas alimentarias se aplicó el método de rangos por intervalos fijos, estableciendo como punto de corte el puntaje medio del instrumento. Considerando que el cuestionario consta de 23 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos y un ítem con escala Likert de 3 puntos, entonces el puntaje total oscila entre 23 (mínimo) y 113 (máximo).

Durán. (66) en el año 2017, hizo la definición de dos niveles de prácticas alimentarias:

- **Inadecuadas:** puntajes de 23 a 68 puntos
- **Adecuadas:** puntajes de 69 a 113 puntos

Esta clasificación se estableció sobre la base de una división proporcional del rango total, permitiendo una diferenciación clara entre las prácticas saludables y no saludables, manteniendo el equilibrio entre los extremos del instrumento, en concordancia con criterios empíricos y técnicos de validación por juicio de expertos.

#### **Anexo 4. Consentimiento informado.**

Estimado Sr(a) reciba un cordial saludo, mi nombre es Rosario Edelmira del Milagro Herrera Tafur, bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, me encuentro desarrollando una investigación para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería; es por ello que recorro a usted con el fin de solicitar su valiosa colaboración respondiendo un cuestionario relacionado con el tema de estudio, con total sinceridad y veracidad en sus respuestas.

La presente investigación se titula “Prácticas alimentarias y estado nutricional del adulto mayor del Hospital Tito Villar Cabezas, Bambamarca – Cajamarca 2024”, y tiene como finalidad determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional en personas adultas mayores atendidas en dicha institución de salud.

Como parte de la investigación, se le solicitará responder una encuesta que tomará aproximadamente 10 minutos, su participación es completamente voluntaria y la información que proporcione será tratada con estricta confidencialidad y anonimato, los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y no afectarán en ningún aspecto su atención médica ni generarán consecuencias personales o institucionales.

Es importante señalar que usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello implique ningún perjuicio. Si tuviera alguna duda o consulta sobre esta investigación, puede expresar con total libertad antes, durante o después del proceso.

En caso de estar de acuerdo con lo expuesto y decidir participar, le agradeceré completar sus datos y firmar al final del presente documento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

# Rosario Herrera Tafur

## UNC \_ 2025 \_ HERRERA ROSARIO \_ 72072292 \_ TESIS.pdf

 My Files

 My Files

 Universidad Nacional de Cajamarca

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

**tm:oid:::3117:464914644**

Fecha de entrega

**11 jun 2025, 8:58 p.m. GMT-5**

Fecha de descarga

**11 jun 2025, 9:09 p.m. GMT-5**

Nombre de archivo

**UNC \_ 2025 \_ HERRERA ROSARIO \_ 72072292 \_ TESIS.pdf**

Tamaño de archivo

**612.1 KB**

**64 Páginas**

**17.604 Palabras**

**94.290 Caracteres**

# 13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

## Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

<b>1</b>	<b>Trabajos entregados</b>	
<b>Universidad Privada San Juan Bautista on 2020-06-13</b>		<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>Internet</b>	
<b>hdl.handle.net</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>3</b>	<b>Internet</b>	
<b>repositorio.unc.edu.pe</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>Internet</b>	
<b>repositorio.unach.edu.pe</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>Internet</b>	
<b>repositorio.uladech.edu.pe</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>Internet</b>	
<b>renati.sunedu.gob.pe</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>Internet</b>	
<b>www.coursehero.com</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>Trabajos entregados</b>	
<b>Universidad Continental on 2022-08-04</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>Trabajos entregados</b>	
<b>Universidad Andrés Bello on 2024-10-20</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>10</b>	<b>Internet</b>	
<b>www.researchgate.net</b>		<b>&lt;1%</b>
<b>11</b>	<b>Trabajos entregados</b>	
<b>uncedu on 2024-02-28</b>		<b>&lt;1%</b>