



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**Doctorado en Salud**

**Tesis**

**“Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2020”**

**Para optar el grado académico de**

**Doctor en Salud**

**Autor: CALDERÓN GAMARRA, MILUSKA PAOLA**

**Código ORCID 0000-0002-8675-9549**

**Lima - Perú**

**2021**

Tesis

“Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2020”

Línea de investigación

**Salud, Enfermedad y Ambiente**

Asesor:

**Dr. Manuel Loayza Alarico**

**Código ORCID: 0000-0001-5535-2634**

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	6
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Formulación del problema.....	9
1.2.1 Problema general.....	9
1.2.2 Problemas específicos.....	9
1.3 Objetivos de la investigación.....	9
1.3.1 Objetivo general.....	9
1.3.2 Objetivos específicos.....	10
1.4 Justificación de la investigación.....	10
1.4.1 Teórica.....	10
1.4.2 Metodológica.....	10
1.4.3 Practica.....	11
1.4.4 Epistemológica.....	11
1.5 Limitaciones de la investigación.....	12
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO</b>	13
2.1 Antecedentes de la investigación.....	13
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.2.1 Hábitos alimentarios.....	23
2.2.2 Estado nutricional.....	29
2.2.3 Obesidad Central.....	31
2.2.4 Adultos mayores hipertensos y diabeticos.....	33
2.3 Formulación de hipótesis.....	34
2.3.1 Hipótesis general.....	34
2.3.2 Hipótesis específicas.....	35
<b>CAPITULO III METODOLOGIA</b>	36
3.1 Metodo de investigación.....	36
3.2 Enfoque investigativo.....	36
3.3 Tipos de investigación.....	36
3.4 Diseño de la investigacion.....	37
3.5 Poblacion,muestra, muestreo.....	37
3.6 Variables y operacionalizacion.....	39
3.7 Tecnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
3.7.1 Tecnica.....	42
3.7.2 Descripcion.....	42
3.7.3 Validacion.....	42
3.7.4 Confiabilidad.....	42
3.8 Procesamiento y análisis de datos.....	44
3.9 Aspectos éticos.....	44
<b>CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS</b>	45
4.1.1 Resultados.....	45
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados.....	45
4.1.2 Prueba de hipótesis.....	52
4.1.3 Discusion de resultados.....	56

<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	62
<b>5.1 Conclusiones.....</b>	62
<b>5.2 Recomendaciones.....</b>	63
<b>REFERENCIAS.....</b>	64
<b>ANEXOS.....</b>	73
Anexo 1 : Matriz de consistencia.....	74
Anexo 2 : Instrumentos.....	76
Anexo 3 : Validez de instrumento.....	81
Anexo 4 : Confiabilidad del instrumento.....	113
Anexo 5 : Aprobacion del Comité de Etica.....	115
Anexo 6 : Formato de consentimiento informado.....	116
Anexo 7 : Informe de turnitin.....	118

**Resumen:** Esta investigación tuvo por objetivo determinar cómo se relaciona los hábitos alimentarios con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020. Considerando una base de datos de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus que acudieron al Centro de Salud de Chilca en el mes de enero 2020, se les aplicó una encuesta. Resultados: En 45,85%(94) de la población de estudios existieron hábitos alimentarios. Hubo sobrepeso en un 3,17%(27), y obesidad en 11,71% (24). Conclusión : Los hábitos alimentarios se forman en el transcurso de vida del individuo y son complejos de modificar aun en una población adulta mayor con hipertensión arterial y diabetes, lo cual complica más su estado de salud (delgadez, sobrepeso y obesidad).

Palabras claves: Diabetes, hipertensión, hábitos alimentarios, sobrepeso, obesidad

**Abstract:** This research aimed to determine how eating habits are related to the nutritional status and central obesity of elderly patients with arterial hypertension and diabetes mellitus at the Chilca Health Center, Junin, Peru, 2020. A database of patients was analyzed of patients with arterial hypertension and diabetes mellitus who attended th Chilca Health Center, them a survey was applied by calls. Result: 45,85% (94) of the eating habits were adecuated, 45,85 had noral weigt 29,27 60 were overweight 13,17 27 were thin and 11,71% 24 had obesity.

Conclusion: eating habits are formed in the life span are complex to modify and could lead to weight disorders (thinness, overweighth and obesity

Keywords Diabetes, Hypertension, eating habits overweight , obesity

**Resumo:** Esta pesquisa teve como objetivo determinar como os hábitos alimentares estão relacionados ao estado nutricional e obesidade central de pacientes idosos com hipertensão arterial e diabetes mellitus no Centro de Saúde Chilca, Junín, Perú 2020. Um banco de dados de pacientes foi analisado dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus que frequentavam o Centro de Saúde de Chilca, foi aplicado um inquérito por meio de ligações. Resultados: Um 45,85%(94) dos hábitos alimentares eram adequados, 45,85% (94) tinham peso normal 29,27% (60) tinham sobrepeso, 13,17%(27) eram magros y 11,71% (24) tinham obesidade. Conclusão : os hábitos alimentares são formados ao longo da vida do indivíduo e são de modificação complexa, podendo levar a distúrbios de peso ( magreza, sobrepeso y obesidade).

Palabras claves: Diabetes, Hipertensão, Hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade

## **Introducción**

La presente investigación se enfoca sobre los hábitos alimentarios en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que acudieron a un centro de salud del primer nivel de atención. Esta investigación tiene cinco capítulos. El capítulo I versa sobre el problema de investigación y plasmas los enfoques del problema a abordar; además de precisar problemas generales y específicos, objetivos de la investigación; así como las justificaciones del estudio, explicando además las limitaciones con que contó la presente investigación. El Capítulo II desarrolla los antecedentes, bases teóricas de las variables de investigación así como las hipótesis de investigación. El Capítulo III desarrolla la metodología usada en la presente investigación, la operacionalización de las variables, las técnicas e instrumentos de recolección usados así también se desarrolla el plan de análisis y aspectos éticos. El capítulo IV versa sobre los resultados de investigación. Finalmente, el capítulo V desarrolla las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El fenómeno de envejecimiento se asocia con prevalencia de las enfermedades crónicas, el cual es considerado un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>1</sup>, donde señaló que al 2050, el porcentaje de los adultos mayores de 60 años pasará de 12% a 22%.

En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI <sup>2</sup>, refiere que la proporción de adultos mayores pasaría de un 10% en el 2017 a un 22% en el año 2050. En dicho estudio, los adultos mayores<sup>3</sup>, estuvieron presentes dentro de los hogares en un 41,5% ;siendo un 28,2% jefe /a de hogar. Además determinaron que un 20,4% tuvieron un déficit calórico. (mayor déficit calórico se presenta en Lima Metropolitana (24,3%); siendo en el área urbana de 20,1% y en el área rural de 15,4%. Al analizar patologías crónicas en esta población, éstas se encuentran en un 82,7%; siendo un 73,6%, en los varones. Otro aspecto importante fue que un 50,9% presentaron discapacidad; de ellos un 56,3% son mujeres (en el área rural fue de 57,3% versus el área urbana, que fue un 48,5%). Entre las discapacidades más frecuentes están: (a) la dificultad de usar los brazos y piernas (29,8 % ); (b) Dificultad para oír (13%); (c) Dificultad para ver (12,2%) y (d) Dificultad para entender o aprender ( 5,1% ). Un 36,5% de esta población tiene una o dos más discapacidades. Finalmente, un 60,6% de la población estudiada fueron económicamente activos (71,9% son hombres y un 50,5% son mujeres).

Por otro lado, existe a nivel mundial una pandemia no transmisible que es la obesidad, la cual es de etiología multifactorial<sup>4,5</sup>, se encuentra en todos los grupos poblacionales; incluidos la

población adulta mayor; ocasionando enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, y otras; lo cual genera un incremento en los costos sanitarios <sup>6,7</sup>.

Actualmente la obesidad y sobrepeso es una pandemia; en una investigación desarrollada por Benaiges señaló que en España hubo un 16.5% de sobrepeso, un 21.7% de obesos (leves a moderados) y un 1,2% de obesos graves o mórbidos.<sup>5,8,9</sup> Dicha situación sanitaria también sucede en Perú; donde el Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Centro Nacional de Nutrición (CENAN) <sup>10</sup> señaló que tanto la obesidad y sobrepeso alcanzaron un 70% en la población. Además, informaron que un 10.9% de las personas mayores de 15 años consumieron al menos 5 porciones de frutas y/o ensalada de verduras al día.

Los hábitos alimentarios son uno de los pilares muy importantes en el equilibrio del peso, este problema afecta a todas las edades; se ve obesidad desde la niñez y desde la gestación (dentro del útero). La conjunción de los fenómenos, envejecimiento, obesidad y hábitos en el mundo y en Perú, ha hecho que motive el tema de la presente investigación planteando lo siguiente: ¿Cómo se relaciona los hábitos alimentarios con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020?

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020?

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo los hábitos alimentarios de los pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos se relacionan con el estado nutricional y nivel de obesidad central en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Como los habitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020
- ¿Como los habitos alimentarios se relacionan con el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar cómo los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar como los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus.
- Identificar como los hábitos alimentarios se relacionan con el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 TEÓRICA:**

Existen pocas investigaciones sobre hábitos alimentarios en adultos mayores y mas aún en adultos mayores con enfermedades crónicas como son la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Esta investigación busca conocer las conductas y comportamientos en forma de tipo y manera de alimentación de la población de estudio y como impacta en su salud. Frente a la problemática de un envejecimiento poblacional y aumento de las enfermedades crónicas asociados al aumento de sobrepeso y obesidad, consideré pertinente ver cómo se da este problema en una de las regiones del Perú; en este caso la sierra.

#### **1.4.2 METODOLÓGICA**

La presente investigación no pretende desarrollar alguna propuesta metodológica tipo instrumental.

### **1.4.3 PRÁCTICA**

Los resultados de esta investigación podrían esbozar pilares de mejora en la intervención educativa de la población de estudio; debido a que permitiría conocer los tipos y formas de alimentación, nivel de malnutrición en exceso. Además dependiendo de los resultados podría proponerse un plan educativo de intervención.

### **1.4.4 EPISTEMOLÓGICA**

Esta investigación pretende analizar de manera indirecta los aspectos que influyen en el proceso salud enfermedad de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Según el escritor Sacchi <sup>11</sup>, refiere que el proceso de salud enfermedad depende de componentes individuales y de su medio social. Esto es verdad, muchas personas que no tienen como herencia el desarrollo de enfermedades no transmisibles podrían tener malos hábitos saludables, tener vida sedentaria y poco control del estrés y no desarrollar hipertensión arterial y diabetes mellitus. Por otro lado, personas con herencia de carga para desarrollar diabetes mellitus e hipertensión arterial con un ambiente obesogénico podría llevar más rápido a enfermar. En otra perspectiva, el ser humano en su avance científico ha hecho que su medio no sea saludable, sus hábitos alimentarios y su forma de vivir han conllevado a un desequilibrio que ha conducido al desarrollo de enfermedades no transmisibles como son: el síndrome metabólico, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

En el contexto actual de la pandemia por COVID 19 fue difícil viajar a Chilca - Junin, por lo que se diseñó una estrategia para la aplicación de las encuestas las cuales se ejecutaron mediante llamadas telefónicas, solicitando la autorización de las mismas. Por otro lado, el buscar expertos en el tema fue difícil.

Por otro lado, esta investigación consideró una base de datos del establecimiento de salud, el cual contenía relación nominal de los pacientes, edad, sexo, números telefónicos, controles de peso y talla. Al respecto, un porcentaje de los números telefónicos no estuvieron actualizados y a fin de alcanzar el tamaño de la muestra, la investigación se realizó por muestreo por conveniencia hasta llegar al tamaño de la muestra. Debido a que la base de datos tuvo información histórica en relación al peso y talla de los pacientes; pudo haber existido error en cuanto al recojo de estos datos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### Antecedentes Internacionales

**Torres M et al** el año 2020 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la relación existente entre hábitos alimentarios, estado nutricional y perfil lipídico en pacientes adultos con diabetes tipo II*”. Realizaron un estudio de diseño no experimental, cuantitativo y de tipo descriptivo correlacional, mediante la técnica de encuesta estudiaron una muestra no probabilística por conveniencia de 85 pacientes entre 30 y 59 años de edad. Aplicaron un cuestionario de hábitos alimentarios y una ficha de registro; además de pesar y tallar a la muestra de estudio. Ambos instrumentos tuvieron buena validez y confiabilidad. El 52.9% de los encuestados fueron mujeres. Encontrándose que el 88% de los pacientes diabéticos tipo II tuvieron hábitos inadecuados; se encontró una correlación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y el Índice de masa corporal de los participantes ( $\rho=-0.224$ ;  $p=0.039$ ); existe además correlación con la concentración de colesterol total ( $\rho=-0.270$ ;  $p=0.013$ ) y triglicéridos ( $\rho=-0.230$ ;  $p=0.034$ ); por otro lado, no hubo correlación entre hábitos alimentarios, porcentaje de grasa corporal, HDL, LDL y Hb A1c.<sup>12</sup>

**Martínez A et al** el año 2020 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Analizar la calidad de la dieta en la población española mayor de 65 años por medición de la alimentación saludable y ver la influencia de los factores sociodemográficos*”. Realizaron un estudio transversal y descriptivo, usando información de la población española mayor de 65 años de la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014, obtuvieron una muestra probabilística de 6003 ancianos. Aplicaron un instrumento para medir la calidad de la dieta

usando el índice de alimentación saludable para la población española. El 60% de los participantes fueron mujeres. Un 26,1% tenían entre 65 y 69 años; un 21,9% entre 70 y 74 años; el 18,7% entre 75 y 79 años, y un 33,3% fueron mayores de 80 años. Encontraron que un 8,2% seguían una dieta saludable. El padecer enfermedades crónicas, tener sobrepeso y realizar actividad física de forma ocasional se asociaron con una mejor puntuación en el índice de alimentación saludable; entre sus conclusiones destacaron que la mayor parte de la población de 65 o más años necesita realizar cambios en sus patrones alimentarios. Las personas con riesgos potenciales para su salud son las que más se cuidaron su alimentación. <sup>13</sup>

**Logan D et al** al el año 2020 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Analizar la calidad de dieta de adultos mayores y su relación con el nivel de salud oral*”. Realizaron un estudio tomando la base de datos del estudio de epidemiológico prospectivo de infarto al miocardio PRIME, mediante la técnica de encuesta y entrevista estudiaron una muestra probabilística de 1096 hombres entre 50-59 años de Irlanda del Norte. Realizaron una segunda evaluación oral durante el periodo del 2001 al 2004 y el patrón de dieta lo evaluaron en el año 2005, la cual se evaluó mediante puntuación tomando como referencia el cumplimiento de la dieta mediterránea.. Encontraron que el promedio de dientes fue de 18,5, un 51,5% tenían  $\geq 21$  dientes naturales y un 49,6% tenían dientes postizos. Hombres con 21 o más dientes naturales habían consumido más frutas, verduras y nueces y una dieta con más calidad en comparación con adultos mayores edentulos y con menos de 21 dientes. Los hombres sin dientes y con dentaduras postizas tuvieron menos probabilidades de cumplir con los requerimientos de dieta adecuada para su edad. <sup>14</sup>

**Zhong V et al** al el año 2020 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Analizar la calidad de dieta en relacion a los riesgos absolutos a largo plazo de la enfermedad cardiovascular y su mmortalidad*”. Realizaron un estudio que combinó datos de particioantes individuales de 6 estudios de cohortes prospectivos en los Estados Unidos. Para evaluar la calidad de dieta realizaron el indice de alimentación saludable alternativo 2010 (aHEI-2010), la evaluación de cumplimiento de la dieta mediterránea y la de la dieta DASH. 13 141 hombres y 16 356 mujeres se incluyeron en el estudio. La edad media fue de 53,5 años en hombres y de 53,3 años en mujeres. Encontraron que los hombres y mujeres con mejores indices de calidad de dieta fueron blancos,,con mejor nivel de educación y practicantes de actividad fisica; además tuvieron un riesgo menos de presnetar enfermedades cardiovasculares, y menor mortalidad. Concluyeron que el consumo de una dieta de mayor calidad se asoció con menores riesgos por enfermedad crónica cardiovascular reduciendo la mortalidad;independientemente del sexo o edad. <sup>15</sup>

**Molina M** al el año 2019 en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de actividad física de los adultos mayores del Centro Conidec y establecer relación entre ambas variables*”. Realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal, en una muestra no probabilística por conveniencia de 130 adultos mayores que ingresaron por primera vez al Centro de Vida Conidec entre julio y septiembre del año 2019. Aplicó para medir actividad fisica la versión corta del cuestionario internacional de actividad física adaptado para personas mayores de 60 años (IPAQ-E) –vesrión corta; y para el índice de masa corporal realizó la medición de peso y talla. Un 60.8% estuvo en sobrepeso, un 23.8% estuvo en bajo peso, un 7.7% estuvo en obesidad y un 7.7% estuvo eutrófico/normal; por otro lado, el nivel de actividad fisica fue el siguiente: 76.2% bajo, un

16.9% medio y un 6.9% alto. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre nivel de actividad física e índice de masa corporal <sup>9</sup>

**Gouda M et al** al el año 2018 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la relación entre hábitos alimentarios y parámetros metabólicos en una población de trabajadores japones con diabetes mellitus tipo 2*”. Realizaron un estudio retrospectivo tomando una base de datos mediante la técnica de entrevista, estudiaron una muestra no probabilística de 31 722 personas de una base de datos. Se consideraron como hábitos alimentarios si respondían a cuatro preguntas: 1) Si cenaba dentro de las 2 horas antes de acostarse, 2) Si se saltaba el desayuno , 3) Si comían bocadillos después de la cena y 4) Cual era la velocidad de comer. El 90% de los encuestados fueron hombres. Encontrándose una correlación entre algunos hábitos alimenticios y el mal control glicémico y obesidad. La obesidad y un deficiente control de glicemia fueron los problemas para los trabajadores con diabetes mellitus a pesar de estar tomando su medicación. <sup>16</sup>

**Chavarría P et al** al el año 2017 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar el estado nutricional y su relación con algunas características sociodemográficas de adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile*”. Realizaron un estudio cuantitativo de corte transversal, mediante la recolección de los datos sociodemográficos, evaluación del estado nutricional, evaluación del nivel socioeconómico y evaluación de la actividad física, estudiaron una muestra probabilística de 118 adultos mayores pertenecientes a tres centros de actividades recreativas de la ciudad de Chillán. Aplicaron un cuestionario de datos sociodemográficos, evaluación del estado nutricional, nivel socioeconómico, y la actividad física. El 80,5 % de los encuestados fueron mujeres. Encontrándose que en más del 50% de los

adultos mayores el estado nutricional se relacionó con un nivel de instrucción profesional y estar en quintil “V” de ingreso económico. La obesidad se asoció con el sexo masculino, tener pareja y hacer actividad física fuerte. El sobrepeso se relacionó con una escolaridad media y el quintil III; y con personas de educación básica con quintil II y con no ser profesional. Existió una relación entre el nivel de escolaridad y la capacidad económica para tener un estado nutricional normal.<sup>17</sup>

**Barrón V et al** al año 2017 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la ingesta de macro y micronutrientes críticos y su relación con el estado nutricional de adultos mayores activos de la ciudad de Chillan*”. Realizaron un estudio analítico, transversal mediante la técnica de encuesta, estudiaron una muestra no probabilística de 118 adultos mayores de 60 años o más de edad en Chile. Aplicaron un registro alimentario de 24 horas ( encuesta alimentaria) durante 3 semanas, de forma discontinua, considerando un fin de semana y se calculó calorías y macro y micro nutrientes usando el software de Evaluación de Ingesta de Alimentos del Instituto de Nutrición y Tecnologías de los alimentos; y para calcular el estado nutricional midieron el índice de masa corporal. El 80,5% fueron mujeres con una edad promedio de 72,2 más menos 6,6 años. Encontrándose que los hombres presentaban un índice de masa corporal (IMC) de 26,5 +\_2,7 Kg/m<sup>2</sup> y las mujeres 28,2 +\_4,6 Kg/m<sup>2</sup>. El estado nutricional fue normal en un 55% en las mujeres y en un 61% en los hombres. La ingesta calórica y de macronutrientes se encontró dentro de los rangos recomendados. Solo la ingesta de calorías fue diferente por estado nutricional en hombres y mujeres ( p<0.05). Los micronutrientes presentaron diferencias significativas respecto al estado nutricional, desagregado por sexo y edad ( p<0.01). El grupo de 75-90 años cumplieron con la recomendación de ingesta.<sup>18</sup>

**Blasquez et al** al el año 2016 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar si en mayores de cincuenta años existía asociación entre el estado de salud percibido, una alimentación sana y estilos de vida*”. Realizaron un estudio observacional de corte transversal, mediante la técnica de encuesta estudiaron una muestra probabilística de 781 pacientes entre 50 y 74 años de edad. Aplicaron cuatro instrumentos: el cuestionario Euro Ql-5D para evaluar la autopercepción de salud, el cuestionario sobre frecuencia de consumo de alimentos, el cuestionario IPAQ para ver actividad física, y una ficha de registro para datos sociodemográficos. Los instrumentos tuvieron buena validez y confiabilidad. Existió un tasa de respuesta de 79,7%. El 60% de los encuestados fueron mujeres. Encontrándose que el estado de salud percibido presentó una débil correlación con el número de criterios de alimentación saludable, hubo una tendencia lineal entre intensidad de ejercicio físico y mejor autopercepción de salud; en fumadores, la puntuación fue inferior; entre sus **conclusiones** señalaron que la dieta es un factor relacionado con la autopercepción de salud, que existió un bajo cumplimiento en los criterios de alimentación saludable, siendo deficitario en el consumo de frutas y verduras e hidratos de carbono<sup>19</sup>

**Gomez M et al** al el año 2016 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Conocer los hábitos de vida de los alumnos mayores del Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada (APFA) respecto a alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, consumo de tabaco y la prevalencia de obesidad; y como objetivo secundario, estimar el impacto percibido*”. Realizaron un estudio transversal, mediante la técnica de encuesta, estudiaron una muestra probabilística de 147 personas de una población de 264, hubo una tasa de respuesta de 55,7%. Aplicaron dos instrumentos: a) Una encuesta alimentarias y b) Análisis de cálculos nutricionales para obtener las calorías. La edad media

fue de 63,3 años, un 6,8% fueron fumadores, un 9,5% fueron bebedores moderados y caminaban media hora/día o más un 91,8%. El perfil calórico medio global fue de 1.874 kcal/día; las proteínas representaron el 16,7%, los hidratos de carbono el 50,3% y las grasas el 33,1%. Ingieren menos de 3 piezas de fruta/día ( 38,1% de los alumnos), y menos de dos raciones de verdura diarias (43% de los alumnos); asimismo, consumen menos de 2 vasos de leche/día un 32% y menos de 3 huevos semanales un 69,4%. La prevalencia de obesidad fue de 11,2%. Han reforzado hábitos saludables el 83% de los alumnos adultos mayores. Entre las conclusiones se encontraron **que** los alumnos adultos mayores tuvieron hábitos de vida saludables respecto a consumo de tabaco, alcohol y realización de ejercicio físico. La alimentación fue deficitaria en consumo de frutas, verduras, lácteos y huevos. Los alumnos adultos mayores percibieron un refuerzo positivo en sus hábitos saludables con relación a la educación para la salud recibida en el APFA <sup>20</sup>.

**Viñuelas et al** al el año 2015 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Evaluar el grado de adherencia al patrón de la Dieta mediterránea en una población mayor de 65 años de la Hoya de Huesca, y evaluando alguna diferencia entre la población urbana y rural con influencia de factores sociodemográficos*”. Realizaron un estudio exploratorio de tipo transversal, mediante la técnica de cuestionario ad hoc para recolectar información de datos sociodemográficos- “cuestionario PREDIMED” en una muestra probabilística de 240 personas entre 74 años como promedio e igual proporción de hombres y mujeres. Existió igual proporción entre hombres y mujeres con un promedio de edad de  $74 \pm 6,8$  años. Encontrándose que no había diferencia entre la población urbana y rural, existió buena adherencia a la dieta mediterránea y existió influencia de factores económicos y de la presencia de comorbilidades. <sup>21</sup>

**Hernandez A et al** al el año 2015 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la calidad global de la dieta de una población de mayores de 80 años residente en España en diversas zonas*”. Realizaron un estudio observacional de alcance correlacional, mediante la técnica de cuestionarios estudiaron una muestra de 159 personas mayores de 80 años, entre 80 y 90 años de edad. Aplicaron dos instrumentos, uno para medir el consumo de alimentos ( un cuestionario general y un cuestionario de consumo de alimentos del proyecto ELES), otro para ver el índice de alimentación saludable y el grado de adhesión a la dieta mediterránea. La población de estudio presentó índice de alimentación saludable medianos, buenos hábitos de consumo. Los que requirieron una intervención dietética mayor fueron las personas mayores de 90 años. Además de ello, presentaban un grado de adherencia a la dieta mediterránea. <sup>22</sup>.

#### **Antecedentes nacionales**

**Arangoytia K y Cutipa LM** el año 2019 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la relación de los hábitos alimentarios de adultos mayores institucionalizados con el estado nutricional y las enfermedades crónico-degenerativas*”. Realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, mediante las técnicas de encuesta y entrevista estudiaron una muestra por conveniencia de 50 adultos mayores albergados en las casas hogares. Aplicaron un instrumento para medir hábitos alimentarios. Este instrumento fue validado por juicio de expertos y realizaron una prueba piloto. Se evaluó peso talla y ficha de registros de datos socioedemográficos. Encontrándose que un 56% de los adultos tenían hábitos inadecuados, 44% tuvieron delgadez, 32% fueron normales, 24% tuvieron sobrepeso; 36% tuvieron hipertensión arterial y 6% insuficiencia cardíaca. <sup>23</sup>

**Ayte, V.** el año 2018 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Conocer los estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo II de los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*”. Realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante el diseño de un instrumento para medir estilos de vida en pacientes diabéticos, estudió una muestra no probabilística de 142 pacientes mayores de 18 años de edad. Aplico un instrumento que fue la escala para medir estilos de vida en pacientes diabéticos; cuya validación había sido realizada previamente por López, Ariza Rodríguez y Munguía. Un 76,8% de los pacientes con diabetes tipo II tuvieron estilos de vida no saludables. De estos, un 99,3% tuvieron hábitos nutricionales no saludables, un 76,1% no tuvieron actividad física, un 89,4% tuvieron hábitos nocivos, un 88% tuvieron información sobre diabetes, un 69,7% tuvieron inadecuados manejos en sus emociones y un 58.5% tuvieron adherencia terapéutica; y entre sus conclusiones determino que los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acudieron a consulta externa del Hospital San Juan de Lurigancho no son saludables, tienen hábitos nutricionales no saludables y tampoco siguen con la prescripción médica.<sup>24</sup>

**Sanchez-Ruiz et al** el año 2014 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la asociación de los hábitos alimentarios, estado nutricional con el nivel socioeconómico de los adultos mayores que asisten constantemente al Programa Municipal de Lima Metropolitana*”. Realizaron un estudio descriptivo, transversal, de asociación cruzada, mediante la técnica de encuesta, estudiaron una muestra no probabilística de 115 adultos mayores de 60 años de ambos sexos, entre 60 y 93 años de edad. Aplicaron tres instrumentos: a) Uno para evaluar el estado nutricional ( peso y la talla recalculada con la formula de Bermudez), b) Otro para determinar los hábitos alimentarios (encuesta de frecuencia de alimentos por proporciones recomendadas; así como preguntas sobre consumo de bebidas e inhibidores , adición de sal a

las preparaciones y tiempo de comida); y c) Para medir el nivel socioeconómico mediante una encuesta basada en la escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano . Los instrumentos fueron sometidos a juicios de expertos. El 97% de los encuestados fueron mujeres. Encontrándose sobrepeso y obesidad en todos los estratos económicos y siendo mucho más ( 56%) en el estrato socioeconómico bajo.No hubo asociación significativa entre las variables estado nutricional y nivel Socio económico ( $p=0,629$ ). La obesidad fue mayor en los NSE bajo ( 22%). El Estrato medio alto tuvo mayor porcentaje de hábitos adecuados en comparación con los otros estratos. En los estratos NSE medio bajo y bajo hubieron mas riesgo de tener hábitos no adecuados para el consumo de carnes ( $OR=3,18$ ) y para el consumo de frutas lo cual fue cinco veces mas el riesgo no adecuado (  $OR=4,93$ ).<sup>25</sup>

**Hermoza R, et al** , el año 2017 en su investigación tuvieron como objetivo “ *Determinar la adherencia a la terapia nutricional (TMN) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en un hospital de nivel III de Lima-Perú y explorar factores asociados*”. Realizaron un estudio descriptivo transversal, mediante la técnica de encuesta estudiaron una muestra probabilística de 163 pacientes, cuya edad en promedio fue de 61,1 años de edad Aplicaron dos instrumentos: a) un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y comorbilidades como el estado nutricional según la OMS y b) un cuestionario de frecuencia de alimentos. Ambos instrumentos tuvieron buena validez y confiabilidad. El 61,9% de los encuestados fueron mujeres, el 40,5% tuvo instrucción primaria, existió una adherencia a todas las recomendaciones de Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 10,4%; de al menos tres recomendaciones un 38,7%; de al menos 2 un 79,1%; de al menos 1 95,1% y ningún cumplimiento en 4,9%.<sup>26</sup>

**Ramírez SP y Borja GM** el año 2017 en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida de los adultos mayores de dos casas de reposo*”. Realizaron un estudio correlacional transversal, mediante la técnica de encuesta estudiaron una muestra probabilística de 150 adultos mayores cuyas edades estuvieron entre los 18 y 60 años de edad. Aplicaron dos instrumentos: a) uno para medir hábitos alimentarios y b) Para medir calidad de vida. Ambos instrumentos tuvieron buena validez y confiabilidad. Encontrándose que 95,3% de la población de estudio tuvieron hábitos alimentarios adecuados, 90% tuvieron calidad de vida normal, un 6% tuvieron buena calidad de vida. Al correlacionar hábitos alimentarios y calidad de vida no existió relación estadísticamente significativa.<sup>27</sup>

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1 HÁBITOS ALIMENTARIOS

Al referirnos al término “*hábitos alimentarios*” usaremos lo que se refiere la Real Academia Española<sup>28</sup>, la cual la define como la repetición de actos iguales o semejantes originado por tendencias instintivas. Entonces, los hábitos alimentarios son aquellas conductas o actos repetidos de la manera de cómo nos alimentamos. Unido a este concepto va el término de alimentación y nutrición saludable<sup>29</sup> el cual es un proceso básico y fundamental para mantener una buena salud. Entre las buenas prácticas para tener buenos hábitos saludables se encuentran los siguientes: conocer y acceder a los alimentos saludables, tener una alimentación balanceada, consumir frutas, verduras, legumbres y cereales, consumir pescado fresco y aves, consumir frecuentemente agua, comer despacio y en pequeñas cantidades para evitar atragantarse; evitar frituras, grasas y evitar la sal.<sup>30</sup>

Segun la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) “los hábitos alimentarios” son un conjunto de costumbres que condicionan la forma de cómo los individuos o grupos de personas seleccionan, preparan y consumen alimentos, bajo la influencia de la disponibilidad y acceso a los alimentos; cabe destacar que la educación alimentaria es imoportante la cual se estimula en los primeros años de vida. El autor también señala que los hábitos alimentarios se han ido modificando por diferentes factores entre ellos el económico y el tiempo en que se dedica para preparar los alimentos. Existió una influencia de los padres en los hábitos y conductas alimentarias. <sup>18</sup>.

En su investigacion Naughton señaló que los hábitos alimentarios se consolidan en el tiempo y son suficiente para el consumo; independiente de la intención dietética del ser humano <sup>31</sup>.

Conducta alimentaria, es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se adquiere a través de la experiencia con la comida dentro del entorno familiar y social, por imitación de modelos, disponibilidad de alimentos, estatus social simbolismos afectivos y tradiciones culturales. <sup>32</sup>

Países con mayor cultura en salud tienen mejores hábitos saludables; asi fue demostrado por una investigación desarrollada en Grecia <sup>33</sup>; donde a mayor edad hubo mas consumo de pescado, granos y verduras; cuyo parámetro se asemeja a una dieta baja en carnes rojas y lacteos ( similar a la dieta mediterránea).

Un aspecto muy importante es el área geografica, como lo señaló Caballero existe un mayor consumo de carbohidratos en la región de altura que en la Costa; siendo éste ultimo lugar un lugar donde consumen mas proteina. <sup>34</sup>

Los hábitos pueden modificarse en el tiempo<sup>35</sup> y se puede dar en etapas: a)Precontemplación: no existe la intención de cambiar, b) Contemplación: Piensa en cambiar en los próximos 6 meses, c)Preparación: prepara una fecha y un plan para cambiar, d)Acción: inicia el cambio y mantiene la conducta por un tiempo, e) Mantenimiento: mantiene la nueva conducta más de 6 meses y f) Recaída: recae continuamente en la conducta anterior.

### **Hábitos alimentarios y adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes**

Los hábitos alimentarios juegan una influencia en el desarrollo de las enfermedades crónicas asociadas al incremento de edad como son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad, cáncer etc. Una inadecuada alimentación puede conllevar a un exceso (obesidad) o un defecto ( malnutrición).<sup>36</sup>

Los hábitos alimentarios están relacionados con la edad y con aspectos de tipo cultural, social, económico y psicológico<sup>16</sup>. El tener hábitos vegetarianos hace posible el desarrollo de un tipo de flora intestinal; de esa manera también los no vegetarianos, lo cual generaría influencia sobre el tipo de metabolismo.<sup>37</sup>

Buenos hábitos alimentarios se relacionan con un factor de protección frente al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares<sup>38</sup>. Hábitos como el de aumentar la ingesta calórica en la cena, consumir bocadillos en la noche, no tomar desayuno están asociados a incremento de glucosa en sangre, obesidad y el desarrollo de diabetes.<sup>16</sup>

En una investigación desarrollada por Walther y colaboradores<sup>39</sup>, al estudiar a la población hipertensa y diabética señalaron que persisten estilos de vida no saludables como son: hábito de fumar (16%), ingesta de consumo de alcohol ( 8%), sedentarismo ( 26%) y un IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>. Además, encontraron que los estilos de vida más sanos estuvieron en el sexo femenino, en

edad más joven, en pacientes con educación superior , con mayor nivel socioeconómico y en áreas rurales.

El investigador Chiba y colaboradores señalaron que es importante la ingesta de un desayuno a fin de evitar la hiperactividad del sistema nervioso simpático, lo cual conduciría a un incremento de la presión arterial <sup>40</sup>.

### Modulación de hábitos alimentarios

En una investigación desarrollada por Ohtomo <sup>41</sup>, cerca del 95% de las personas abandonan una mejora en hábitos alimentarios por desánimo; existiendo factores sociales y psicológicos. En nuestra sociedad los alimentos con mas calorías están mas accesibles. Además de ello, el proceso de automaticidad de la conducta es un factor psicológico importante.

### Evaluación de los hábitos alimentarios

El evaluar los hábitos alimentarios en población adulta mayor puede ser difícil debido a: a) Limitaciones físicas (problemas visuales, problemas de audición y dificultad para escribir), b) discapacidad mental (memoria a corto plazo reducida, deterioro cognitivo, demencia, habilidades de comunicación reducidas) y c) las personas pueden no estar involucradas en la preparación de comida <sup>42,43</sup>. Dentro de las limitaciones físicas es importante destacar el problema dental <sup>43</sup>; por ejemplo, en Estados Unidos, la población con dentición completa paso de ser en 1988-1994 de 34% a 27% en 1999-2004.

Existen instrumentos de evaluación como son cuestionarios de frecuencia (FFQ), historia dietética y cuestionarios de recordatorios de 24 horas; pero cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas <sup>42, 44</sup>

El investigador Naughton <sup>31</sup> en su investigación evaluó los hábitos alimentarios mediante siete elementos diseñados para conocer la conducta habitual ( repetición y automaticidad).

En Chile, se realizó una validación de un instrumento para evaluar la calidad de alimentos del adulto mayor <sup>36</sup>; debido a que no existía algún instrumento para recojer dicha información. Su instrumento se basó en guías alimentarias chilenas y lineamientos dietéticos internacionales; además de la inclusión de preguntas del programa del adulto mayor.

La evaluación dietética es todo un reto en las personas adultas mayores debido a los problemas existente del envejecimiento <sup>42, 45</sup>.

En la investigación reaizada por Barrera en pacientes diabéticos, se demostró que no existe educación aliementaria como parte del tratamiento integral <sup>46</sup>

El investigador peruano Torres <sup>12</sup> adaptó un cuestionario elaborado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH) en versión española para llevar a cabo su investigación en hábitos alimentarios.

Aun no existe un instrumento en el Peru que evalúe los hábitos alimentarios. Según el Ministerio de Salud existe la Guía alimentaria para el adulto mayor.

#### Dieta en la población adulta mayor

La población adulta mayor consume menos calorías <sup>46)</sup> algunos estudios señalan que adultos mayores con 77 años podrían consumir sólo 1300 calorías por día <sup>47</sup>, el cual podría ser explicado por el deterioro del apetito, el proceso de envejecimiento, problemas en rendimiento físico y psicosocial. Apesar de ello, existe obesidad y esto debido a la inactividad física que

conlleva a una tasa metabólica baja. Éste fenómeno de obesidad disminuye entre el grupo etáreo de 75 a 80 años.

Existe un consumo baja en la ingesta de las proteínas, carbohidratos y lípidos <sup>48</sup>, debido a problemas en masticar y tragar, alteraciones del olfato y gusto. Además de ello, existe deficit de consumo de vitamina D ; explicado por exposición limitada al sol, disminución de la producción de vitamina D, disminución de la forma activa de vitamina D y reducción de su consumo. En adición a ello, existe el problema de absorción de fierreo debido a gatsritis atrófica, enfermedad celíaca, infección por *Helicobacter pylori*, pérdida de sangre oculta en heces o consumo de medicamentos. Existe problemas de consumo de calcio, lo cual conduce a fracturas por fragilidad afectando la calidad de vida.

Las recomendaciones dietéticas varían a nivel mundial y se adecuan segun el pais, la disponibilidad de alimentos y la aceptación de los alimentos <sup>43</sup>

En el Reino Unido , se recomiendan al menos 2 porciones de fruta y 3 porciones de verduras al día, un máximo de una porción de vino tinto y carne al día y al menos, una porción de pescado azul a la semana; asi como consumo de nueces e ingesta limitada de alcohol <sup>43</sup>

En la investigacion de Yannakoulia <sup>48</sup> señalan los siguientes patrones de dieta:

1. Patrón de dieta mediterraneo.- Integrada por verduras, cereales integrales y aceite de oliva, productos lacteos fermentados, frutos secos, hierbas /especias, proteinas vegetales (legumbre) y mariscos. Incorpora el vino en las comidas y conusmo diarios de infusiones de hierbas. <sup>43,49</sup>. Esta dieta se dice que es útil para controlar problemas como son la diabetes <sup>50</sup> y enfermedades cardiovasculares <sup>50, 51, 52, 53, 54</sup>

2. Patrón de dieta tablero o dieta DASH ( Dietary Approaches to Stop Hypertension).- creado para controlar la hipertensión arterial; esta compuesto por consumo de frutas, verduras, lácteos bajos en grasa y cereales integrales y consumo rico en proteínas pero bajo en carnes rojas.
3. Patrón de dieta MIND.- Compuesta de 10 componentes dietéticos saludables para el cerebro ( hojas verdes, verduras, nueces, bayas, frijoles, cereales integrales, pesacdo, aves, aceite de oliva y vino) y 5 componentes no saludables ( carnes rojas, mantequilla, y margarina, queso, bollería, dulces y frituras o comidas rápidas)
4. Patrón de Dieta Okinawa.- Existe un consumo de vegetales, legumbres (soya), consumos moderados de pescado y alcohol; y bajo consumo de carne y productos lácteos. Es un régimen hipocalórico; bajo en proteínas y lípidos, y alto en carbohidratos.

### 2.2.2 ESTADO NUTRICIONAL

El Estado nutricional de la población adulta mayor es compleja y representa la suma de muchos factores como son: la manera de como se nutrió en el tiempo, el envejecimiento, alteraciones metabólicas y alimentarias, estados de morbilidad crónicos y agudos, la ingesta de fármacos, el deterioro de la capacidad funcional y las situaciones psico-económico-social.<sup>55,56,57,58</sup>. Además de ello, la nutrición es crucial para una adecuada calidad de vida durante el envejecimiento<sup>48</sup>. En la investigación de Yananakoulia, señaló que un 28% de los hombres y un 21% de las mujeres estaban en desnutrición; mientras que un 49% de las mujeres y un 46% de los hombres estaban en riesgo de desnutrición; haciéndolo más riesgoso el número de hospitalizaciones en este grupo etáreo.

Los estudios de cribado nutricional permiten detectar los riesgos en nutrición; en esta población es muy usado el Mini Nutritional Assesment (MNA) <sup>58</sup>, el cual es un instrumento validado para la población adulta mayor, y sirve para identificar el riesgo nutricional. Los puntos de corte son: MNA  $\leq 17$  puntos son malnutridos, MNS entre 17,5 y 23,5 están en riesgo nutricional y MNA  $\geq 24$  puntos, son bien nutridos. Pero, también es conocido que un buen cribado nutricional necesita los siguientes elementos: a) Índice de masa corporal b) pérdida involuntaria de peso y c) cambios en la ingesta.

Según el Ministerio de Salud, señala la importancia de investigar: consumo de medicamentos, movilidad o dependencia y alimentación, entre otras.<sup>59</sup>

Para una valoración nutricional exhaustiva <sup>58</sup> se necesita de lo siguiente: historia clínica-nutricional, Historia dietética, valoración antropométrica, valoración bioquímica y datos de laboratorio, análisis de la composición corporal y de una valoración funcional.

Un indicador indirecto de evaluación nutricional es el Índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre talla elevada al cuadrado <sup>59,60</sup>; también se le denomina Índice de Quetelet y permite determinar el peso normal, sobrepeso y obesidad en la población adulta mayor.

La obesidad en los adultos mayores <sup>5,59</sup> se define con un índice de masa corporal mayor a 32 kg/m<sup>2</sup>; los puntos de cortes son: delgadez ( $\leq 23$  Kg/m<sup>2</sup>), normal ( $>23$  a  $<28$  Kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso ( $\geq 28$  a  $<32$  Kg/m<sup>2</sup>), obesidad ( $\geq 32$  Kg/m<sup>2</sup>). Al respecto, el Ministerio de Salud de nuestro país señala que debido al proceso de envejecimiento es necesario que la evaluación sea de manera integral.<sup>59</sup> Cabe señalar que cuando la pérdida de peso por razones no inducidas es mayor a 4,5 Kg o mayor a 5% del peso corporal en el último año es considerado como un criterio de fragilidad <sup>60</sup>

### 2.2.3 OBESIDAD CENTRAL

#### Obesidad

En la obesidad existe un desbalance entre ingesta y gasto de energía de tipo positivo, lo cual inhibe la lipólisis y activa el acúmulo de triglicéridos en los adipocitos.<sup>7</sup> Es definida como un exceso de grasa corporal<sup>61</sup> cuyo tratamiento es difícil<sup>8</sup>. Se determina por un índice de masa corporal mayor a 32<sup>59</sup>. La obesidad se asocia con mayor intensidad a la diabetes<sup>62</sup> y es un reto su tratamiento, en la actualidad, sobre todo en la actual pandemia por el COVID<sup>63</sup>.

Menéndez- González, L. y Orts-Cortes, M.<sup>8</sup> investigaron sobre los aspectos fisiológicos del control de apetito donde especifican que son la autorregulación y la autoeficacia. La autorregulación es la capacidad de decidir el no consumo de ciertos alimentos calóricos. Por otro lado, la autoeficacia es la realización de no ingesta de los alimentos. En ese sentido, señala que la persona obesa tiene niveles inferiores de autorregulación debido a que no puede resistir el placer por comer.

La obesidad es una enfermedad causada por muchos factores entre los cuales están: factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos (2-3%)<sup>4, 7, 64, 10</sup>

Los cambios en el estilo de vida (sedentarismo y una inadecuada alimentación) así como la disminución de la actividad física son factores determinantes del impacto de la obesidad en el mundo<sup>6, 13</sup>

Sandoval, L; Jiménez.; Olivares, S.; y De la Cruz, T señalaron que la lactancia materna de mayor duración sería un factor de protección frente a la obesidad; afirmando que existe una relación entre obesidad e inicio de la alimentación complementaria en los recién nacidos<sup>65</sup>

Internacionalmente, para evaluar el déficit o aumento de peso existe el índice de masa corporal

Además, señalaron que el tratamiento de la obesidad y sobrepeso es multifactorial, se tiene que abordar la dieta, la actividad física y cambio de conducta a largo plazo.

El tratamiento de la obesidad es complejo, Petridou, señaló que implican cambios conductuales difíciles de tratar, los que incluyen modificación dietética, incremento de actividad física <sup>4</sup> e incluso apoyo psicológico.

### Obesidad Central

Antes de entrar al término de obesidad central, es necesario precisar que los adultos mayores a partir de los 70 años pueden perder 15% de su masa muscular cada 10 años <sup>47</sup>; a esto se denomina “Sarcopenia” u “Obesidad sarcopenica”; existiendo un incremento de adiposidad; lo cual complica más la salud ya afectada de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus.<sup>48, 66, 67</sup>. La obesidad central se asocia a patología cardíaca <sup>68</sup>.

Es denominada también obesidad abdominal <sup>69</sup> y refleja la cantidad de grasa visceral y se relaciona de manera directa con la resistencia a la insulina y eventos cardiovasculares.

El Ministerio de Salud <sup>59</sup> señala los siguientes rangos a considerar:

- Perímetro abdominal  $\leq 94$  cm en varones y  $< 80$  en mujeres, existe bajo riesgo de comorbilidad
- Perímetro abdominal  $\geq 94$  cm en varones y  $\geq 80$  en mujeres es un factor alto de riesgo de comorbilidad para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como son la hipertensión arterial, enfermedad coronaria etc

- Perimetro abdominal  $\geq 102$  en varones y  $\geq 88$  en mujeres existe un riesgo muy alto de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como son diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria etc).

#### 2.2.4 ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS

En esta población adulta mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus, la baja adherencia al tratamiento integral está presente. Además de ello, reconociendo la importancia de la educación en estos pacientes; investigaciones como el desarrollado por Gonzáles<sup>70</sup> señala que es bajo. La literatura señala que existe un 25% de la población mayor de 65 años con diabetes <sup>71</sup>. En una investigación desarrollada por Lakeisha y colaboradores<sup>72</sup> encontraron mayor baja adherencia en población negra que blanca ( 40,7% versus 22,9%); mayor en hombres negros que blancos (37,2% versus 26,3%). Otros factores que contribuyeron a no cumplir con la adherencia al tratamiento fueron los costos económicos, principalmente.

En la población mayor de 60 años existe un problema de hipertensión arterial; siendo el tipo más frecuente la hipertensión arterial sistólica aislada <sup>73</sup>. Las consecuencias de esta patología podrían desencadenar en : ataque cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y muerte. Es importante el tratamiento no farmacológico para un exitoso resultado, el cual consiste en hábitos de vida sana (plan alimentario adecuado, actividad física regular y tener un peso ideal).

Formiga, Gomez Huelgas y Rodriguez <sup>74</sup> señalaron una prevalencia de diabetes mellitus de 21.6% en adultos mayores en EEUU, en España de un 25 a 35% <sup>75</sup> (siendo mayor en mujeres). Además de ello existe problema existentes de intolerancia a la glucosa o glicemia basal alterada. La aparición de diabetes se asocia a obesidad <sup>76</sup>

Sangros-Gonzalez <sup>75</sup> en su investigación señaló que en EEUU, en el 2014, la población residente de 65 años a más, tuvo prediabetes en 51% y diabetes tipo 2 en 25.9%.

Además, en la población de estudio, Sangros-González encontraron presencia de factores de riesgo cardiovascular y complicaciones vasculares. La presencia de hipertensión arterial estuvo presente en un 78% de los pacientes adultos diabéticos adultos mayores. Además de ello, entre las enfermedades macrovasculares fueron cardiopatía isquémica (13,9%), enfermedad cerebrovascular (11.9%) y la enfermedad arterial periférica (9%); mientras que entre las complicaciones microvasculares señalaron la enfermedad renal crónica.

Pacientes con diabetes mellitus son más propensos a desarrollar complicaciones como son las enfermedades cardiovasculares; lo cual impacta en su salud.<sup>16</sup> En la literatura se señala que existen factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con diabetes como es el nivel educativo; es decir, a menos posición socioeconómica los cambios alimenticios son más difíciles de realizar; existen pocos estudios en adultos mayores <sup>77</sup>.

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Los hábitos alimentarios se relacionan directamente con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en un Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

Existe relación entre los hábitos alimentarios y el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en un Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

## CAPITULO III: MÉTODOLOGIA

### 3.1. Método de la investigación

La presente investigación usó el método deductivo, el cual a partir de los hallazgos encontrados en la investigación se deduzco relaciones explicativas entre las variables : Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en la población de estudio. Además, se usó el método analítico para desagregar factores de influencia en las conductas de las variables en la investigación.

### 3.2. Enfoque investigativo

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, debido a que planteó una hipótesis, se comprobó numéricamente y de manera objetiva; además, se usó análisis estadístico para comprobarla.

### 3.3. Tipo de la investigación

Según Hernández <sup>78</sup> cuando el estudio de investigación busca ver el comportamiento de una variable conociendo el comportamiento de otra variable es de tipo correlacional. También se denomina de predicción cuando una variable influye en otra. En ese sentido, como esta investigación pretendió conocer si existe una dependencia entre la variable Hábitos alimentarios y las variables estado nutricional y obesidad central; este estudio es de **TIPO CORRELACIONAL – ANALITICO.**

Según Hernandez, esta investigación, debido a que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo UNICO fue **TRANSVERSAL.**

### **3.4. Diseño de la investigación**

Según Hernández <sup>78</sup> señala dos clasificaciones, los diseños experimentales y los no experimentales. En el estudio experimental, el investigador manipula de manera consciente y a propósito una o más variables independientes de estudio (las denominadas “supuestas causas”) para analizar las consecuencias de este experimento. En esta investigación no habrá manipulación de las variables, por lo que el **DISEÑO ES NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL.**

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

La población estuvo conformada por los pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron en el mes de enero 2020 al Centro de Salud de Chilca-Junin, de la Seguridad Social. La población fue de 443 pacientes.

#### **a.-Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que acepten ser entrevistados
- Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que estén orientado en tiempo, espacio y persona.
- Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus cuyo familiar pueda brindar la información de su paciente

### **b.-Criterios de exclusión**

- Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que no acepten ser entrevistados y/o estén impedidos de hablar.
- Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que no estén orientados en tiempo, espacio y persona.

### **c.-Unidad de análisis**

Pacientes adultos mayores con hipertensión y con diabetes mellitus que acudieron en el mes de Enero 2020 a atenderse al Cento de Salud Chilca Junin de EsSalud.

### **d.-Muestra**

Para calcular el tamaño de muestra se usó la fórmula para población finita (77) porque se conoce el total de las unidades de observación, que en esta investigación lo constituyen todos los pacientes adultos mayores que asistieron a consulta externa del Centro de Salud Chilca Junín Enero 2020:

$$N = \frac{Nz^2pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

P=proporción aproximada del fenómeno de estudio, se considerará 0.5

Q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno 0.5

Z=Valor Z crítico, Nivel de confianza 1,96

D= nivel de precisión=0.05

Reemplazando los datos:

$$n = \frac{443 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{0.05^2 (443-1) + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

“n” es igual a 205. 99, se redondó a 205 pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron al Centro de Salud de Chilca, Junín en el mes de enero 2020.

### 3.6 Variables y operacionalización de variables

#### Variable 1: Hábitos alimentarios

**Definición operacional:** Si cumple con lo estipulado en la Guía Nutricional del adulto mayor es adecuado; caso contrario es inadecuado,

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Frecuencia de ingesta de alimentos	Si se desayuna , se almuerza , se cena y consume algun refrigerio	Si cumple=1 A veces=0,5 No cumple=0	<b>Adecuados=1</b> <b>Inadecuados= 0,5 y 0</b>
Inhibidores	Si consume café, infusion o gaseosa al alimentarse	Si =0 A veces=0,5 No =1	
Consumo de lacteos	Consume leche, yogurte o queso	3porciones=1 Menor a 3 porciones=0,5 No consumo =0	
Consumo de carnes	Consumo de carne (cerdo, vacuno, pollo u otro)	2 porciones=1 menos de dos porciones = 0,5 No consumo =0	
Consumo de menestras		Más de 3 veces por semana =0,5 Tres veces por semana=1 No consumo =0	
Cosnumero de frutas y	Cosnymo de frutas	3 porciones=1	

vegetales		Menos de 3 porciones =0,5 No consumo =0
	Consumo de verduras	3 porciones =1 1- 2 porciones=0,5 No consumo =0
Consumo de carbohidratos	Ingesta de carbohidratos	3 porciones =1 Menos de 3 porciones=0,5 No consume =0
Consumo de aceite de oliva	Ingesta de aceite saludable	Si consumo=1 No consumo =0 A veces =0,5
Consumo de agua	Ingesta de agua	De 6 a 8 vasos =1 Menos de 6 vasos =0,5 No tomo =0
Preparacion frituras	Forma de preparar alimentos	A diario =0 1-3 veces por semana =0,5 No consumo =1
Consumo de snack	Ingesta de "golosinas"	Diario =0 1-3 veces por semana=0,5 No consumo =1
Aumento de consumo de sal en las comidas	Ingesta de sal	Si =0 No=1 A veces =0,5

### Variable 2: Estado nutricional

**Definición operacional:** Es la clasificación del índice de masa corporal de cada pacientes adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes ( Bajo peso, normal, sobrepeso y obeso)

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Bajo peso	$P/T^2 < 23$	Ordinal	Bajo peso
Normal	$P/T^2 < 28$	Ordinal	Normal
Sobrepeso	$P/T^2 = < 32$	Ordinal	Obeso
Obeso	$P/T^2 \geq 32$	Ordinal	Obeso

### Variable 3: Obesidad Central

**Definición operacional:**, Es la presencia de grasa abdominal en la población de estudio.

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Obesidad central presente	Perimetro abdominal mayor a :102 cm (varones) y mayor a 88 cm( mujeres)	Nominal	Obeso Central
Obesidad central ausente	Perimetro abdominal menor a:102 cm( varones) y menor a 88 cm ( mujeres)	Nominal	No Obeso central

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

#### **3.7.1 Técnica**

Para obtener la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación fue a través de información: a) Primaria: a través de la ejecución de una encuesta de hábitos alimentarios y b) Secundaria: A través de una base de datos de pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos del Centro de Salud Chilca, Junín, Perú.

La encuesta fue sobre hábitos alimentarios, se realizó considerando la Guía nutricional para adultos mayores del Ministerio de Salud del Perú.

#### **3.7.2 Descripción**

Para realizar esta investigación se usó un cuestionario, elaborado para la presente estudio, para investigar hábitos alimentarios en la población de estudio, que se adjunta ( Anexo N°1)

Este instrumento consta de 14 preguntas. Cada pregunta consta de tres alternativas. La escala de calificación va en el siguiente orden: Si cumple con lo que dice la Guía tiene 1 punto, si cumple parcialmente tiene 0,5 puntos y si no cumple la Guía, tiene 0 puntos.

#### **3.7.3 Validación**

El instrumento usado en la presente investigación se realizó con la validación de ocho expertos, quienes emitieran aportes y mejoras en la construcción del instrumentos ( Anexo 2).

#### **3.7.4 Confiabilidad**

La Fiabilidad del instrumento se realizó a través de la obtención del alfa de Cronbach, el cual permite realizar la fiabilidad del instrumento. Se obtuvo los siguientes resultados:

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	22.15	10.951	.320	.677
p2	22.83	12.199	.205	.688
p3	22.33	12.122	.311	.679
p4	22.17	12.148	.333	.678
p5	21.40	11.938	.271	.681
p6	22.13	11.240	.396	.665
p7	22.33	12.071	.331	.677
p8	22.92	11.917	.346	.675
p9	22.35	9.823	.369	.676
p10	22.50	9.897	.387	.670
p11	22.48	11.487	.242	.688
p12	22.33	12.020	.351	.675
p13	22.90	11.015	.652	.643
p14	23.15	13.105	.000	.697

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.693	14

El valor de alfa de cronbach, que se utiliza para medir la fiabilidad del instrumento de recolección de datos, presentó un valor de 0,693, es decir existe un 69,3% de fiabilidad del cuestionario elaborado que consta de 14 preguntas.

Según las tablas de alfa de cronbach, cuando el valor es superior a 60%, representa que existe una **buena** confiabilidad, por lo que no hay inconvenientes para aplicar el instrumento a los pacientes del presente estudio de investigación.

### Consentimiento informado

Esta encuesta contó con un consentimiento informado ( Anexo 3).

### **3.8 Procesamiento y análisis de datos**

#### **Proceso de recolección de datos**

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud del distrito de Chilca, establecimiento de Salud perteneciente al subsector de EsSalud Junin, Perú, 2020. Se pidió autorización a la Coordinadora de la Red de Junin de EsSalud, Junin, Perú, 2020.

Se realizó las coordinaciones para el desarrollo del cuestionario, considerando el tiempo de 15 minutos para su desarrollo.

#### **Plan de tabulación y análisis de datos**

El procesamiento de datos y el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. Para el análisis univariado, las variables numéricas fueron reportados como media (desviación estándar) o medianas (percentil 25 - percentil 75), según sea más apropiada. Las variables categóricas fueron reportadas como frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%). Para las comprobaciones de las hipótesis se realizó la prueba estadística de Chi cuadrado. Se consideró intervalos de confianza al 95% y, se tuvo como criterio de significancia estadística a valores  $p < 0.05$ .

### **3.9. Aspectos éticos**

Se observó los procedimientos de investigación que dictó la universidad para el desarrollo de la presente investigación. Como se hizo una investigación con información de los pacientes, se observó los criterios de Helsinki y aspectos de consentimiento informado para el desarrollo del cuestionario. Además de ello, se solicitó autorización a la institución para que pueda permitir el acceso a la base de datos de los pacientes.

Por otro lado, el proyecto de investigación pasó por el programa de TURNITIN a fin de verificar la originalidad de la publicación.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta realizada a 205 pacientes adultos mayores del Centro de Salud Chilca del distrito de Chilca, establecimiento de salud perteneciente al subsector de EsSalud –Departamento de Junín, País Perú, 2020; la misma tiene por finalidad determinar la influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional y el nivel de obesidad central en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

#### 1.-Características de la población de estudio

**Tabla N°1: Población de estudio según sexo y edad del Centro de Salud Chilca del distrito de Chilca, EsSalud, Junin, Perú, 2020.**

Edad	N°	%
<b>60 a 69 años</b>	98	47.80
Femenino	50	51.02
Masculino	48	48.98
<b>70 a 79 años</b>	83	40.49
Femenino	33	39.76
Masculino	50	60.24
<b>80 a mas años</b>	24	11.71
Femenino	15	62.5
Masculino	9	37.5
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente:Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud de Chilca, EsSalud,Junin, Perú, 2020

Como se aprecia en la tabla N° 1, se muestran los principales resultados de la encuesta realizada a 205 pacientes del Centro de Salud Chilca del distrito de Chilca, establecimiento de Salud perteneciente al subsector de EsSalud –Departamento de Junin, País Perú, 2020, de los

205 pacientes encuestados tenemos como resultado fueron 98 (47,80%) pacientes entre 60 a 69 años, 83 (40,49%) pacientes entre 70 a 79 años y 24(11,71%) pacientes de 80 años a más. Además, de los pacientes de 60 a 69 años hubieron 50 (51,02%) pacientes femeninos y 48 (48,98%) pacientes masculinos. Los pacientes de 70 a 79 tuvieron 33(39,76%) pacientes femeninos y 50 (60,24%)pacientes masculinos. Los pacientes de mas de 80 años tuvieron 15 (62,5%) pacientes femeninos y 9 (37,5%) pacientes masculinos.

## 2.-Hábitos alimentarios

**TABLA N°2 Hábitos alimentarios de la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud, Junin, Perú, 2020.**

Hábitos Alimentarios	Hipertensión arterial		Diabetes Mellitus		Hipertensión y diabetes		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	39	41.94	39	52.7	16	42.11	94	45.85
Inadecuado	54	58.06	35	47.3	22	57.89	111	54.15
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>45.37</b>	<b>74</b>	<b>36.10</b>	<b>38</b>	<b>18.54</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud de Chilca, EsSalud,Junin, Perú, 2020

Se observa de laTabla N° 2 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio, hubo hábitos adecuados en 94 pacientes (45,85%); mientras que los hábitos inadecuados se hallaron en 111 pacientes (54,15%). El grupo de pacientes con hipertensión arterial, tuvo a 39 pacientes con hábitos adecuados (41,94%) y 54 pacientes con hábitos inadecuados (58,06%). El grupo de pacientes con diabetes mellitus tuvo a 39 pacientes (52,70%) con hábitos adecuados y a 35 pacientes con hábitos inadecuados (47,30%) y el grupo de pacientes con hipertensión arterial y con diabetes mellitus; tuvieron a 16 pacientes(42,11%) con hábitos adecuados y a 22 (57,89 %) con hábitos inadecuados.

**TABLA N°3 Hábitos alimentarios según sexo y edad de la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud,Junin, Perú, 2020.**

Edad	Habitos alimentarios					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 69 años	42	42.86	56	57.14	98	47.80
Femenino	20	47.62	30	53.57	50	51.02
Masculino	22	52.38	26	86.67	48	48.98
70 a 79 años	37	44.58	46	55.42	83	40.49
Femenino	13	35.14	20	43.48	33	39.76
Masculino	24	64.86	26	56.52	50	60.24
80 a mas años	15	62.50	9	37.50	24	11.71
Femenino	8	53.33	7	77.78	15	62.50
Masculino	7	46.67	2	22.22	9	37.50
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>45.85</b>	<b>111</b>	<b>54.15</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud de Chilca, EsSalud,Junin, Perú, 2020

Se observa de la Tabla N° 3 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio, hubo hábitos adecuados en 94 (45,85%) e inadecuados 111 (54,15%). El grupo de 60-69 años, hubo hábitos adecuados en 42 pacientes (42,86%) y hábitos inadecuados en 56 (57.14%) pacientes. El grupo de 70 a 79 años tuvo hábitos adecuados en 37 (44,58%) pacientes y hábitos inadecuados en 46 (55.42%) pacientes y en el grupo de mas de 80 años; tuvo hábitos adecuados en 15(62.50%) pacientes y hábitos inadecuados en 9 (37.50%) pacientes.

### **3.-Estado nutricional**

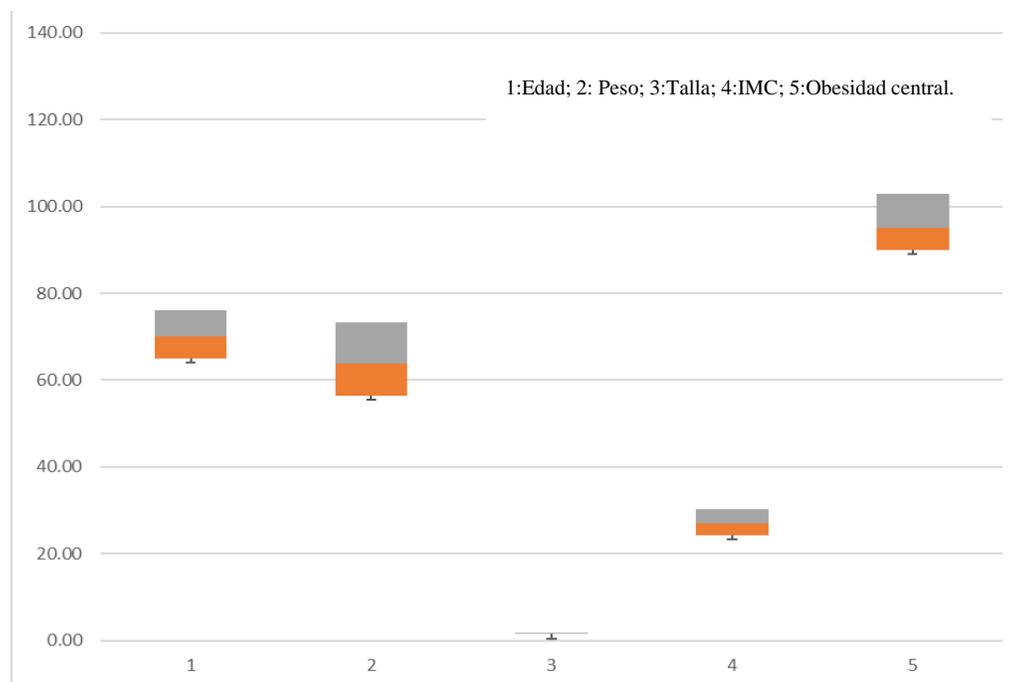
La Tabla N°4 muestra la media y desviación de las variables antropométricas de la población de estudio, hubo un promedio de edad de 70,93 años, un peso promedio de 64,65 Kilos, una talla promedio de 1.53, un Índice de Masa corporal (IMC) de 27,37 y una obesidad central en 96,22.

**Tabla N°4: Mediciones antropométricas de la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud ,Junin, Perú, 2020.**

VARIABLES	N	Mínimo	Máximo	Media	D.Standar
Edad	205	60.00	91.00	70.93	7.076
Peso	205	33.90	108.20	64.66	11.86
Talla	205	1.34	1.75	1.53	0.08
IMC	205	17.80	40.37	27.37	3.99
Obesidad central	205	75.00	127.00	96.22	9.88

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, Perú, 2020

**Gráfico N° 1: Diagrama de caja de datos edad, peso, talla, IMC y obesidad central. Centro de Salud Chilca EsSalud ,Junin, Perú, 2020.**



Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, País Perú, 2020

Con referencia a la edad el 50% de los datos de la edad estan por encima de 64 años  $\pm 7,07$

Con referencia a la edad el 50% de los datos del peso estan por encima de 62 kilos  $\pm 11.86$ ; presenta algunos valores muy distantes del promedio, con asimetria izquierda

Con referencia a la talla el 50% de los datos de la edad estan por encima de 164 cm  $\pm 0,08$ , distribucion simetrica.

Con referencia al indice de masa corporal el 50% de los datos de IMC estan por encima de 24,4 Kg/m<sup>2</sup>  $\pm 3,99$ , con menor variabilidad de datos.

El dato obesidad central, se observa que el 50% de sus valores estan por encima de 100 cm  $\pm 9,88$ , con distribucion simetrica.

**Tabla N°5 : Estado nutricional de la población de estudio según comorbilidades del Centro de Salud Chilca EsSalud, Junin, País Perú, 2020**

	Hipertensión arterial		Diabetes Mellitus		Hipertensión y diabetes		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Estado Nutrición</b>								
Delgadez	15	16.13	9	12.16	3	7.89	27	13.17
Normal	39	41.94	39	52.70	16	42.11	94	45.85
Obesidad	12	12.90	8	10.81	4	10.53	24	11.71
Sobrepeso	27	29.03	18	24.32	15	39.47	60	29.27
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>45.37</b>	<b>74</b>	<b>36.10</b>	<b>38</b>	<b>18.54</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, País Perú, 2020

Se observa de laTabla N° 5 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio,hubo delgadez en 27( 13,17%) pacientes , tuvieron estado nutricional normal 94 (45,85%)pacientes , tuvieron obesidad 24 (11,71%) pacientes y sobrepeso 60 ( 29,27%) pacientes . El grupo de pacientes con hipertensión arterial hubo delgadez en 15 ( 16,13%) pacientes , tuvieron estado nutricional normal 39 (41,94%) pacientes, tuvieron obesidad 12 (12,90%) pacientes y

sobrepeso 27 ( 29,03%) pacientes. El grupo de pacientes con diabetes mellitus tuvo delgadez en 9 ( 12,16%) pacientes , tuvieron peso normal 39 (52,70%) pacientes, tuvieron obesidad 8 (10,81%) pacientes y sobrepeso 18 (24,32%) pacientes; y el grupo de pacientes con hipertension arterial y con diabetes mellitus;. tuvo delgadez en 3 ( 7,89%) pacientes , tuvieron estado nutricional normal 16 (42,11%)pacientes , tuvieron obesidad 4 (10,53%) pacientes y sobrepeso 15 ( 39,47%) pacientes.

**Tabla N°6 Estado nutricional por sexo y grupo etáreo en la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud, Junin, Perú, 2020.**

	Grupos de edad							
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a > años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Estado Nutrición</b>								
Delgadez	7	25.93	15	55.56	5	18.52	27	13.17
Femenino	4	57.14	7	46.67	4	80.00	15	55.56
Masculino	3	42.86	8	53.33	1	20.00	12	44.44
Normal	42	44.68	37	39.36	15	15.96	94	45.85
Femenino	20	47.62	13	35.14	8	53.33	41	43.62
Masculino	22	52.38	24	64.86	7	46.67	53	56.38
Obesidad	16	66.67	7	29.17	1	4.17	24	11.71
Femenino	8	50.00	4	57.14	1	100.00	13	54.17
Masculino	8	50.00	3	42.86	0	0.00	11	45.83
Sobrepeso	33	55.00	24	40.00	3	5.00	60	29.27
Femenino	18	54.55	9	37.50	2	66.67	29	48.33
Masculino	15	45.45	15	62.50	1	33.33	31	51.67
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>47.80</b>	<b>83</b>	<b>40.49</b>	<b>24</b>	<b>11.71</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, Perú, 2020

Se observa de laTabla N° 6 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio. El grupo de pacientes con rango de edad entre 60 a 69 años; 7 ( 25.93%) pacientes tuvieron delgadez, 42 (44.68%) pacientes tuvieron estado nutricional normal, 16 (66.67%) pacientes,

tuvieron obesidad y 33 (55%) pacientes tuvieron obesidad. El grupo de pacientes con rango de edad entre 70 a 79 años; 15( 55.56%) pacientes tuvieron delgadez , 37( 39.36%) pacientes tuvieron peso normal pacientes, 7 (29.17%) pacientes tuvieron obesidad y 24 pacientes (40%) tuvieron sobrepeso; y el grupo de más de 80 años, hubo delgadez en 5 ( 18,52%) pacientes , tuvieron estado nutricional normal 15 (15,96%) pacientes, tuvieron obesidad 1 (4,17%) pacientes y sobrepeso 3 (5%) pacientes.

#### 4.-Obesidad Central

**Tabla 7 : Obesidad central en la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud, Junin, Perú, 2020.**

	Hipertensión arterial		Diabetes Mellitus		Hipertension y diabetes		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Obesidad Central</b>								
No	51	54.84	33	44.59	20	52.63	104	50.73
Si	42	45.16	41	55.41	18	47.37	101	49.27
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>45.37</b>	<b>74</b>	<b>36.10</b>	<b>38</b>	<b>18.54</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, País Perú, 2020

Se observa de laTabla N° 7 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio, 101 pacientes (49.27%) tuvieron obesidad central y 104 pacientes (50.73%) no la tuvieron. El grupo de pacientes con hipertensión arterial tuvo obesidad central en 42 pacientes ( 45.16%), mientras que en 51 ( 54.84%) pacientes no la tuvieron; el grupo de pacientes con diabetes mellitus conto con 41 ( 55.41%) pacientes con obesidad central y 33 ( 44.59 %) pacientes no la tuvieron; el grupo de pacientes con ambas enfermedades ( hipertension arterial y diabetes mellitus); tuvo 18 (47.37%) pacientes con obesidad central y 20 ( 52.63%) pacientes sin obesidad central.

**Tabla 8 : Obesidad central según grupos etareos en la población de estudio del Centro de Salud Chilca EsSalud , Junin, Perú, 2020.**

Edad	Obesidad Central					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 a 69 años	41	41.84	57	58.16	98	47.80
Femenino	11	26.19	39	68.42	50	51.02
Masculino	30	71.43	18	46.15	48	48.98
70 a 79 años	51	61.45	32	38.55	83	40.49
Femenino	15	40.54	18	39.13	33	39.76
Masculino	36	97.30	14	30.43	50	60.24
80 a mas años	12	50.00	12	50.00	24	11.71
Femenino	5	33.33	10	111.11	15	62.50
Masculino	7	46.67	2	22.22	9	37.50
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>50.73</b>	<b>101</b>	<b>49.27</b>	<b>205</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos del estudio realizado en Centro de Salud del distrito de Chilca, EsSalud,Junin, País Perú, 2020

Se observa de laTabla N° 8 , del Total de 205 pacientes que formaron parte del estudio, 101 pacientes (49.27%) tuvieron obesidad central y 104 pacientes (50.73%) no la tuvieron. El grupo de pacientes con rango de edad entre 60 a 69 años tuvo obesidad central en 57 pacientes ( 58.16%), y 41 ( 41.84%) pacientes no la tuvieron; el grupo etareo con rango de edad entre 70 a 79 años contó con 32 ( 38.55%) pacientes con obesidad central y con 51 ( 61.45 %) pacientes que no la tuvieron; mientras que el grupo de pacientes con mas de 80 años; tuvieron 12 (12%) pacientes con obesidad central y 12 ( 23.42%) pacientes sin obesidad central.

#### **4.1.2.PRUEBA DE HIPOTESIS**

A continuación, se muestra la contrastación de hipótesis, para ello, se utilizó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado, para medir la relación entre las variables.

## Prueba No Paramétrica Chi Cuadrado

Los resultados obtenidos de muestras no siempre concuerdan exactamente con los resultados teóricos esperados, según las reglas de probabilidad. Por ejemplo, aunque consideraciones teóricas conduzcan a esperar 50 caras y 50 cruces cuando se lanza 100 veces una moneda bien hecha, es raro que se obtengan exactamente estos resultados.

Supóngase que en una determinada muestra se observan una serie de posibles sucesos  $E_1, E_2, E_3, \dots, E_K$ , que ocurren con frecuencias  $O_1, O_2, O_3, \dots, O_K$ , llamadas frecuencias observadas y que, según las reglas de probabilidad, se espera que ocurran con frecuencias  $E_1, E_2, E_3, \dots, E_K$  llamadas frecuencias teóricas o esperadas.

A menudo se desea saber si las frecuencias observadas difieren significativamente de las frecuencias esperadas. Para el caso en que solamente son posibles dos sucesos  $E_1$  y  $E_2$  como, por ejemplo, caras o cruces, defectuoso, etc., el problema queda resuelto satisfactoriamente con los métodos de las unidades anteriores. En esta unidad se considera el problema general. Definición de  $X^2$ : Es una función que nos indica la discrepancia existente entre las frecuencias observadas y esperadas de una distribución de frecuencias, dado por:

$$X^2 = \frac{(o_1 - e_1)^2}{e_1} + \frac{(o_2 - e_2)^2}{e_2} + \dots + \frac{(o_k - e_k)^2}{e_k} = \sum_{j=1}^K \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

$$X^2 = \sum_i \frac{(n_i - m_i)^2}{m_i}$$

### Formulación de hipótesis

**Hipotesis General:** Existe una relación significativa entre hábitos hábitos alimentarios con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020

### Hipótesis estadística 1

Ho: No existe relacion significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en un en Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

H1: Existe relacion significativa entre los habitos alimentarios y el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en un en Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen maximo de error

Regla de decisión  $p \geq$  entonces se acepta la hipotesis nula H0

$p < \alpha$  entonces se rechaza la hipotesis nula Ho

Prueba Estadística: Chi-Cuadrado

HABITOS ALIMENTARIOS			
Estado nutricional	INADECUADO	ADECUADO	Total
Delgadez	27	0	27
Normal	0	94	94
Obesidad	24	0	24
Sobrepeso	60	0	60
Total	111	94	205

Chi-cuadrado=205.0

$p=0.000$

**Conclusión:** Hay evidencia que los habitos alimentarios tienen una relacion significativa con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020. Ha mayor habito saludable mayor normalidad nutricional, y a menor habito saludable mayor es el trastorno nutricional.

## Hipótesis estadística 2

Ho: No existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

H1: Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión  $p \geq$  entonces se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$P < \alpha$  entonces se rechaza la hipótesis nula  $H_0$

Prueba Estadística: Chi-Cuadrado

HABITOS ALIMENTARIOS			
Obesidad central	INADECUADO	ADECUADO	Total
Normal	37	67	104
Obesidad	74	27	101
Total	111	94	205

Chi-cuadrado=29.32  $p=0.000$

**Conclusión:** Hay evidencia que los hábitos alimentarios con el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020. Ha mayor hábito saludable no existe obesidad central, y a menor hábito saludable mayor obesidad central.

Por lo evidenciado en la contrastación de las hipótesis específicas, se concluye en la hipótesis general que:

Los hábitos alimentarios se relacionan positivamente con el Estado Nutricional y el Nivel de Obesidad Central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020.

### 4.1.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional y en la obesidad central de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus, esto se correlaciona con las investigaciones de Ayte, V <sup>24</sup> donde concluye que los pacientes de la población de estudio no tienen estilos de vida saludable, es más la investigadora encontró que hubo un 99,3% de hábitos nutricionales no saludables. También estos hallazgos se correlacionan con la investigación que realizaron Hermoza R, Matellini B, Rosales A y Noriega V <sup>26</sup>, donde concluyen que existía una baja adherencia a las indicaciones nutricionales en pacientes con diabetes mellitus.

Lo encontrado en esta investigación con respecto a los hábitos alimentarios también se correlacionan con investigaciones como la de Blázquez G, López-Torres J, Rabanales J, López-Torres J y Val C.<sup>19</sup> y Gomez M, Martinez J, Muñoz C y Valenzuela N <sup>20</sup>, donde concluyen que los adultos mayores descuidan su alimentación y es importante lo que saben al respecto.

En esta investigación se determinó que existen un 45,85% de hábitos alimentarios adecuados (94 pacientes) y 111 no lo tenían ( 54.15 %). Estos hallazgos difieren con las publicaciones realizadas por Sánchez F y colaboradores<sup>79</sup> y Ayte<sup>24</sup>; donde encontraron que en su población de estudio de adultos mayores un 29 % y 23,2% de hábitos adecuados o saludables. La diferencia podría estar en que la población de estudio de esta investigación fue una población adulta mayor que asiste a un Programa de control y seguimiento de estas patologías donde el factor educación es importante.

En esta investigación se halló que mayores hábitos alimentarios adecuados se encontraron en pacientes con diabetes pura e hipertensión sola que pacientes que padecían de ambas enfermedades; esto puede explicarse porque los pacientes con ambas patologías son más complejos de manejar.

La población de estudio se desarrolla en un Centro de Atención del Primer Nivel de Atención donde los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus son atendidos por el médico cuatro veces al año, luego pasan por consulta de enfermería para recibir educación en su enfermedad; además son vistos por la nutricionista y por un psicólogo; no obstante, a la luz de

los resultados parece que la eficacia de la intervención no es muy buena; debido a que se esperaba que los hábitos alimenticios saludables sean mejor que aquellos pacientes que no se atienden en esta atención integral. Lo que llama la atención es que a pesar de estar acudiendo a un establecimiento de salud los pacientes no puedan educarse en comer sanamente. Según los datos obtenidos en la investigación se puede decir que pacientes con hipertensión arterial tiene hábitos más sanos, seguido del de pacientes con diabetes mellitus y de que aquellos que padecen tanto hipertensión arterial con diabetes mellitus. Esto puede explicarse debido a que la diabetes por ser una enfermedad más asociada a hábitos alimenticios existiría un trastorno en la ingesta de alimentación. Éste problema es más complejo en pacientes con ambas patologías.

Ademas, se identificó que las personas con rango de edad entre 60 a 69 años son las que más tienen hábitos adecuados ( 42 pacientes) seguido de pacientes con rango de edad entre 70 a 79 años ( 37 pacientes) y el de más de 80 años ( 15 pacientes).

Se puede decir que pacientes que estuvieron entre el rango de edad entre 60 a 69 años son los que mas hábitos alimentarios adecuados tienen; pero que parecen cambiar en pacientes con más edad; ésto podría explicarse quizás debido a que a mayor edad se esta supeditada a un cuidador con hábitos alimentarios propios.

La presencia de malnutrición en la población adulta mayor predispone que el paciente acuda mas seguido a su policlínico, tengan mayores estancias hospitalarias en cerca del 30% y mayor probabilidad de que acudan al asilo <sup>80,81</sup>. Al investigar la variable estado nutricional se determinó que 27 (13.17%) pacientes tuvieron delgadez , 94 (45,85%) pacientes estuvieron en estado nutricional normal, 24(11,71%) pacientes tuvieron obesidad y 60 (29,27%) pacientes tuvieron sobrepeso. Penny <sup>82</sup> señaló la existencia de sobrepeso y obesidad en un 21,4% y 11,9% en el Peru en el año 2017. El grado de pacientes con sobrepeso y obesidad fue mucho mayor que lo reportado en investigaciones como el de Villena<sup>10</sup> donde sistematizó investigaciones de sobrepeso y obesidad en adultos mayores , encontrando un 21,7% y 10.6%. Esto puede explicarse debido a que este problema de obesidad y sobrepeso no está considerado como un tema de salud pública en el Perú y aún no es parte por ejemplo del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Los resultados de sobrepeso y obesidad de esta investigación difieren de los hallados por los investigadores Sanchez y de la Cruz<sup>79</sup> quienes encontraron un mayor nivel de sobrepeso y obesidad. En la investigación de Sánchez se reportó un 42.6% y un 19.1% de sobrepeso y obesidad respectivamente; la razón de esta diferencia podría deberse a que la población objeto de estudio si bien es cierto son adultos mayores; pertenecían a un Programa no sanitario denominando: “Programa Municipal del Adulto Mayor denominado -Municlub”. A la luz de este hallazgo de diferencia entre un programa sanitario y un programa de recreación no sanitaria; podría hacerse una investigación a futuro.

En esta investigación se determinó que influyen mucho la forma de cómo se alimenta una persona en la ganancia de peso; es importante el cambio de las actitudes en estas enfermedades crónicas. Zapata y Colaboradores<sup>83</sup> encontraron un 57,75% de obesidad. En esta investigación se determinó que influyen mucho los estilos de cómo se alimenta una persona en la ganancia de peso; siendo importante el cambio de las actitudes en estas enfermedades crónicas. En el proceso de desarrollar enfermedad se encuentran las conductas de riesgo, en esta investigación se ha determinado que los malos hábitos alimenticios conducen a la alteración metabólica que se traduce en un síndrome metabólico que conduciría si no se cambia a los trastornos de hipertensión arterial y de diabetes mellitus <sup>84</sup>.

Además, éstos valores fueron diferentes al agrupar a los pacientes según su estado nutricional con sus comorbilidades. De los pacientes con delgadez; 15(16.13%) pacientes tuvieron hipertensión arterial, 9 (12.16%) pacientes tuvieron diabetes mellitus y 3(7.89%) pacientes tuvieron ambas patologías. De los pacientes con estado nutricional normal; 39(41.94%) tuvieron hipertensión arterial, 39(52.70%) tuvieron diabetes mellitus y 16(42.11%) tuvieron ambas patologías. De los pacientes con obesidad; 12 (12.90%) tuvieron hipertensión arterial, 8 (10.81%) tuvieron diabetes mellitus y 4 (10.53%) tuvieron ambas patologías. De los pacientes con sobrepeso; 27 (29.03%) tuvieron hipertensión arterial, 18 (24.32%) tuvieron diabetes mellitus y 15(39.47%) tuvieron ambas patologías.

Se puede colegir que pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tienen peso normal seguido del de sobrepeso y delgadez; mientras que pacientes que padecen ambas patologías varían su estado entre normal, sobrepeso y obesidad. Estos resultados podrían

explicarse que el paciente que tiene ambas patologías es más complejo su tratamiento y se dificulta más el control nutricional.

Al abordar el estado nutricional por grupos de edad , se encontró lo siguiente: De los pacientes con delgadez; 7 (25.93 %) estuvieron en el grupo de 60 a 69 años, 15 (55.56%) estuvieron en el grupos de 70 a 79 años y 5 (18.52% )en el grupo de más de 80 años.

De los pacientes con estado nutricional normal; 42 (44.68%) estuvieron en el grupo de 60 a 69 años, 37 (39.36 %)estuvieron en el grupos de 70 a 79 años y 15(15.96%) en el grupo de más de 80 años.

De los pacientes con obesidad; 16 (66.67%) estuvieron en el grupo de 60 a 69 años, 7 (29.17%) estuvieron en el grupos de 70 a 79 años y 1(4.17%) en el grupo de más de 80 años.

De los pacientes con sobrepeso; 33 (55.00%) estuvieron en el grupo de 60 a 69 años, 24 (40.00%)estuvieron en el grupos de 70 a 79 años y 3 (5.00%) en el grupo de más de 80 años.

Como conclusión se puede advertir que los grupos de edad entre 60-69 años y 70-79 años son los que padecen de mas sobrepeso, obesidad y estado nutricional normal; y la presencia de delgadez se ve en mayor porcentaje en los pacientes entre 70 a 79 años de edad.

Al estudiar la presencia de obesidad central en la población de estudio se determinó lo siguiente: 101 (49,27%) pacientes tuvieron obesidad central y 104 (50,73%) no lo tuvieron.

De los pacientes con obesidad central, 42 (45.16%) pacientes eran hipertensos, 41 (55.41%) pacientes eran diabeticos y 18 (47.37%) pacientes padecían de ambas patologías.

De los pacientes sin obesidad central, 51 (54.84%) tenían hipertensión arterial , 33 (44.59%) pacientes padecían de diabetes mellitus y 20 (52.63%) pacientes tenían ambas patologías.

Se puede advertir que la obesidad central es un problema sanitario vigente en pacientes con patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además este problema de acumulación de grasa en el abdomen es menor en los pacientes que padecen ambas patologías.

Esta investigación se desarrolló en una población adulta mayor donde se sabe que su metabolismo basal disminuyó alrededor de 1% por año apartir de sus 30 años. Además, aunque no se abordó como parte de la investigación sus alteraciones gustativas, se sabe que poseen alteraciones moderadas en cuanto a la disminución del sabor de las comidas <sup>85</sup>.

Otros cambios importantes que también es materia de análisis en esta investigación es que la población sujeta de estudio se sabe por fisiología que tiene menor tolerancia a la glucosa y una disminución de la actividad de la insulina<sup>85</sup>. Esto es importante porque no sería raro encontrar niveles de glucosa altos y contar con un hipoinsulinismo, lo cual favorecería el acumulo de obesidad interna y externa.

También se sabe que existe un déficit de la hormona de crecimiento (HG) y del IGF-1, lo cual favorece el descenso de la masa magra, de la masa ósea y aumento de la masa grasa. Además de ello, está disminuida la deshidroepiandrosterona (DHEA) y melatonina lo cual afecta la lucha contra los radicales libres<sup>85</sup>; y esto favorece el acumulo de grasa y acelera aún más la oxidación y el proceso de envejecimiento.

Otros cambios fisiológicos que se producen en este grupo etáreo de adulto mayor es la disminución de flujo salivar, disminución de la secreción ácida de las células parietales gástricas y una hipoclorhidria gástrica; todo esto conlleva al descenso de la absorción, en particular de hierro y calcio así como la asimilación de la vitamina B12. Además, existe el enlentecimiento del peristaltismo, lo cual favorece la distensión abdominal y estreñimiento. Es más, existe afectación de la masa hepática y los flujos hepáticos<sup>(84)</sup>. Esto es muy importante conocer porque los estados nutricionales de vejez son importantes en este estudio.

Este estudio tuvo como fuente secundaria una base de datos de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus de un centro de Salud de Chilca en Junín Perú; en estos momentos de la pandemia COVID se hizo casi imposible acceder a datos de más meses. Esta Base de Datos contó con datos valiosísimos como son el peso, la talla, medida de perímetro abdominal; quizás algunos datos no fueron medidos correctamente. Hubiera sido interesante poder saber los años de enfermedad de estos pacientes y ver el aprendizaje en el conocimiento de su enfermedad; aspecto que hubiera sido interesante estudiar.

En esta investigación se demostró que en el proceso de salud enfermedad intervienen los determinantes sociales, como en este caso, las costumbres, la manera de alimentarse, el acceso a los servicios de salud y además la forma y la actitud de llevar el proceso de salud-

enfermedad.<sup>60</sup> Cabe recalcar, que la educación es un aspecto importante para la prevención de las complicaciones agudas y crónicas en estos pacientes<sup>86</sup>

## CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

- 5.1.1 El 54.15% (111/205) de los de los pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron en el mes de enero 2020 al Centro de Salud de Chilca-Junín presentaron hábitos alimentarios inadecuados presentaron hábitos alimentarios inadecuados
- 5.1.2 El 40.39% (84/205) de los pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron en el mes de enero 2020 al Centro de Salud de Chilca-Junín presentaron obesidad y sobrepeso
- 5.1.3 El 45.37% (93/205) de los de los pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron en el mes de enero 2020 al Centro de Salud de Chilca-Junín presentaron hipertensión arterial, 36.10% (74/205) presentaron diabetes mellitus y 18.54% (38/205) presentaron ambas patologías.
- 5.1.4 Los hábitos alimentarios se relacionaron directamente con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020 con un nivel de significancia estadística, observando que a mayor hábito saludable mayor normalidad nutricional
- 5.1.5 Los hábitos alimentarios se relacionaron indirectamente con el nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Chilca, Junín, Perú 2020 con un nivel de significancia estadística observando que a mayor hábito saludable menos obesidad central
- 5.1.6 La educación en la manera de cómo deben alimentarse los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus es importante porque influye en su índice de masa corporal y peso; y con ello, impacta en las complicaciones por hipertensión arterial y diabetes mellitus.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- 5.2.1 Es importante que el centro de salud fortalezca su programa educacional en nutrición para los pacientes con hipertension arterial y diabetes mellitus.
- 5.2.2 Establecer los parámetros de alerta de valores máximo y mínimos de los índices de masa corporal de delgadez, sobrepeso y obesidad; además del de obesidad central en las historias clínicas informáticas del centro de salud de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- 5.2.3 Realizar un seguimiento estricto al paciente que presente valores de alerta de datos del índice de masa corporal y obesidad central en las historias clínicas electrónicas vigilando hábitos de alimentación.
- 5.2.4 Debe incluirse a un profesional en psicología para que atiendan a los pacientes con inadecuados hábitos alimentarios a fin de modificarlos.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. (2018, Febrero 05) Envejecimiento y salud. WHO [online]. 05 febrero 2018. [01 de junio 2020]. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. SBS. Boletín SBS Informa: Envejecimiento de la población peruana: Enfrentando el desafío.[online]. Agosto 2018. [01 de junio 2020]. N°31. En: [https://www.sbs.gob.pe/Portals/0/jer/BOLETIN-SEMANAL/2018/B\\_S\\_31-2018.pdf](https://www.sbs.gob.pe/Portals/0/jer/BOLETIN-SEMANAL/2018/B_S_31-2018.pdf)
3. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor: octubre-Noviembre-Diciembre 2019. INEI [online]. Marzo 2020. [01 de junio 2020]. N°31: [57 p]. Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_oct\\_nov\\_dic2019.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_oct_nov_dic2019.pdf)
4. Petridou A, Siopi A, Mougios V. Exercise in the management of obesity. *Metabolism Clinical and Experimental*.2019; 92:13-69.
5. Chung Y, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism Clinical and Experimental*.2019; 92: 6-10.
6. Beaniges D, Botet J, Flores-Le Roux J y col. Pasado presente y futuro de la farmacoterapia para la obesidad. *Clínica e Investigación en arterioesclerosis*.2017; 29(6):256-64.
7. Cinagura C, Carette C, Faucher P, Czernichow S y Oppert JM. Obesidad del Adulto. *EMC-Tratado de Medicina*. 2017; 21(2):1-10
8. Menéndez L, Orts M. Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus control. *Enfermería Clínica*.2018;28(3):154-61.
9. Molina M. Análisis del índice corporal (IMC) y el nivel de actividad física en adultos mayores de la ciudad de Barranquilla: Un estudio correlacional. *Biociencias*. 2019.14(2):83-95.

10. Villena J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Peru. *Rev Peruana de Ginecologia y Obstetricia*. 2017; 63(4):593-598
11. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepcion del proceso de salud- enfermedad- atencion y aspectos que influyen en la baja utilizacion del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007; 3(3): 271-83.
12. Torres M, Canchari A, Lozano T, Calizaya-Milla Y, Javier-Aliaga D, Saintila J. Habitros alimentarios, estado nutricional y perfil lipidico en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *Nutr.clin. diet. Hosp*. 2020; 40(2):135-42.
13. Martínez A, Amo E, Pardo I y Escribano F. Calidad de la Dieta en mayores de 65 años y factores socioeconómicos relacionados. *Atención Primaria*. 2020
14. Logan D et al. Association between oral health status and future dietary intake and dieta quality in older men: The PRIME study. *Journal of Dentistry*. January. 2020.
15. Zhong V et al. Diet quality and long term absolute risks for incident cardiovascular disease and mmortality. *The American Journal of Medicine*. Available on line 14 september 2020.
16. Gouda et Al. Associations between eating habits and glycemic control and obesity in Japanese workers with type 2 diabetes mellitus . *Diabetes Metab Syndr. Obes*. 2018; 11:647-658.
17. Chavarria P et al . Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Rev Cubana Salud Publica*. [internet] 2017 Sep [citado 2021 Feb 21]; 43(3):1-12. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300005&lng=es).
18. Barron V, Rodriguez A, Chavarria P. hábitos alimentarios, estado nutriiconal y estilos de vida en adultos mayors activos de la ciudad de Chilán, Chile. *Rev Chi Nutr*. 2017; 44(1):57-62.
19. Blázquez G, López-Torres J, Rabanales J, López-Torres J y Val C. Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria* 2016; 48(8): 535-42.

20. Gomez M, Martinez J, Muñoz C y Valenzuela N. Alimentación y hábitos saludables en una población mayor. *Med Gen y de Familia*. 2016; 5(1): 3-8.
21. Viñuelas I et al. Factores sociodemográficos asociados con el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015.
22. Hernandez A, Goñi I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. *Nutr.Hosp*. 2015; 318(6):2571-77.
23. Arangoytia KP y Cutipa LM. Hábitos alimentarios de adultos mayores institucionalizados relacionados con el estado nutricional y las enfermedades crónicas degenerativas, Lima 2019 Tesis Universidad Nacional de Educación. 2019.
24. Ayte, V. Estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo II de los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 [Tesis de pregrado en internet, para obtener el título de Licenciado en enfermería] Perú Universidad Norbert Wiener. 2018. [citado el 09 de junio 2020] 26p. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2579/TESIS%20Ayte%20Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Sánchez-Ruiz F, De la Cruz Mendoza F, Cereceda-Bujaico M, Espinoza Bernardo S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *An Fac med*.2014;75(2):107-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n2/a03v75n2.pdf>
26. Hermoza R, Matellini B, Rosales A y Noriega V. Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. *Rev Med Hered* 2017; 28:150-156.
27. Ramirez SP, Borja GM. Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho, Chosica 2016 Tesis Universidad Peruana Union
28. Real Academia Española. Consulta de la palabra Hábito. [consultado el 01 junio 2020] Disponible en <https://dle.rae.es/h%C3%A1bito>

29. Resolución Ministerial N°240-2013/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor.
30. Avila H, Gutierrez G, Martines M, Ruiz J, Guerra J. Conducta y hábitos alimentarios en estudiantes escolares. *Horizonte Sanitario*. 2018; 17(3):217-25
31. Naughton P et al. Acting to self-regulate unhealthy eating habits. An investigation into the effects of habit, hedonic hunger and self-regulation on sugar consumption from confectionery foods. *Food Quality and Preferences*. 2015; 46:173-183.
32. Lazaro M, Dominguez C. Guías alimentarias para la población peruana. Ministerio de Salud. 2019.
33. Kossioni et al. Eating habits in older people in Greece: The role of age, dental status and chewing difficulties. *Archives of Gerontology and Geriatric*. 2011: 197-201 . doi:10.1016/j.archger.2010.03.017
34. Caballero LS. Patrones de consumo alimentario, estado nutricional y características metabólicas en muestras poblacionales urbanas de nivel de mar y altura del Perú [ Postgrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
35. Cordoba R et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten primaria*. 2018; 50(supl1):29-40.
36. Duran S, et al. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). *Nutr Hosp*. 2017. 34 (6) 1311-131
37. Maldonado- Contreras A et al. Associations between Diet, the Gut microbiome, and short-chain fatty acid production among older caribbean latino adults. *J Acad Nutr Diet*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.04.018>
38. Zhong V et al. Diet Quality and long term absolute risks for incident cardiovascular disease and mortality. *The American Journal of medicine*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.08.012>.

39. Walther D et al. Hypertension, diabetes and lifestyle in the long term-Result from a swiss population-based cohort. Preventive medicine. 2016; doi: 10.1016/j.ypmed.2016.12.016.
40. Chiba R et al. Factors influencing quality of life in stroke patients: Focus on eating habits. Journal of stroke and cerebrovascular diseases. 2019; 28(6):1623-1628.
41. Ohtomo S. Exposure to diet priming images as cues to reduce the influence of unhealthy eating habits. Appetite. 2016; doi: 10.1016/j.appet.2016.11.022.
42. Volkert D, et al. Dietary assessment methods for older persons what is the best approach? Curr Opin. Clin Nutr Metab Care.2013. 16 (5) 534-540.
43. Logan D et al. Association between oral health status and future dietary intake and diet quality in older men: the PRIME sttudy. Journal of Dentistry.2019. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.103265>.
44. Meza E, Nuñez E, Serafini M, Vacchetta A. Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes diabeticos con retinopatía que acuden e aun Clinica Oftalmologica Privada de la ciudad de Asuncion. Mem. Inst.Investig. Cienc. Salud. 2019; 17(2):pp 64-70.
45. Alvarado-García A et al. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria. 2017; 14 (3):199-206.
46. Barrera MP, Pinilla AE, Caicedo LM, Castillo YM, Lozano YM, Rodriguez KM. Factores de riesgos alimentarios y nutricionales en adultos con diabetes mellitus. Rev Fac Med 2012; 60:s28-40-
47. Yun-Hua kuo et al. Epidemiology of sarcopenia and factors associated with it among community-dwelling older adult in Taiwan. Am J Med Sci. 2019; 357(2): 124-133.
48. Yannakoulia M et al. Eating habits and behaviors of older people: where are we now and where shoul we go? Maturitas. 2018; 114: 14-21 . <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.05.001>

49. Celada C et al. Adherencia a la dieta mediterranea en pacientes diabeticos con mal control. Clin Investig Arterioscler. 2019; 31(5):210-217.
50. Berciano S et al. Enfoque: Promocion de la salud cardiovascular (III)-Nutrición y salud cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(9):738-747.
51. Pascual V et al. Documento de consenso SEA/SEMERGEN 2019. Recomendaciones dieteticas en la prevencion cardiovascular. Semergen.2019; 45(5):333-348.
52. Ramón J. Tratamiento no farmacológico de la hipertension arterial. Rev Med. CLin. Condes.2018; 29(1):61-68.
53. Gomez-Huelgas R et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Rev Clin Esp.2018; 218(2):74-88.
54. Al-Nimr RI et al. Intensive nutrition counseling as part of a multi-component weight loss intervention improves diet quality and anthropometrics in older adult with obesity. Clinical Nutrition ESPEN, <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.09.002>.
55. Santiago A, Gonzales de la Cruz P , Solis L, Santiago R. Factores de riesgo de caidas e indice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado Rev Cuidarte 2018; 10(1):pp 1-9.
56. Galiot A, Goñi I. Calidad de la dieta de la poblacion española mayor de 80 años no institucionalizada. Nutr.Hosp. 2015; 31(6): 2571-2577.
57. De Jaeger C. Fisiologia del envejecimiento. EMC-Kinesiterapia-Medicina Fisica.2018; 39(2). Ubicado en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1293-2965\(18\)89822-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1293-2965(18)89822-X)
58. Camina-Martin MA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatria: declaracion del concenso del Grupo de Nutricion de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. REv Esp Geriatr Gerontol.2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.007>.
59. MINSA.Guia tecnica para la valoracion nutricional antropometrica de la persona adulta mayor.2013

60. Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and positive results*. 2020;5 (1):pp 81-90.
61. Alvarez-Castro P, et al. Función endocrina en la obesidad. *Endocrinol Nutr*.2011; 58(8):422-432.
62. Garcia-Soidan F et al. Estado de salud, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios de los pacientes con diabetes mellitus en España. *Semergen*. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.004>
63. Arrieta F et al. Recomendaciones clínicas: Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Actualización de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Diabetes y riesgo cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2018). *Clin Investig arterioescler*. 2018; 30(3): 137-153.
64. Ballesta S et al. Abordaje y tratamiento de la diabetes tipo 2 a partir de los 80 años . *FMC* 2018; 25(10): 574-80
65. Sandoval L, Jiménez M , Olivares, S y De la Cruz T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil.2016; 48(9): 572-78.
66. Bordier L et al. Diabetes del paciente anciano . *EMC-Tratado de medicina*. 2018; 22(2): [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)89308-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(18)89308-4)
67. Acosta MA. Sarcopenia en el anciano. *FMC*.2017; 24(6):334-7
68. Cañon-Montañez W et al. La obesidad central es el componente clave en la asociación de síndrome metabólico con el deterioro del strain longitudinal del ventrículo izquierdo. *Rev Esp Cardiol*. 2018; 71(7):524-530.
69. Alvarez-Castro P, et al. Función endocrina en la obesidad. *Endocrinol Nutr*.2011; 58(8):422-432.
70. Gonzalez CA et al. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Med Gen y Fam*.2015; 4 (1):10-15

71. Garcia C. Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. Rev Med Clin. Condes 2013; 24 (5):866-873.
72. Lakeisha GW et al. Risk factors for low pharmacy refill adherence among older hypertensive men and women by race. The American Journal of the medical sciences. 2018; doi: 10.1016/j.amjms.2018.07.007
73. Osorio-Bedoy E et al. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev Colomb Cardiol. 2018; 25(3):209-221.
74. Formiga F, et al. Características diferenciales de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Papel de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015.<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.04.002>
75. Sangros-Gonzalez F, et al. Control glicémico de los pacientes ancianos con diabetes mellitus tipo 2 en España (2015) y su relación con la capacidad funcional y la comorbilidad. Estudio Escadiane. Rev Clin Esp.. 2017.217 (9):495-503.
76. Hernandez M et al. Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. An. Sist. Navar.2016; 39 (2):269-289.
77. Steele C, Schottker B, Marshall A et al. Education achievement and type 2 diabetes-what mediates the relationship in older adults? Data from ESTHER study: a population-based cohort study. BMJ Open . 2017; 7: e013569. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-013569
78. Hernández Sampieri R, Fernández Collado, C. Metodología de la Investigación [Internet]. Mexico: Mac Graw Hill; 1991. [ citado el 01 de junio 2020]. Disponible desde: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)
79. Sanchez F, De la Cruz F, Cereceda M, Espinoza S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An Fac med. 2014; 75(2):107-11.

80. Guardado L et al. Nutricion y enfermedades metabolicas en el anciano. Estrategias alimentarias. *Medicine*. 2014; 11(62):3691-3704.
81. Ramage P et al. Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. *Health Reports*. 2017; 28 (9): 17-27.
82. Penny-Montenegro E. Obesidad en la tercera edad. *An Fac med*. 2017; 78 (2): 215-217.
83. Zapata M, Del Mar M, Tur J. Prevalence of overweight, obesity, abdominal-obesity and short stature of adult population of Rosario, Argentina. *Nutricion Hospitalaria*. 2016; 33 (5):1149-1158.
84. Ruiz R, Monge D, Garcia C, Perula L, Caballeo F. Promocionando la Promoción de la Salud: percepciones de estudiantes de medicina sobre un progrma educativo para cambio de conductas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2019; 51(7):435-41.
85. De Jaeger C. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Fisica*. Elsevier. Abril 2018
86. Jansa et al. Educacion terapeutica en la cronicidad:el modelo de la diabetes. *Endocrinol Nutr*. 2015; 62(2):53-55.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>Título</b>	<b>Definición del Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Formulación de Hipótesis</b>	<b>Clasificación de variables</b>	<b>Metodología</b>	<b>Población, Muestra y Muestreo</b>	<b>Técnica e Instrumento</b>
Habitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabeticos de un Centro de salud de Junin, 2021	¿Cómo los hábitos alimentarios de los pacientes adultos mayores hipertensos y diabeticos se relacionan con su estado nutricional y nivel de obesidad central en un Centro de salud	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar cómo los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar como los hábitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe relacion significativa entre hábitos alimentarios con el estado nutricional y obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en un Centro de salud de Junin.</p> <p><b>Hipótesis Especificas</b>  Existe relacion significativa entre</p>	<p><b>Variables:</b> <b>X:</b> Habitos alimentarios <b>Y1:</b> Estado nutricional <b>Y2:</b> Obeisdad central</p>	<p><b>Tipo:</b> correlacional Nivel Aplicado Metodo Deductivo analitico Diseño M = O<sub>X1 r</sub> O<sub>y1 Oz</sub></p>	<p><b>Población:</b> 443 pacientes hipertensos y diabeticos que acudieron a CS Chilca en enero 2020</p> <p><b>Muestra:</b> 205 pacientes</p> <p><b>Muestreo</b> No</p>	<p><b>Técnica</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento</b> Cuestionario de Habitos alimentarios</p>

	de Junin,Peru 2020?	Identificar como los habitos alimentarios se relacionan con el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus	habitos alimentarios y el estado nutricional de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en un Centro de salud de Junin.  Existe relacion significativa entre habitos alimentarios y nivel de obesidad central de pacientes adultos mayores con hipertension arterial y diabetes mellitus en un Centro de salud de Junin.			probabilisti co	
--	------------------------	---	---	--	--	--------------------	--

Anexo 2: Instrumento

**CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
ESCUELA DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN SALUD  
CUESTIONARIO**

**Estimado Señor (a):**

Agradecemos su colaboración para resolver las siguientes preguntas sobre sus hábitos de comidas a fin de ser parte de la investigación: **“HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTADO NUTRICIONAL Y OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD CHILCA DE EsSalud, JUNIN-2020”**

Este cuestionario es anónimo y confidencial, se le pide que coloque su edad y sexo

Responda las preguntas que a continuación se muestran según corresponda. Marque con un circulo o aspa la alternativa de su preferencia:

**1.**¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio?

- a) Si
- b) No, solo hago tres de ellos
- c) No, solo hago dos de ellos

**2.**Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

3. En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso ( 1 tajada mediada) consume?
  - a) 3 porciones
  - b) Menor a 3 porciones
  - c) No consumo
  
4. En un día ¿Cuantas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día?
  - a)2 porciones
  - b) menos de dos porciones
  - c) No consumo
  
5. A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras?
  - a) Más de 3 veces por semana
  - b) Tres veces por semana
  - c) No consumo
  
6. En un día, ¿Cuantas porciones de frutas consume?
  - a) 3 porciones
  - b) Menos de 3 pociones
  - c) No consumo
  
7. En un dia, ¿Cuantas porciones de verduras ( frescas y cocidas) consume?(4)
  - a) 3 porciones
  - b) 1- 2 porciones
  - c) No consumo
  
8. En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones ( 1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc consume ?
  - a) 3 porciones

- b) Menos de 3 porciones
- c) No consume

9. ¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachainchi?

- a) Si consumo
- b) No consumo
- c) A veces

10. ¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

11. ¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? AGUA

- a) De 6 a 8 vasos
- b) Menos de 6 vasos
- c) No tomo

12. ¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas?

- a) A diario
- b) 1-3 veces por semana
- c) No consumo

13. ¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas?

- a) Diario
- b) 1-3 veces por semana
- c) No consumo

14 Si la comida ya tiene sal, Usted le adiciona más sal al momento de consumirla

- a) Si
- b) No
- c) A veces

**Puntuación:**

<b>N°</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>
<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>
<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>
<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>

**Calificación:**

**Saludable: 9-14**

**No saludable: menor a 9**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**DOCTORADO EN SALUD**  
**VALIDACION DEL INSTRUMENTO**

**Estimado Doctor(a)**

Agradecemos su colaboración para validar las siguientes preguntas sobre un cuestionario de hábitos de comidas a fin de ser parte de la investigación: **“HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTADO NUTRICIONAL Y OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSON Y DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD CHILCA DE EsSalud, JUNIN-2020”**

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente; para ello sírvase colocar un aspecto en la puntuación pos análisis y evaluación del instrumento:

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

-El instrumento a validar será para la variable 1: “Hábitos alimentarios saludables”

**Variable 1: Hábitos alimentarios saludables**

Constituyen la selección, preparación e ingesta de alimentos que debe consumir de acuerdo a su grupo etario (adulto mayor). Tiene las siguientes dimensiones:

- Dimensión 1: Consumo de veces de comidas al día
- Dimensión 2: Consumo de lácteos
- Dimensión 3: Consumo de carnes
- Dimensión 4: Consumo de menestras
- Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras
- Dimensión 6: Consumo de tubérculos
- Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva
- Dimensión 8: consumo de inhibidores
- Dimensión 9: frituras y snacks
- Dimensión 10: Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa

Además, la investigación tiene las siguientes variables:

### Variable 2: Estado nutricional

Constituye el resultado de la división de peso entre talla al cuadrado para el adulto mayor. Tiene valores siguientes: Delgadez, Normal, Sobrepeso y Obesidad

### Variable 3: Obesidad central

Constituye el grado de obesidad a nivel abdominal y se mide por el centímetro el perímetro abdominal.

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEL INSTRUMENTO

### Variable 1: Hábitos alimentarios

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa ( Niveles o rangos)
Dimensión 1: Consumo de veces de comidas al día	<b>N° de comidas en el día ( Pregunta 1)</b>	Nominal	Hábito adecuado: 3 a 5 comidas al día  Hábito inadecuado: Menos de 3 comidas o más de 5 comidas al día.
Dimensión 2: Consumo de lácteos	<b>N° de porciones de lácteos ( Pregunta 3)</b>	Nominal	Hábito adecuado: 3 porciones al día  Hábito inadecuado: Menor o mayor a tres, o no consume
Dimensión 3: Consumo de carnes	<b>N° de porciones de carne ( Pregunta 4)</b>	Nominal	Hábito adecuado: 2 porciones al día  Hábito inadecuado: Menos o más de dos, o no come

Dimensión 4: Consumo de menestras	<b>Consumo de menestras( Pregunta 5)</b>	Nominal	Hábito adecuado:  3 veces por semana  Hábito inadecuado:  Más o menos de tres veces por semana o no consume
Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras	<b>Consumo de verduras y frutas ( Pregunta 6 y 7)</b>	Nominal	Hábito adecuado:  3 porciones por día  Hábito inadecuado:  Menos o más de tres, o no consume
Dimensión 6: Consumo de tubérculos	<b>Consumo de tubérculos( Pregunta 8)</b>	Nominal	Hábito adecuado:  3 porciones  Hábito inadecuado:  Más o menos de 3, o no consume
Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva	<b>Consumo de aceite de oliva ( Pregunta 9)</b>	Nominal	Hábito adecuado:  Si consumo  Hábito inadecuado:  No consume o a veces
Dimensión 8: consumo de inhibidores	<b>Consumo de inhibidores , toma de agua ( Pregunta 2,10 y 11)</b>	Nominal	Hábito adecuado:  No consume con alimentos o toma agua.  Hábito inadecuado:  Si consume con alimentos o a veces lo consume con alimentos

Dimensión 9: frituras y snacks	<b>Forma de cocinar con frituras o consumo de snacks( Pregunta 12 y 13)</b>	Nominal	<p>Hábito adecuado:</p> <p>1-3 veces por semana o no consumir snack</p> <p>Hábito inadecuado:</p> <p>A diario cocina frituras o consume snacks</p>
Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa	<b>Aumento de ingesta de sal ( Pregunta 14)</b>	Nominal	<p>Hábito adecuado:</p> <p>No añade sal</p> <p>Hábito inadecuado:</p> <p>Añade sal o a veces.</p>

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>1</b>	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas							
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
<b>3</b>	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediada) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)							
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
<b>4</b>	En un día ¿Cuantas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo							
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
<b>5</b>	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana							

	b) Tres veces por semana c) No consumo						
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>						
<b>6</b>	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo						
<b>7</b>	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1- 2 porciones c) No consumo						
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>						
<b>8</b>	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume						
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>						
<b>9</b>	¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachainchi? a) SI consumo b) No consumo c) A veces						
	<b>Dimensión 8 : consumo de inhibidores</b>						
<b>2</b>	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna						

	infusión o gaseosas? a) Si b) A veces c) No						
<b>10</b>	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces						
<b>11</b>	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo						
	<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>						
<b>12</b>	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo						
<b>13</b>	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)						
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>						
<b>14</b>	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) Si b) NO c) A veces						

**Observaciones** (precisar si hay suficiencia):.....

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable [ x ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:**

**Dr/MgEspecialidad del validador**

**Firma del EXperto**

Respuesta de validación de juicio de expertos:

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Sí b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	X		X		X		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana c) No consumo	X		X			X	
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>							
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X		
7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume?	X		X		X		

	a) 3 porciones b) 1-2 porciones c) No consumo						
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>						
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	X		X		X	
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>						
9	¿Consumes a diario aceite de oliva o soya o sachalínchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	X		X		X	
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>						
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas? a) Si b) A veces c) No	X		X		X	
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	X		X		X	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	X		X		X	
	<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>						
12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	X		X		X	

13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (3) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	X		X		X		
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>							
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) SI b) NO c) A veces	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ X ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr./Mg./Dra. Regina Medina Espinoza.....

Especialidad del validador:.... Doctorado en Salud Pública.....

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

29 de Enero del 2021



Firma del Experto Informante

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	X		X		X		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana c) No consumo	X		X			X	
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>							
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X		
7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume?	X		X		X		

	a) 3 porciones b) 1-2 porciones c) No consumo						
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>						
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quínoa, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	x		x		x	
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>						
9	¿Consumes a diario aceite de oliva o soya o sachinchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	x		x		x	
	<b>Dimensión 8: consumo de Inhibidores</b>						
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas? a) Si b) A veces c) No	x		x		x	
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	x		x		x	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	x		x		x	
	<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>						
12	¿Con qué frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): HAY SUFICIENCIA PARA APLICAR INSTRUMENTO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr/Mg: FERNANDO RAFAEL VIGIL CORNETO

Especialidad del validador: DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN

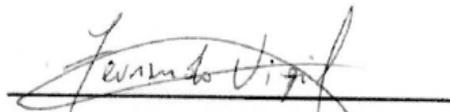
1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

04 de AGOSTO del 2020



Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	V		V		V		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	V		V		V		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	V		V		V		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana c) No consumo	V		V		V		
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>							
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones	V		V		V		

12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	V		V		V	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	V		V		V	
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>	V		V		V	
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) SI b) NO c) A veces	V		V		V	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ V ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr/Mg: Moraima Angelica Lagos Castillo

Especialidad del validador: Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica

28 de enero del 2021



Firmado digitalmente por:  
LAGOS CASTILLO DE VILCO  
Moraima Angelica FAU 2017  
soft  
Motivo: Soy el autor del  
documento.  
Fecha: 28.01/2021 21:12:58

Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Sí b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	X		X		X		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana	X		X		X		

	c) No consumo						
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>						
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X	
7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1- 2 porciones c) No consumo	X		X		X	
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>						
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, chodo, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	X		X		X	
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>						
9	¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachainchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	X		X		X	
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>						
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas?	X		X		X	

	a) Si b) A veces c) No						
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	X		X		X	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	X		X		X	
	<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>						
12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	X		X		X	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	X		X		X	
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>						
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) Si b) NO c) A veces	X		X		X	

Observaciones: Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador:

**Dra. Saby Mauricio Alza**

Especialidad del validador: **Doctora en Salud Pública**

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

27 de enero del 2021



---

Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	X		X		X		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana	X		X		X		

	c) No consumo							
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>							
<b>6</b>	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X		
<b>7</b>	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1-2 porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>							
<b>8</b>	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, chocio, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	X		X		X		
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>							
<b>9</b>	¿Consumes a diario aceite de oliva o soya o sachainchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	X		X		X		
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>							
<b>2</b>	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas?	X		X		X		

	a) Sí b) A veces c) No						
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Sí b) No c) A veces	X		X		X	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	X		X		X	
<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>							
12	¿Con qué frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	X		X		X	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	X		X		X	
<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>							
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir. a) Sí b) NO c) A veces	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El presente instrumento presenta suficiencia para su aplicación en el estudio.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr. Federico Martín Malpartida Quispe.

Especialidad del validador: Doctor en Salud

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

01 de febrero del 2021



---

Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	x		x		x		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	x		x		x		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	x		x		x		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana	x		x		x		

	c) No consumo						
	<b>Dimensión 5: Consumos de frutas y verduras</b>						
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	x		x		x	
7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1-2 porciones c) No consumo	x		x		x	
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>						
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, chollo, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	x		x		x	
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>						
9	¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachainchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	x		x		x	
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>						
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas?	x		x		x	

	a) Si b) A veces c) No						
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	x		x		x	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	x		x		x	
<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>							
12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	x		x		x	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	x		x		x	
<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>							
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) Si b) NO c) A veces	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ x ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr/Mg:.....Dra Susan Haydee Gonzales Saldaña.....

Especialidad del validador:....Docencia Universitaria

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

28 de enero del 2021



Firma del Experto Informante

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	<b>Dimensión 1: Consumo de comidas al día</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>1</b>	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Sí b) No, solo hago tres de ellos c) No, solo hago dos de ellos	X		X		X		
	<b>Dimensión 2: Consumo de lácteos</b>							
<b>3</b>	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	<b>Dimensión 3: Consumo de carnes</b>							
<b>4</b>	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 4: Consumo de menestras</b>							
<b>5</b>	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 5: Consumos</b>							

	<b>de frutas y verduras</b>							
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X		
7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1- 2 porciones c) No consumo	X		X		XX		
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>							
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, choclo, pan, papa, arroz, etc consume ? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	X		X		X		
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>							
9	¿Consumes a diario aceite de oliva o soya o sachainchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	X		X		X		
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>							
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o	X		X		X		

	gaseosas? a) Si b) A veces c) No						
10	¿Bebe agua o Infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	X		X		X	
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No tomo	X		X		X	
	<b>Dimensión 9: frituras y snacks</b>						
12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	X		X		X	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	X		X		X	
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>						
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) Si b) NO c) A veces	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):.....SI.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [  ]    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr/Mg:.....**ERNESTO RAUL TORRES VELIZ**.....

Especialidad del validador:.....**DOCTOR EN FARMACIA Y BIOQUIMICA, MG EN FARMACOLOGIA**.....

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

10 de FEB del 2021



---

Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**

n	Dimensiones/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	Variable: hábitos alimentarios							
	Dimensión 1: Consumo de de comidas al día	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En un día, usted desayuna, almuerza, cena y consume algún refrigerio? a) Si b) No, hago más de cinco comidas c) No, hago menos de tres comidas	X		X		X		
	Dimensión 2: Consumo de lácteos							
3	En un día ¿Cuántas porciones de leche o yogurt (1 vaso o 1 taza) o queso (1 tajada mediana) consume? a) 3 porciones b) Menor a 3 porciones c) No consumo (0)	X		X		X		
	Dimensión 3: Consumo de carnes							
4	En un día ¿Cuántas porciones de carne de cerdo, carne de vacuno, carne de pollo u otra carne consume al día? a) 2 porciones b) Menos de dos porciones c) No consumo	X		X		X		Sugiero especificar el significado de porción (quizá equivalente en gramos)
	Dimensión 4: Consumo de menestras							
5	A la semana, ¿Cuántas veces consume menestras? a) Más de 3 veces por semana b) Tres veces por semana c) No consumo	X		X		X		
	Dimensión 5: Consumo de frutas y verduras							
6	En un día, ¿Cuántas porciones de frutas consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consumo	X		X		X		Especificar porciones (puede ser en unidades o gramos)

7	En un día, ¿Cuántas porciones de verduras (frescas y cocidas) consume? a) 3 porciones b) 1- 2 porciones c) No consumo	X		X		X		
	<b>Dimensión 6: Consumo de tubérculos</b>							
8	En un día, en su desayuno, almuerzo o cena ¿Cuántas porciones (1 unidad) o 1 taza de harinas, quinua, cancha, mote, chodio, pan, papa, arroz, etc consume? a) 3 porciones b) Menos de 3 porciones c) No consume	X		X		X		
	<b>Dimensión 7: Consumo de Aceite de oliva</b>							
9	¿Consume a diario aceite de oliva o soya o sachalnchi? a) Si consumo b) No consumo c) A veces	X		X		X		
	<b>Dimensión 8 : consumo de Inhibidores</b>							
2	Usted, cuando consume sus alimentos en el desayuno o almuerzo o cena, ¿lo acompaña con café, alguna infusión o gaseosas? a) Si b) A veces c) No							Sugiero que el término infusión se ubique solo en el ítem 10
10	¿Bebe agua o infusión con sus comidas, durante el día? a) Si b) No c) A veces	X		X		X		
11	¿Cuántos vasos de agua natural toma al día? a) De 6 a 8 vasos b) Menos de 6 vasos c) No toma	X		X		X		

	<b>Dimensión 5: frituras y snacks</b>						
12	¿Con que frecuencia consume preparaciones fritas? a) A diario b) 1-3 veces por semana c) No consumo	X		X		X	
13	¿Cuántas veces a la semana consume golosinas y/o galletas? a) Diario (0) b) 1-3 veces por semana 0,5 c) No consumo (1)	X		X		X	
	<b>Dimensión 10 : Aumento de sal a sus comidas ya servidas en mesa</b>						
14	Si la comida ya tiene sal, Usted le añade más sal al momento de consumir: a) SI b) NO c) A veces	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):...Los Items planteados miden la dimensión.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable []    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador:

Dra. Catalina Olímpia Bello Vidal.....

Especialidad del validador: Magíster en Epidemiología y Dra. En Salud Pública .....

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del consumo

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

28 de Enero del 2021



Firma del Experto Informante

#### Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

La Fiabilidad del instrumento se realizó a través de la obtención del alfa de Cronbach, el cual permite realizar la fiabilidad del instrumento. Se obtuvieron los siguientes resultados:

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	22.15	10.951	.320	.677
p2	22.83	12.199	.205	.688
p3	22.33	12.122	.311	.679
p4	22.17	12.148	.333	.678
p5	21.40	11.938	.271	.681
p6	22.13	11.240	.396	.665
p7	22.33	12.071	.331	.677
p8	22.92	11.917	.346	.675
p9	22.35	9.823	.369	.676
p10	22.50	9.897	.387	.670
p11	22.48	11.487	.242	.688
p12	22.33	12.020	.351	.675
p13	22.90	11.015	.652	.643
p14	23.15	13.105	.000	.697

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.693	14

El valor de alfa de Cronbach, que se utiliza para medir la fiabilidad del instrumento de recolección de datos, presenta un valor de 0,693, es decir existe un 69,3% de fiabilidad del cuestionario elaborado que consta de 14 preguntas.

Según las tablas de alfa de Cronbach, cuando el valor es superior a 60%, representa que existe una **buena** confiabilidad, por lo que no hay inconvenientes para aplicar el instrumento a los pacientes del presente estudio de investigación.

## Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Lima, 23 de julio de 2020

Investigador(a):  
**Miluska Paola Calderón Gamarra**  
Exp. N° 080-2020

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética en investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: "HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTADO NUTRICIONAL Y OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE UN CENTRO DE SALUD, JUNIN, PERU-2020", el cual tiene como investigador principal a Miluska Paola Calderón Gamarra.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética en investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIE y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



**Yenny Marisol Bellido Fuentes**  
Presidenta del CIEI- UPNW

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**DOCTORADO EN SALUD**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Investigación:**

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTADO NUTRICIONAL Y OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSON Y DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD CHILCA DE EsSalud, JUNIN-2020”**

Investigador: Miluska Paola Calderón Gamarra

La presente investigación desea conocer los hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional y obesidad central de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus que acuden al Centro de Salud Chilca durante el mes de Enero 2020. Si usted lo permite se hará un breve cuestionario para ello.

La presente investigación tomara menos de 10 minutos de tiempo y no tiene ningún riesgo para su salud.

Uno de los beneficios de esta investigación es que se podría dar recomendaciones de mejora para el centro en su atención medica

Toda información que usted proporcione es confidencial. No hay alguno pago de intermedio en esto.

Autorizo a usar datos de mi historia clínica para que pueda ser usado en la presente investigación.

En caso, desee colaborar con la presente investigación deberá firmar este documento , con lo cual autoriza y acepta la participación como voluntario del estudio. Si usted no desea

participar, no firma el documento sin que esto sea muestra de alguna consecuencia contra usted

Para cualquier consulta, queja o aporte sírvase comunicarse con Miluska Paola Calderón Gamarra al celular 985859465 o al correo [miluskacalderongamarra2000@gmail.com](mailto:miluskacalderongamarra2000@gmail.com), donde será atendida con mucho gusto.

**DECLARACION VOLUNTARIA:**

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Me han hecho conocer que la participación es gratuita

Por lo anterior, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** a participar en la investigación de:

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTADO NUTRICIONAL Y OBESIDAD CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSON Y DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD CHILCA DE EsSalud, JUNIN-2020”**

Por lo cual doy mi autorización con lo siguiente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 7: Informe de turnitin

### Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central, en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, junín,2020

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://assets.website-files.com">assets.website-files.com</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://cyberleninka.org">cyberleninka.org</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	1%
7	Bárbara Radigonda, Regina Kazue Tanno de Souza, Luiz Cordoni Junior, Ana Maria Rigo Silva. "Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da	1%

Família e identificação de fatores associados,  
Cambé-PR, Brasil, 2012", Epidemiologia e  
Serviços de Saúde, 2016

Publicación

8

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Trabajo del estudiante

1%

9

Submitted to Universidad Wiener

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo