



UNAP



**FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA**

TESIS

**“SEGURIDAD ALIMENTARIA Y FACTORES QUE AFECTAN EL
ESTADO NUTRICIONAL EN TIEMPOS DE COVID-19 DE DOS
INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL, IQUITOS 2020”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA**

PRESENTADO POR:

JAVIER ANTONY DIAZ FLORES

KRISTEL NAYLI FUENTES MURRIETA

ASESORES:

ING. ALENGUER GERÓNIMO ALVA ARÉVALO, Dr.

LIC. NUT. JOE FERNANDO GERÓNIMO HUETE

IQUITOS, PERÚ

2021



UNAP

FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
Escuela de Formación Profesional de Bromatología y Nutrición
Humana

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 002-CGT-FIA-UNAP-2021

A los 09 días del mes de marzo de 2021, a horas 11:00 se conectaron vía Plataforma ZOOM, dando inicio a la sustentación pública de la Tesis titulada: "SEGURIDAD ALIMENTARIA Y FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL EN TIEMPOS DE COVID-19 DE DOS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL, IQUITOS 2020.", presentado por los Bachilleres: **JAVIER ANTONY DIAZ FLORES** y **KRISTEL NAYLI FUENTES MURRIETA**, para optar el Título Profesional de Licenciados en Bromatología y Nutrición Humana, que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 030-FIA-UNAP- 2021 del 29 de enero de 2021, está integrado por:

Ing. MARIA ISABEL MAURY LAURA, Dra.
Blga. JESSY PATRICIA VASQUEZ CHUMBE, MSc.
Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO, Msc

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: satisfactoriamente

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública y la tesis ha sido: Aprobada Con la calificación: Buena

Estando los bachilleres aptos para obtener el Título Profesional de Licenciados en Bromatología y Nutrición Humana Siendo las 13:15 se dio por terminado el acto de sustentación.

Presidente
Ing. MARIA ISABEL MAURY LAURA, Msc.
CIP: 37238

Miembro
Blga. JESSY PATRICIA VÁSQUEZ CHUMBE, Msc.
CIP: 69125

Miembro
Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO
CNP: 00130

Asesor
Ing. ALENGUER GERONIMO ALVA AREVALO, Dr.
CIP: 45167



Asesor
Lic. JOE FERNANDO GERONIMO HUETE
CNP: 4220

MIEMBROS DEL JURADO

El jurado calificador certifica que la tesis titulada: "SEGURIDAD ALIMENTARIA Y FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL EN TIEMPOS DE COVID-19 DE DOS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL, IQUITOS 2020.", presentado por los Bachilleres: JAVIER ANTONY DIAZ FLORES y KRISTEL NAYLI FUENTES MURRIETA, ha sido revisado, quedando autorizada para su presentación.



Presidente

Ing. MARIA ISABEL MAURY LAURA, Msc.
CIP: 37238



Miembro

Blga. JESSY PATRICIA VÁSQUEZ CHUMBE, Msc.
CIP: 69126



Miembro

Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO
CNP: 00130

AUTORIZACIÓN DE LOS ASESORES

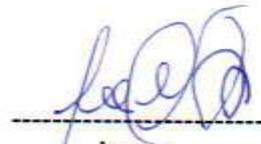
Dr. Alenguer Gerónimo Alva Arévalo, docente principal del Departamento de Ingeniería de Alimentos de la Facultad de Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Lic. Joe Fernando Gerónimo Huete, docente contratado del departamento de tecnología de alimentos de la Facultad de Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

INFORMAMOS: Que el Br. Javier Antony Díaz Flores y el Br. Kristel Nayli Fuentes Murrieta, han realizado bajo nuestra dirección, el trabajo contenido en el estudio de investigación intitulada: "SEGURIDAD ALIMENTARIA Y FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL EN TIEMPOS DE COVID-19 DE DOS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL, QUITOS 2020.", y considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado ante el jurado calificador a tal efecto para la obtención del título de Licenciados en Bromatología y Nutrición Humana.

AUTORIZAMOS: A los Bachilleres a presentar la tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.



Asesor
Ing. ALENGUER GERÓNIMO ALVA ARÉVALO, Dr.
CIP: 45167



Asesor
Lic. JOE FERNANDO GERÓNIMO HUETE
CNP: 4220

DEDICATORIA

*Dedicamos este trabajo en primer lugar a **Dios**, por la vida, la salud y la fortaleza para seguir adelante.*

*A nuestros padres **Rosa Flores Escobedo** y **Quimiston Mendoza Fababa, Oscar Fuentes Tello** y **Milca Murrieta Cachique**; que siempre están presentes en cada momento y en cada paso que damos, por ser nuestros pilares de vida. Por sus gran e infinito apoyo durante la tesis.*

A nuestros hermanos y familiares, por ser partícipes en nuestra formación personal, académica y profesional, por sus palabras de aliento, brindarnos aportes invaluable que nos servirán para toda nuestra vida.

Para todos ustedes nuestros amor y gratitud.

Kristel Nayli Fuentes Murrieta

Javier Antony Diaz Flores

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas las personas que hicieron posible el proceso y conclusión de este proyecto:

Al señor Juan Pio, Gerente General de la Sociedad de Beneficencia de Iquitos.

A la Ing. Kitty Navas Meza, Directora del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”

Al señor José Andia, Director de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

Al Ing. Alenguer Gerónimo Alva Arévalo y al Lic. Joe Fernando Gerónimo Huete por sus grandes aportes de conocimientos, experiencia y dedicación a este proyecto de investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADO Y ASESORES	iii
AUTORIZACIÓN DE LOS ASESORES	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.1.1. A nivel internacional.	5
1.1.2. A nivel nacional.	7
1.1.3. A nivel local.	11
1.2. Bases Teóricas.	12
1.2.1. Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	12
1.2.2. Dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional.....	14
1.2.3. Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2015-2021.....	16
1.2.4. Inseguridad Alimentaria y Nutricional.....	17
1.2.5. Métodos para la medición de la inseguridad alimentaria.....	19
1.2.6. Seguridad Alimentaria bajo la pandemia del COVID-19.....	20
1.2.7. Estado Nutricional.	23
1.2.8. Métodos de Evaluación del Estado Nutricional.	24
1.2.9. Nutrición en los diferentes ciclos de la vida.	28
1.3. Definición de Términos Básicos.....	33
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	37
2.1. Formulación de la Hipótesis.....	37
2.2. Variables y su Operacionalización	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	43
3.1. Tipo y Diseño.....	43
3.1.1. Tipo de investigación.....	43
3.1.2. Diseño de investigación.....	43

3.2. Diseño Muestral.....	44
3.2.1. Población de estudio.....	44
3.2.2. Tamaño de la población de estudio.....	44
3.2.3. Muestreo o selección de la muestra.....	44
3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	44
3.3. Procedimiento de la recolección de datos.....	45
3.3.1. Procedimiento de la Recolección de la información.....	45
3.3.2. Técnica.....	46
3.3.3. Materiales para la recolección de datos.....	46
3.3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	48
3.4. Procesamiento y Análisis de Datos.....	50
3.5. Aspectos Éticos.....	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	52
4.1. Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.....	52
4.1.1. Análisis del Estado Nutricional según el índice de masa corporal, Seguridad Alimentaria, Hábitos Alimentarios, Factores Sociodemográficos y psicosocial.....	52
4.1.2. Análisis Bivariado.....	64
4.2. Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.....	73
4.2.1. Análisis del Estado Nutricional según el índice de masa corporal, Seguridad Alimentaria, Hábitos Alimentarios, Factores Sociodemográficos y psicosocial.....	73
4.2.2. Análisis Bivariado.....	87
V. DISCUSIÓN.....	97
VI. CONCLUSIÓN.....	106
VII. RECOMENDACIONES.....	108
VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	109
ANEXOS.....	114
Anexo N° 1. Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os.....	115
Anexo N° 2. Tabla de valoración nutricional según IMC adulto mayor.....	117
Anexo N° 3. Tabla de valoración nutricional Antropométrica – varones (5 a 17 años)	119
Anexo N° 4. Ficha de evaluación nutricional.....	121
Anexo N° 5. Encuesta de seguridad alimentaria.....	123
Anexo N°6. Ficha de datos sociodemográficos y psicosociales.....	125
Anexo N° 7. Encuesta sobre hábitos alimentarios.....	130
Anexo N° 8. Ficha de validación de instrumento.....	132
Anexo N° 7. Consentimiento informado.....	139

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Categorías generales de la inseguridad alimentaria.....	18
Tabla N° 2. Métodos de evaluación del consumo de alimentos y nutrientes.	26
Tabla N° 3. Estado Nutricional (índice de Masa Corporal (IMC)) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	52
Tabla N° 4. Riesgo cardiovascular según perímetro abdominal de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	53
Tabla N° 5. Seguridad alimentaria de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	53
Tabla N° 6. Hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	54
Tabla N° 7. Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	56
Tabla N° 8. Frecuencia de consumo de frutas del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	57
Tabla N° 9. Frecuencia de consumo de verduras del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	58
Tabla N° 10. Edad de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	59
Tabla N° 11. Sexo de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	59
Tabla N° 12. Nivel educativo de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	60
Tabla N° 13. Estado civil de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	60
Tabla N° 14. Ocupación previa de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	61
Tabla N° 15. Afiliación a un seguro de salud de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	61
Tabla N° 16. Número de hijos de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	62
Tabla N° 17. Fuente de ingresos económicos de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	62

Tabla N° 18.	Número de veces que ven a sus familiares la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.....	62
Tabla N° 19.	Personas que conoce y frecuenta de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	63
Tabla N° 20.	Actividades físicas o labores (jardinería, caminata, mandados, paseos al aire libre, juegos de azar, etc.) que realiza con la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	63
Tabla N° 21.	Síntomas de debilidad, dolor o enfermedad en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	64
Tabla N° 22.	Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	65
Tabla N° 23.	Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	66
Tabla N° 24.	Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	66
Tabla N° 25.	Características sociodemográficas según su estado nutricional de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	68
Tabla N° 26.	Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal (IMC)) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	73
Tabla N° 27.	Riesgo Cardiovascular según el Perímetro abdominal de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	73
Tabla N° 28.	Seguridad alimentaria de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	74
Tabla N° 29.	Hábitos alimentarios saludables de la población del Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	74
Tabla N° 30.	Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.	76
Tabla N° 31.	Frecuencia de consumo de frutas de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	77
Tabla N° 32.	Frecuencia de consumo de verduras de la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”.	78

Tabla N° 33.	Edad de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	79
Tabla N° 34.	Sexo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	79
Tabla N° 35.	Nivel educativo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	80
Tabla N° 36.	Estado civil de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	80
Tabla N° 37.	Ocupación previa de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	81
Tabla N° 38.	Afiliación a un seguro de salud de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	81
Tabla N° 39.	Número de hijos de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	82
Tabla N° 40.	Gasto diario en compra de alimentos por la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	82
Tabla N° 41.	Ingresos económicos familiares al mes de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	82
Tabla N° 42.	Veces que un familiar le habló sobre los peligros de fumar a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	83
Tabla N° 43.	Veces que un familiar le habló sobre los peligros de tomar bebidas alcohólicas a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	83
Tabla N° 44.	Veces que un familiar le habló sobre los peligros de consumir drogas a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	84
Tabla N° 45.	Veces que un familiar le habló sobre los peligros de andar con personas que se drogan a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	84
Tabla N° 46.	Actividades recreativas desarrolladas por la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	85
Tabla N° 47.	Razones por la que la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” cree que la comunidad le va a ayudar a superar sus problemas.	86
Tabla N° 48.	Tiempo de abstinencia de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	86

Tabla N° 49. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” .	87
Tabla N° 50. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” .	89
Tabla N° 51. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” .	89
Tabla N° 52. Características sociodemográficas según su estado nutricional de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” .	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Inseguridad Alimentaria según FAO-FIDA (2018)	18
Gráfico N° 2. Marco conceptual de la inseguridad alimentaria en el hogar	20
Gráfico N° 3. Distribución porcentual del Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	52
Gráfico N° 4. Distribución porcentual de la Seguridad alimentaria en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	54
Gráfico N° 5. Hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	55
Gráfico N° 6. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	55
Gráfico N° 7. Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	56
Gráfico N° 8. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	56
Gráfico N° 9. Frecuencia de consumo de frutas de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	57
Gráfico N° 10. Frecuencia de consumo de verduras de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	58
Gráfico N° 11. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	65
Gráfico N° 12. Distribución porcentual del nivel de seguridad alimentaria según el Estado nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”	65
Gráfico N° 13. Hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	75
Gráfico N° 14. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	75
Gráfico N° 15. Hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	76
Gráfico N° 16. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	76
Gráfico N° 17. Frecuencia de consumo de frutas de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	77

Gráfico N° 18. Frecuencia de consumo de verduras de la población de la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”.	78
Gráfico N° 19. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.	88
Gráfico N° 20. Distribución porcentual del nivel de seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”	88

RESUMEN

La presente investigación busco determinar si existe relación entre la seguridad alimentaria, hábitos alimentarios, factores sociodemográficos con el estado nutricional en las dos instituciones de asistencia social, el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” en tiempos de COVID-19. El estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo no experimental, con diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal, la población de estudio comprendió el 100% de los albergados; 43 adultos mayores y 26 adultos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión planteadas en este estudio. Para la obtención de los datos se utilizaron instrumentos como ficha de evaluación nutricional, encuesta de seguridad alimentaria, encuesta de hábitos alimentarios y de factores sociodemográficos y psicosocial. El estudio se realizó mediante una investigación estadística correlacional de los datos recolectados; aplicando la prueba estadística de Tau-b de Kendall y el Coeficiente de correlación de Spearman. Respecto a las correlaciones planteadas en esta investigación, se determinó que existe una correlación estadísticamente significativa débil negativa a un nivel de significancia según la prueba Tau-b de Kendall de 0.05 y con un ($p = 0.000$), entre la seguridad alimentaria y el estado nutricional según el índice masa corporal (IMC) en el centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís”; Así mismo, se demostró que no existe correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05 y con un ($p = 0.814$) en la comunidad terapéutica “Talita Kumi”

Palabras claves: Seguridad alimentaria, Estado nutricional, Centro del adulto mayor, Comunidad Terapéutica, Covid-19.

ABSTRACT

This research seeks to determine if there is a relationship between food security, eating habits, sociodemographic factors and nutritional status in the two social assistance institutions, the Residential Center for the Elderly "San Francisco de Asís" and the Therapeutic Community "Talita Kumi" in times of COVID-19. The study was of a non-experimental quantitative approach, with a descriptive, correlational and cross-sectional design. The study population comprised 100% of those housed; 43 older adults and 26 adults who met the inclusion and exclusion criteria set out in this study. To obtain the data, instruments such as a nutritional assessment sheet, a food safety survey, a survey of eating habits and sociodemographic and psychosocial factors were used. The study was carried out through a correlational statistical investigation of the collected data; applying Kendall's Tau-b statistical test and Spearman's correlation coefficient. Regarding the correlations raised in this research, it was determined that there is a statistically significant weak negative correlation at a significance level according to Kendall's Tau-b test of 0.05 and with a ($p = 0.000$), between food security and state nutritional according to the body mass index (BMI) in the residential center for the elderly "San Francisco de Asís"; Likewise, it was shown that there is no statistically significant correlation at a significance level of 0.05 and with a ($p = 0.814$) in the therapeutic community "Talita Kumi"

Keywords: Food security, Nutritional status, Center for the elderly, Therapeutic Community, Covid-19.

INTRODUCCIÓN

La seguridad alimentaria se entiende como la condición bajo la cual los individuos de una nación tienen: “en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos con el fin de llevar una vida activa y sana”. Esta condición de seguridad alimentaria está definida por condiciones agronómicas, biológicas, económicas y sociales en una región. ⁽¹⁾

La crisis sanitaria debido al coronavirus que atraviesa el Perú se está convirtiendo también en una crisis alimentaria. Según una encuesta realizada por el INEI a familias de Lima Metropolitana y Callao en la primera semana de mayo, un 14% de hogares declaró no haber podido comprar alimentos con contenido proteico como carnes, pescado y huevos. En el 73% de estos hogares la causa fue carencia de medios económicos. Esto equivale a por lo menos 1 millón de personas. Si extrapolamos estas cifras al Perú urbano, podríamos estar llegando a más de 3 millones de personas con inseguridad alimentaria en ciudades a nivel nacional; y esto sin contar con lo que viene pasando en zonas rurales, también duramente golpeadas por la paralización económica de la cuarentena. ⁽²⁾

Según la FAO la seguridad alimentaria se basa en cuatro pilares: disponibilidad, acceso, inocuidad y estabilidad. Todos están relacionados al consumo de alimentos nutritivos y seguros por parte de la población. Problemas en cualquiera de estos frentes implican inseguridad alimentaria. Ésta puede ir desde: una situación leve, en la que hay reducción de algunos alimentos, pero se come todos los días, intermedia, donde las personas se saltan alguna comida al día, a una muy grave, donde dejan de comer completamente por un día o más. ⁽²⁾

Las cifras de la encuesta del INEI indican que ya varios millones de personas en nuestro país están en situación de inseguridad alimentaria entre intermedia y grave.

La misma encuesta también consulta sobre qué tan seguros se sienten de poder pagar los alimentos que necesitan durante las próximas cuatro semanas. Un 30% declaró que se sentía nada seguro y un 47% poco seguro. Es decir, un 77% tiene inseguridad sobre su capacidad de acceder a alimentos. Esto nos aleja aún más del segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas de tener hambre cero para toda la población nacional. ⁽²⁾

La superación del hambre y la malnutrición en todas sus formas (incluidas la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad) va más allá de tan solo ingerir la cantidad suficiente de alimentos para sobrevivir: lo que las personas consumen y, especialmente, lo que comen los niños, también debe ser nutritivo. Sin embargo, un obstáculo fundamental es el alto costo de los alimentos nutritivos y la escasa asequibilidad de las dietas saludables para un gran número de familias. Los lácteos ricos en nutrientes, las frutas, las verduras y los alimentos ricos en proteínas (de origen vegetal y animal) son los grupos de alimentos más costosos a nivel mundial. Las últimas estimaciones indican que una abrumadora cifra de 3 mil millones de personas o más no pueden permitirse una dieta saludable. Este es el caso para el 57 % de la población del África subsahariana y el sur de Asia, aunque no hay ninguna región que pueda cumplir con este objetivo, ya que, incluso, afecta a América del Norte y Europa. Mientras tanto, entre los adultos, la obesidad se ha convertido en una pandemia mundial por derecho propio. ⁽³⁾

La seguridad alimentaria es de máxima importancia para mejorar el estado nutricional de las personas que padecen hambre y desnutrición persistentes y de muchas que están en peligro de encontrarse en la misma situación. Por esto se hace necesario clarificar las cuestiones que intervienen en su consecución y contribuir a formular y adoptar políticas y medidas apropiadas para reforzarla en función, principalmente, del establecimiento de las medidas necesarias para garantizar el acceso de las familias a una cantidad suficiente y segura de alimentos para lo cual es necesario

además tener presente el análisis de otros determinantes de la nutrición, indiscutiblemente relacionados a esta, como la salubridad, el saneamiento del medio ambiental y del hogar y la capacidad pública para atender a los miembros vulnerables de la sociedad. ⁽⁴⁾

Con la visión, de determinar si existe relación entre la seguridad alimentaria, hábitos alimentarios, factores sociodemográficos con el estado nutricional de los albergados de las dos instituciones de asistencia social, el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, de la ciudad de Iquitos. Con el fin de que los resultados obtenidos tendrán el propósito de brindar conocimiento a la comunidad en su conjunto y brindar datos de referencia a las entidades encargadas de las residencias donde habitan los albergados, para que los órganos competentes prioricen actividades para la disminución de la pobreza, el hambre y la desnutrición en la población más vulnerable, a través de proyectos y otras estrategias con el propósito de ayudar al crecimiento y desarrollo de las comunidades.

Objetivos Generales

- ✓ Determinar si existe relación entre la seguridad alimentaria, hábitos alimentarios, factores sociodemográficos con el estado nutricional en las dos instituciones de asistencia social, el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” en tiempos de COVID-19

Objetivos Específicos

- Valorar el estado nutricional del grupo de personas del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”
- Identificar la seguridad alimentaria en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

- Identificar los hábitos alimentarios de los albergados de las dos instituciones de asistencia social, del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.
- Determinar los factores sociodemográficos y psicosociales de las dos instituciones de asistencia social.
- Establecer si existe relación entre la Seguridad alimentaria, hábitos alimentarios, factores sociodemográficos con el estado nutricional en las dos instituciones de asistencia social.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes.

1.1.1. A nivel internacional.

En 2019, Timbila T., Desarrolló una investigación de tipo descriptivo y corte transversal, que comprende el estudio de la inseguridad alimentaria (IA) y su relación con el consumo de nutrientes en las familias de San Juan de Ilumán del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura, la población de estudio estuvo constituida por 1526 familias y la muestra fue de 90 familias. Se determinaron las características a través de la escala ELCSA, y el consumo de energía y nutrientes mediante el recordatorio de 24 horas. La mayoría de los jefes de hogar investigados fueron de sexo femenino con un 63,33% y de etnia indígena (83,33%). Los resultados denotaron un escaso del 15,56% de hogares que cuentan con un nivel de seguridad alimentaria (SA). Llegándose a la conclusión que la IA se relaciona con la calidad de la dieta afectando a la tercera parte de la muestra investigada clasificándose en las categorías leve y moderada en porcentajes similares siendo por tanto preciso la intervención oportuna de las instituciones involucradas en estos componentes. ⁽⁵⁾

En 2018, Muñoz B. et al, Analizaron el estado nutricional de pacientes mayores de 65 años y su relación con variables sociodemográficos y de salud, desarrollaron un estudio observacional transversal, en tres centros de salud, con una población de 255 pacientes: ambulatorios, en atención domiciliaria o institucionalizados y una muestra de estudio de 243; para determinar el estado nutricional se aplicó el método Chang, se calculó la razón de prevalencia para desnutrición y se aplicó un modelo multivariante. Se obtuvieron como resultados que la edad media fue de 81,3 años y el 72,0% fueron mujeres. El 29,6% presentaba malnutrición. Se estableció mayor desnutrición en relación con vivir en una residencia o precisar ayuda

domiciliaria edad mayor de 85 años. Los factores determinantes de desnutrición en el modelo multivariante fueron tener más de 85 años y ser paciente de atención domiciliaria o institucionalizados. ⁽⁶⁾

En 2017, Duran S. et al realizaron la validación de contenido de la encuesta diseñada para determinar la calidad de la alimentación del adulto mayor (ECAAM). Se realizó la validación de contenido mediante el Índice de validez de contenido, a través del cálculo de la Razón de validez de contenido de Lawshe. En la subescala de Hábitos alimentarios saludables, el 11,2% de los hombres y 11,4% de las mujeres presentan hábitos alimentarios saludables, en relación con la subescala de Hábitos alimentarios no saludables, que los presentan el 54,4% de los hombres y el 42,9% de las mujeres. Concluyendo que la encuesta ECAAM es un instrumento válido en contenido y fácil de aplicar a AM, y permite evaluar y caracterizar la calidad de la dieta de este grupo etario. ⁽⁷⁾

En 2016, Mendoza I. Analizo la dinámica familiar de los adolescentes internados en el “Hogar Crecer” del Cantón Cuenca por el uso de sustancias psicoactivas, en el año 2015, para conocer las relaciones y vínculos existentes entre los miembros de las familias. Los resultados le permitieron identificar diferentes elementos de la estructura y funcionamiento de estas familias que inciden en el consumo de sustancias de los adolescentes: problemas en la cohesión familiar, en la comunicación padres/hijos, en el acompañamiento familiar al adolescente y las dificultades en el afrontamiento a los problemas. ⁽⁸⁾

En 2016, Troncoso C. et al. Interpretaron la percepción de las condicionantes que influyen en la alimentación de un grupo de usuarios internos en centro de rehabilitación para drogas de la comuna de Concepción, Chile, durante el año 2015. Los resultados obtenidos identificaron factores positivos y negativos

que condicionan su alimentación. Reconocieron como positivo el presentar tiempos y horarios de comidas establecidos, que les ayuda a ordenar más su alimentación, sin embargo, situaciones de estrés dentro del recinto son descritas como limitantes en su estado anímico, afectando su apetito y reduciendo su ingesta alimentaria. Llegando a la conclusión en las cuales identificaron condicionantes que influyen en su alimentación, los que actúan favoreciendo o limitando el consumo de alimentos y la relación que presentan estas personas frente a la alimentación que reciben mientras están en etapa de abstinencia. ⁽⁹⁾

En 2010, Soledad M. Analizo el nivel de asociación entre la información sobre riesgo de consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba con el consumo y/o experimentación de sustancia psicoactiva. Teniendo como resultados, donde las principales actividades fueron conversar con otras personas y hacer deportes. ⁽¹⁰⁾

En 2008, Garmendia M. et al. Evaluaron el papel del apoyo social en el mantenimiento de la abstinencia de drogas después del tratamiento. Teniendo como resultados ciento cincuenta y tres (76% hombres, de 32 a 10 años) de 197 sujetos abstinentes al alta, fueron localizados seis meses después. De estos, 108 (71%) no consumían drogas. En el análisis univariado, el apoyo social tuvo un efecto protector contra la recurrencia del consumo de drogas (OR - 0,98; IC 95% = 0,960,99. Se Concluyó que estos datos proporcionan evidencia de que el apoyo social protege contra la recurrencia en el consumo de drogas al menos hasta seis meses. ⁽¹¹⁾

1.1.2. A nivel nacional.

En 2019, Bazalar L. et al, Evaluaron la relación entre el estado nutricional y el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval

“Cirujano Mayor Santiago Távora” en el periodo 2010-2015. Se desarrolló un estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo, transversal. Se incluyeron 1 594 pacientes adultos mayores que cumplieron los criterios de selección. Se utilizó el software estadístico STATA. Mediante regresión lineal se analizó el deterioro cognitivo según índice de masa corporal. Llegando así a los resultados que la edad promedio fue de $78,4 \pm 8,5$ años. Hubo más varones (59%) que mujeres (41%). Cerca del 25% tenía bajo peso. Concluyeron que existe relación significativa entre el bajo peso y el deterioro cognitivo evaluado por MoCA, MMSE y Pfeiffer en adultos mayores incluidos en el estudio. ⁽¹²⁾

En 2019, Núñez M. y Torres Y. Determinaron los factores del abandono familiar del adulto mayor en la sociedad de beneficencia Huancavelica 2019. En las cuales la muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores de la Sociedad de Beneficencia Huancavelica. Dando como resultado en cuanto a la edad que predominó fue de 71 a 75 años, seguido de 76 a 80 años; el adulto mayor de sexo masculino representó el 53.33%; y el femenino el 46.67%, en cuanto a número de hijos predominó adultos mayores con un solo hijo un 56.67%; Llegando a Conclusión que el total de adultos mayores de la Sociedad Beneficencia Huancavelica, encuestados sobre factores de abandono familiar: la mayoría refirió que fue cuando sufren alguna enfermedad (factor de salud) el que predomina, seguido de factor familiar cuando viven solos en su casa. ⁽¹³⁾

En 2019, Bernardo M. y Salazar X. describieron la situación socio-familiar que presentan los adultos mayores que son beneficiarios del CIAM de Jauja. Los resultados obtenidos de la investigación fue que la situación socio familiar de los adultos mayores del CIAM-Jauja no son adecuadas, ya que un 47,5% de los adultos mayores reciben de 150 a 200 soles mensualmente, un 73,8%

declara que no están satisfechos con su vivienda y el 68,8% da a conocer que no gozan de una buena salud en su etapa adulta, llegando en conclusión, la situación socio familiar de los adultos mayores beneficiarios del CIAM de Jauja es inadecuada, porque sus ingresos son por debajo del salario mínimo, sus viviendas son inadecuadas, presentan salud deteriorada y existe una deficiente cohesión, y comunicación. ⁽¹⁴⁾

En 2019, Abramonte K. determino la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. Fue una investigación cuantitativa, correlacional y con un diseño no experimental, consideraron una muestra conformada de 154 residentes, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, Los resultados obtenidos es que existe relación negativa y estadísticamente significativa entre Motivación al cambio y Riesgo de recaída, y también en función a los estadios de la motivación al cambio. ⁽¹⁵⁾

En 2019, Amao K. evaluó el nivel de valoración personal, autoestima, y satisfacción vital de personas adictas a sustancias psicotrópicos de la comunidad terapéutica “Casa de la juventud” de San Juan de Lurigancho, 2018, el tipo de investigación es observacional, de nivel descriptivo y diseño epidemiológico. La población estuvo conformada por todos los internos que son varones, llegando a los resultados donde el 45.8% presento secundaria incompleta. ⁽¹⁶⁾

En 2017, Ramírez S. y Borja G. Determinaron la relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo. Teniendo como resultados que a través de la prueba chi cuadrado se encontró que no existe relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en adultos mayores con un p-valor de 0,207. Llegando a la conclusión

que es innegable la importancia de la promoción y prevención de la salud en adultos mayores pertenecientes a casas hogares. ⁽¹⁷⁾

En 2016, Mamani E., En su trabajo de tesis busco determinar la asociación entre la inseguridad alimentaria y el estado nutricional de los adultos mayores del distrito de Zepita, Chucuito – Puno. Constituida por 89 adultos mayores de ambos sexos, mayores de 65 años del distrito de Zepita; se determinó el nivel de inseguridad alimentaria en el hogar aplicando la Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (HFIAS). Teniendo como resultados el 56.18% presentan inseguridad alimentaria leve, 15.73% con Inseguridad alimentaria moderada, 7.83% con Inseguridad alimentaria severa y finalmente 20.22% con seguridad alimentaria. Respecto al estado nutricional se obtuvo; el 61.80% presentan Delgadez, 33.71% Normal, un 3.37% con Sobrepeso y el 1.12% tiene Obesidad. Concluyendo que si existe asociación entre la inseguridad alimentaria y el estado nutricional en adultos mayores varones y no existe asociación entre la inseguridad alimentaria y el estado de nutricional en adultos mayores mujeres. ⁽¹⁸⁾

En 2016, Hipólito R. describió los determinantes de la salud del adulto mayor del A.H Los Cedros Nuevo Chimbote 2016. La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores, a quienes se les aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y observación, obteniéndose como resultados que la mayoría de los adultos mayores son de sexo femenino, tienen ingreso económico menor de 750 soles; y son trabajadores eventuales. Menos de la mitad con grado de instrucción Inicial /primaria. En los determinantes de redes sociales y comunitarias casi la totalidad de los adultos mayores no reciben ningún apoyo social y su tipo de seguro es el SIS. ⁽¹⁹⁾

En 2006, Inga J. y Vara A. determinaron los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello se construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial). Los resultados indican que se halló en los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza. En conclusión, se encontró que el resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical. ⁽²⁰⁾

1.1.3. A nivel local.

En 2019, Archenti G., Determinó la seguridad alimentaria de 160 hogares de un Asentamiento humano del distrito de Yurimaguas, departamento de Loreto, Perú; y los factores asociados a la misma. Los hogares seleccionados tenían entre sus miembros a por lo menos un menor de 18 años de edad y una necesidad básica insatisfecha, que, para el caso de todos ellos, no contaban con el servicio de desagüe. La investigación determinó que el 3,1% de los hogares se encontró en SA y el 96,9% con inseguridad alimentaria (IA), (78,8% presentó inseguridad leve, 16,9% inseguridad moderada y 1,2% inseguridad severa). Concluyendo que una proporción muy alta de los hogares encuestados en la zona del estudio, se encontraron en IA, aunque mayoritariamente leve. ⁽²¹⁾

En 2019, Valdivia T. y Valencia H. Relacionaron la ingesta calórica y hábitos alimentarios con el estado nutricional de los internos del centro de rehabilitación “Casa Hogar Talita Kumi” y la casa acogida “Casa Hogar

Betania”. La muestra está formada por 58 albergados en las dos casas durante los meses mayo, junio y julio de 2018. Se encontró que el 20,7% de albergados presenta ingesta calórica alta y normal proporcionalmente y sólo el 1,7% ingesta calórica baja. En cuanto hábitos alimentarios y estado nutricional normal, se halló que 39,7% de internos tienen hábitos alimentarios saludables; mientras que el 3,4% se ubica en no saludables. Concluyeron que existe relación estadística altamente significativa entre la variable de estado nutricional y las variables ingesta calórica ($p < 0,05$ – p valor = 0,029) y hábitos alimentarios ($p < 0,05$ – p valor = 0,000).⁽²²⁾

En 2019, Aspajo D. y Huayaban L. determinaron la relación del estado nutricional y el consumo de alimentos en adultos mayores del centro residencial “San Francisco de Asís”, Loreto 2018. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptiva, de tipo transversal y correlacional. Siendo la población de 54 adultos mayores. De acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC), el 63% de adultos mayores presentó delgadez, el 25.9% se encuentra en un estado nutricional normal, el 9.3% con sobrepeso y el 1.9% presenta obesidad. En el Perímetro Abdominal, el 77.8% se encuentran normal, el 13% en riesgo muy alto y el 9.3% en riesgo alto. Finalmente, concluyeron que existe relación estadística significativa entre la variable independiente grasa ($p < 0.01$ – $Rho = 0.371$) y la variable dependiente IMC, ($Rho = 0.371$ – $p < 0.05$).⁽²³⁾

1.2. Bases Teóricas.

1.2.1. Seguridad Alimentaria y Nutricional.

¿Qué entiende la FAO por seguridad alimentaria?: “hay seguridad alimentaria cuando todo el mundo, en cualquier momento, tiene acceso físico, social y económico a un alimento suficiente, seguro y nutritivo que atienda a las necesidades diarias y a las preferencias adecuadas para una vida activa y

saludable. Los cuatro pilares de la seguridad alimentaria son existencias, acceso, utilización y estabilidad. La dimensión nutricional es integral al concepto de seguridad alimentaria”.⁽²⁴⁾

El concepto de seguridad alimentaria a nivel internacional ha ido cambiando en los últimos cuarenta años a partir de su creación en los años setenta en la Cumbre Mundial sobre Alimentación; se ha partido de consideraciones referidas a suministros de alimentos y precios y se ha llegado en los últimos años a los conceptos nutricionales. En los siguientes párrafos se hace una revisión de la evolución del concepto desde la Cumbre Mundial sobre Alimentación de 1996, donde se trató esta definición.⁽²⁵⁾

Cumbre mundial de la alimentación de FAO (1996)

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana.⁽²⁵⁾

Estrategia nacional de seguridad alimentaria (2004 - 2015) (DS N°066-2004- PCM) (2004)

Se entiende por seguridad alimentaria al acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso.⁽²⁵⁾

Plan de seguridad alimentaria y nutricional de la FAO (2011)

La seguridad alimentaria y nutricional se realiza cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a alimentos

suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y preferencias alimenticias para una vida activa y sana. ⁽²⁵⁾

Marco estratégico mundial para la seguridad alimentaria y la nutrición (2012)

Hay seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana. ⁽²⁶⁾

Comisión multisectorial de seguridad alimentaria y nutricional (2013)

Seguridad alimentaria y nutricional es el acceso físico, económico y sociocultural de todas las personas en todo momento a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, a fin de llevar una vida activa y sana. ⁽²⁵⁾

1.2.2. Dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional.

Disponibilidad

La disponibilidad de alimentos está relacionada con la oferta alimentaria, la que está determinada por la producción, las importaciones y las exportaciones y el almacenamiento de alimentos. Normalmente la capacidad productiva interna es la principal fuente de provisión de alimentos.

Por otro lado, el comercio permite aprovechar las complementariedades y las ventajas comparativas de cada país. Ambas fuentes conforman una disponibilidad alimentaria que proporciona alimentos suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de cada persona. ⁽²⁷⁾

Acceso

El acceso a los alimentos está relacionado con la forma en que las personas pueden obtener física y económicamente los alimentos, ya sea a través de los ingresos del trabajo, producción autoconsumida o mediante el apoyo de políticas públicas como programas de condicionadas, asistencia alimentaria y alimentación escolar.

En América Latina y el Caribe, el ciclo económico ha estado estrechamente vinculado con los cambios en los indicadores sociales. Por ello, es una de las variables más relevantes para la seguridad alimentaria, pues afecta un conjunto de aspectos que impactan directamente las posibilidades de acceder a los alimentos por parte de las personas y hogares, tales como, el mercado laboral y, en consecuencia, el nivel y estabilidad de los ingresos, y la tasa de inflación particularmente la de alimentos, entre otros. ⁽²⁷⁾

Utilización

La utilización de los alimentos refleja el resultado de la calidad, cantidad y transformación de los alimentos consumidos y su absorción biológica e incorporación de los nutrientes, reflejándose en la salud de las personas. Es decir, puede traer como consecuencia una vida sana y activa, o el padecimiento de enfermedades o de alguna de las formas de malnutrición. ⁽²⁷⁾

Estabilidad

La estabilidad es la garantía de disponibilidad, acceso y utilización de los alimentos para las personas y los hogares durante todos los días del año. Significa, por ejemplo, que la estacionalidad de la producción no debe afectar la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos. Para fomentar la estabilidad es necesaria, la resiliencia, la adaptación y la prevención al cambio climático y el desarrollo de sistemas alimentarios sostenibles. Además, la estabilidad política y económica son fundamentales para proporcionar

alimentos de calidad y accesibles que garanticen la seguridad alimentaria y la nutrición de las personas. ⁽²⁷⁾

1.2.3. Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2015-2021.

El presente Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, se sostiene en la visión y los objetivos planteados en la ENSAN.

Asimismo, contiene las estrategias y líneas de acción que guiarán la intervención del Estado con el propósito de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población peruana hacia el año 2021 a través de la implementación de un conjunto de acciones en el marco de las cinco dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional: disponibilidad, acceso, utilización, estabilidad e institucionalidad. ⁽²⁸⁾

La visión al 2021 es que: “La población peruana satisface en todo momento sus necesidades alimenticias y nutricionales mediante el acceso y consumo de alimentos inocuos y nutritivos.” ⁽²⁸⁾

El objetivo del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Garantizar que la población logre satisfacer, en todo momento, sus requerimientos nutricionales. ⁽²⁸⁾

Los objetivos específicos del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional son:

- Garantizar la disponibilidad en cantidades suficientes de alimentos de origen agropecuario e hidrobiológico, inocuos y nutritivos, con un nivel de producción adecuado.
- Asegurar el acceso a alimentos inocuos y nutritivos para toda la población, preferentemente la más vulnerable.

- Asegurar el consumo adecuado de alimentos inocuos y nutritivos respetando los hábitos alimenticios y la interculturalidad de cada departamento.
- Garantizar medidas de adaptación a manifestaciones del cambio climático y prevención y contingencias frente a eventos como plagas y enfermedades, factores de mercado, situaciones de conflicto y otros que pudieran generar crisis de inseguridad alimentaria.
- Implementar un marco institucional y programático sobre seguridad alimentaria y nutricional en los tres niveles de gobierno. ⁽²⁸⁾

1.2.4. Inseguridad Alimentaria y Nutricional.

Una persona padece inseguridad alimentaria cuando carece de acceso regular a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y para llevar una vida activa y saludable.

Esto puede deberse a la falta de disponibilidad de alimentos y/o a la falta de recursos para obtenerlos. La inseguridad alimentaria puede experimentarse a diferentes niveles de severidad. ⁽²⁹⁾

La seguridad alimentaria baja ocurre cuando los individuos experimentan una reducción de la calidad, variedad o deseabilidad de los alimentos, y a veces una reducción de la ingesta de alimentos. La seguridad alimentaria muy baja describe patrones alimentarios alterados y reducción en la ingesta debido a insuficiencia de recursos. ⁽³⁰⁾

Gráfico N° 1. Inseguridad Alimentaria según FAO-FIDA (2018)



Fuente: FAO-FIDA (2018) ⁽³¹⁾

Duración de la inseguridad alimentaria

Los analistas de la seguridad alimentaria han encontrado que es útil definir dos categorías generales de inseguridad alimentaria: ⁽³²⁾

Tabla N° 1. Categorías generales de la inseguridad alimentaria.

	INSEGURIDAD ALIMENTARIA CRÓNICA	INSEGURIDAD ALIMENTARIA TRANSITORIA
se da a..	largo plazo o de forma persistente.	corto plazo y es de carácter temporal.
ocurre cuando...	las personas no tienen capacidad para satisfacer sus necesidades alimentarias mínimas durante un período prolongado.	hay una caída repentina de la capacidad de producir o acceder a una cantidad de alimentos suficiente para mantener un buen estado nutricional.
es el resultado de...	largos períodos de pobreza, la falta de activos y de acceso a recursos productivos o financieros.	choques y fluctuaciones a corto plazo en la disponibilidad y el acceso de los alimentos, incluidos factores tales como las variaciones de año a año en la producción de alimentos a nivel nacional, los precios de los alimentos y los ingresos a nivel del hogar.
puede superarse con...	medidas de desarrollo normales a largo plazo, iguales a las que se aplican para abordar la pobreza; ejemplos de esas medidas son la educación o el acceso a recursos productivos, como el crédito. Por otra parte, pueden requerir un acceso más directo a los alimentos para aumentar su capacidad productiva.	El carácter impredecible de esta inseguridad dificulta la planificación y la programación, y exige capacidades y tipos de intervención diferentes, incluidas una capacidad de alerta temprana y programas de protección social.

Fuente: FAO (2011) ⁽³²⁾

1.2.5. Métodos para la medición de la inseguridad alimentaria.

En el año 2002 se llevó a cabo en Roma el Simposio científico internacional “Medición y Evaluación de la Carencia de Alimentos y la Desnutrición”, con la idea de “reunir a quienes se ocupan desde un punto de vista científico de las metodologías para medir el hambre y de las aplicaciones de esas metodologías”, para apoyar el mandato de la FAO de evaluar los avances en la consecución de las metas trazadas por la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996. ⁽³³⁾

En el ámbito del simposio internacional se discutieron diversos métodos de medición de la inseguridad alimentaria, destacándose los siguientes: 1) metodología de la FAO para estimar la prevalencia de la subnutrición con base en las hojas de balance de alimentos; 2) encuestas sobre ingresos y gastos de los hogares; 3) encuestas de ingesta individual de alimentos; 4) estado nutricional en base a datos antropométricos; y 5) métodos para medir la percepción de inseguridad alimentaria de los hogares (también conocidos como “escalas basadas en la experiencia de los hogares”). ⁽³³⁾

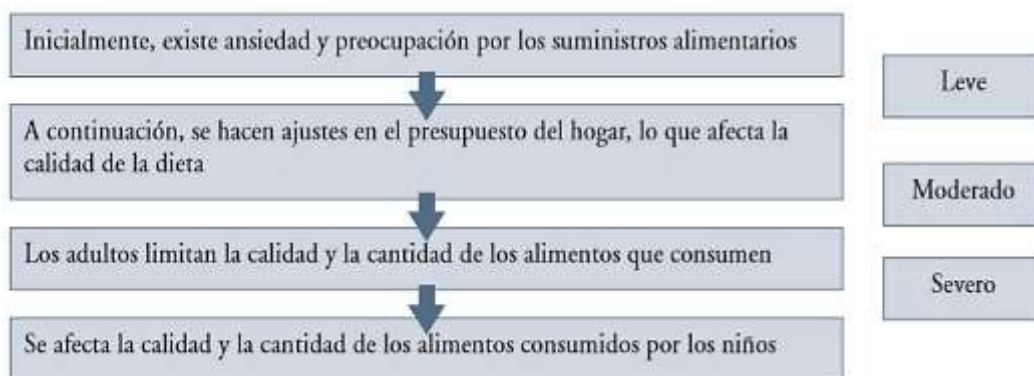
Métodos para medir la inseguridad alimentaria en la experiencia de los hogares

En la definición de seguridad alimentaria que incluye el acceso permanente a la cantidad adecuada de alimentos inocuos, nutritivos y culturalmente aceptables para llevar una vida activa y saludable, se ha buscado desarrollar una metodología que evalúe la experiencia al interior de los hogares y que incluya componentes asociados a: 1) suficiente cantidad de alimentos; 2) calidad adecuada de los alimentos; 3) seguridad y predictibilidad en la adquisición de alimentos; 4) aceptabilidad social en la manera de adquirir los alimentos; y 5) seguridad alimentaria en el hogar para adultos y niños. ⁽³⁴⁾

Estas son las dimensiones subyacentes a la medición de la inseguridad alimentaria con base en la experiencia de los hogares. En ese sentido, se plantea que los hogares experimentan en un comienzo incertidumbre y preocupación en torno al acceso a los alimentos. Más adelante, dadas las restricciones que experimentan, hacen ajustes en la calidad de los alimentos que consumen, dejando de ingerir una dieta variada.

Al profundizarse la severidad de la inseguridad alimentaria, los ajustes afectan la cantidad de alimentos consumidos, se disminuyen las raciones que se ingieren o se saltan tiempos de comida. Más adelante el hambre se hace presente sin que se pueda satisfacer. Finalmente, cada una de estas dimensiones llega a afectar a los niños, después de que ha afectado a los adultos. Es decir, los niños son protegidos, especialmente por la madre, hasta que la inseguridad alimentaria alcanza niveles de severidad que hacen imposible protegerlos. ⁽³⁴⁾

Gráfico N° 2. Marco conceptual de la inseguridad alimentaria en el hogar



Fuente: FAO (2012) ⁽³⁴⁾

1.2.6. Seguridad Alimentaria bajo la pandemia del COVID-19.

La pandemia causada por el nuevo coronavirus repercutirá en un incremento del hambre y la pobreza en los países de la CELAC. La región ha visto empeorar su seguridad alimentaria en los últimos años, y esta nueva crisis podrá impactar de forma especialmente severa a ciertos países y territorios. ⁽³⁵⁾

El principal riesgo a corto plazo es no poder garantizar el acceso a los alimentos de la población que está cumpliendo con las medidas de seguridad sanitaria para evitar la propagación del virus, y que en muchos casos ha perdido su principal fuente de ingresos. Complementariamente, resulta esencialmente mantener vivo el sistema alimentario con el objetivo de asegurar el suministro a los consumidores. ⁽³⁵⁾

La FAO pone a disposición de los países de la CELAC su capacidad técnica y experiencia global relacionada con la identificación de instrumentos de políticas que están mostrando éxitos en la sostenibilidad de los sistemas y la seguridad alimentarios en el contexto del COVID-19. ⁽³⁵⁾

COVID-19, una amenaza para la seguridad alimentaria de América Latina y el Caribe

Es altamente probable que la pandemia de COVID-19 repercutirá en un incremento del hambre y la pobreza en América Latina y el Caribe. Las medidas sanitarias implementadas para evitar la propagación del virus tienen consecuencias directas sobre el funcionamiento de los sistemas alimentarios. En consecuencia, se requieren acciones complementarias para que la lucha contra la pandemia no comprometa la seguridad alimentaria de la población. ⁽³⁵⁾

Una persona sufre inseguridad alimentaria cuando no tiene acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. ⁽³⁵⁾ La expresión más extrema de inseguridad alimentaria es el hambre, que en el año 2018 afectaba a 42,5 millones de personas en la región. Si a esa población añadimos las personas que enfrentan incertidumbres en cuanto a su capacidad para obtener alimentos, y por lo tanto se han visto obligadas a reducir la calidad o cantidad

de los alimentos que consumen, entonces encontramos que, en ese mismo año, 188 millones de personas, es decir, una tercera parte de la población de América Latina y el Caribe, se encontraba en inseguridad alimentaria antes de la aparición de los primeros casos de COVID-19.⁽³⁵⁾

Recomendaciones a la CELAC

Las decisiones de política que tomen los países serán las que definirán el impacto agregado de la pandemia en la seguridad alimentaria de la región. Sin desmedro de ello, la CELAC puede contribuir adoptando las siguientes decisiones:⁽³⁵⁾

- 1) Reactivar el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Plan SAN CELAC), adoptado en la III Cumbre de Presidentes, adecuándolo al nuevo contexto creado por la pandemia de COVID-19. Dicho Plan SAN CELAC 2, debería poner el acento en apoyar a los países miembros a acelerar la recuperación y el pleno funcionamiento de sus agriculturas y sus sistemas alimentarios, para no perder la ambición de lograr la meta del ODS-2 de Hambre Cero en 2030.
- 2) Recomendar a los países que aún no lo han hecho, que consideren declarar la alimentación y la agricultura como actividades esenciales o estratégicas, de interés público, en el marco de la pandemia de COVID-19.
- 3) Fortalecer, en el marco de los organismos de integración comercial existentes, acuerdos políticos para impulsar el comercio de alimentos entre los países de la CELAC, facilitando el intercambio de información y la cooperación técnica, entre otras acciones.⁽³⁵⁾

1.2.7. Estado Nutricional.

El estado nutricional es el equilibrio entre la ingesta alimentaria y las necesidades de energía y nutriente, expresado en la salud de una persona. El estado nutricional es una de las medidas objetivas de la salud y bienestar de la persona.

El grado y gravedad de los diversos tipos de malnutrición son también indicadores exactos y útiles del nivel general de desarrollo humano y social puesto que reflejan la interacción de factores socioeconómicos, políticos y ambientales.⁽³⁶⁾

Evaluación del Estado Nutricional

Las dietas inadecuadas por deficiencia o por exceso son factores de riesgo de muchas de las EC más prevalentes en la actualidad. Una alimentación suficiente y equilibrada proporciona la energía y los nutrientes que el ser humano necesita en cada etapa de la vida. El estado nutricional refleja si la ingestión, la absorción y la utilización de los nutrientes son adecuadas para satisfacer las necesidades del organismo. La deficiencia prolongada de un nutriente reduce su contenido en los tejidos y órganos, lo que afecta a las funciones bioquímicas en las que participa, pudiendo producir a largo plazo enfermedades carenciales (anemia, osteoporosis, etc.).⁽³⁷⁾

La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo o, lo que es lo mismo, detectar situaciones de deficiencia o de exceso.⁽³⁷⁾

Dicha evaluación debe ser un componente del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente. Es necesaria para proponer las actuaciones dietético-nutricionales adecuadas en la prevención de trastornos en personas sanas y su corrección en las enfermas.⁽³⁷⁾

1.2.8. Métodos de Evaluación del Estado Nutricional.

Métodos de evaluación del estado nutricional

El estado nutricional es el reflejo del estado de salud. Aun cuando no existe el estándar de oro en este sentido, las más utilizadas son la evaluación global objetiva (VGO) y la valoración global subjetiva (VGS).⁽³⁸⁾

1. Evaluación Objetiva: indicada en pacientes desnutridos/en riesgo de desnutrición y cuando sea necesario para hacer indicaciones nutricionales precisas con el objeto de corregir alteraciones originadas por la malnutrición. Se lleva a cabo mediante la aplicación de indicadores de manejo simple y práctico, i.e. clínicos, antropométricos, dietéticos, socioeconómicos.⁽³⁸⁾

2. Evaluación Global Subjetiva: integra al diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, y capacidad funcional.

El valor de este método de evaluación es identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición; se le han realizado modificaciones de acuerdo con las entidades clínicas adaptándolas a pacientes oncológicos y renales. La Evaluación global subjetiva presenta una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83%. No es útil en pacientes con malnutrición por exceso.⁽³⁸⁾

Medidas que nos orienten respecto de nuestro estado nutricional.

Determinación de la ingestión de nutrientes

Consiste en cuantificar los nutrientes ingeridos durante un período que permita suponer que responde a la dieta habitual. Cuando estas cantidades de nutrientes se comparan con tablas de ingestiones recomendadas, podemos tener una idea de qué es lo que tomamos en exceso y qué en

defecto. Como en la mayoría de los casos es imposible hacer un análisis químico de los nutrientes ingeridos en nuestros alimentos, lo más habitual es recurrir a las encuestas dietéticas. En estas encuestas se valoran los alimentos ingeridos durante un cierto número de días, mediante tablas de composición de alimentos, y se cuantifican los nutrientes. ⁽³⁹⁾

Finalmente, se comparan nuestras ingestiones con tablas de ingestiones recomendadas y con los objetivos nutricionales. ⁽³⁹⁾

Básicamente, existen 3 ámbitos distintos de encuestas: a escala nacional (hojas de balance alimentario que permiten conocer la disponibilidad de alimentos de un país), a escala familiar (encuestas de presupuesto familiar, inventarios dietéticos familiares) y a escala individual, que es lo que genéricamente se conoce como encuestas nutricionales. A su vez, de éstas también hay muchos tipos: el diario dietético, el recordatorio de 24 horas o el cuestionario de frecuencia. ⁽³⁹⁾

Tabla N° 2. Métodos de evaluación del consumo de alimentos y nutrientes. ⁽⁴⁰⁾

Métodos	Descripción	Ventajas	Inconvenientes
Recordatorio de 24 horas	Método que permite registrar el consumo de alimentos en el día anterior a la entrevista.	Instrumento sencillo y rápido, que permite recoger información dietética de un gran número de personas y con un coste relativamente bajo.	Información corresponde a un solo día, por lo que no se puede extrapolar a un consumo habitual, a no ser que se realice de forma repetida, debido a las variaciones individuales en la ingesta de nutrientes que ocurren en la población
Diario o registro dietético	Consiste en la recogida de alimentos de forma sistemática durante varios días.	Ausencia de sesgo de memoria y la cuantificación correcta del tamaño de las porciones.	Instrumento pensado para grupos pequeños de participantes, dispuestos a ser entrenados y comprometidos a realizar la medición de su dieta durante varios días.
Frecuencia de consumo de alimentos	Recoge información sobre la dieta habitual mantenida durante el año anterior a la entrevista	Facilidad de uso, ya que no requiere encuestadores ni entrenamiento previo de los encuestados, y la estandarización de las respuestas conseguidas, que permite una codificación sencilla	Error de medida, sobre todo para algunos micronutrientes, el sesgo de memoria que se puede producir al intentar cuantificar el consumo durante el año anterior, la especificidad de su uso y la falta de información sobre el momento de la ingesta de los alimentos y el método de preparación utilizado.
Historia dietética	Recogida estandarizada de todos los alimentos consumidos de forma habitual al menos una vez cada quince días durante el año anterior a la entrevista.	Residen en la cuantificación más precisa que se hace de los alimentos consumidos, hábitos alimentarios e ingesta dietética real después del cocinado de los alimentos.	Necesidad de entrevistadores entrenados, el tiempo requerido para completar toda la información, y los potenciales sesgos de memoria.

Fuente: ENS (Escuela Nacional de Sanidad) 2017. ⁽⁴⁰⁾

Determinación de la estructura y composición corporal

Medidas antropométricas

Se basan en tomar medidas de longitud y peso sobre el propio cuerpo y compararlas con valores de referencia en función de nuestra edad, sexo y estado fisiopatológico. Está claro que la talla, la constitución y la composición corporal están ligadas a factores genéticos, pero también son muy importantes los factores ambientales, entre ellos la alimentación, en especial en las fases de crecimiento rápido. Las medidas antropométricas son técnicas no invasivas, rápidas, sencillas y económicas. Sin embargo, para evitar errores, deben ser tomadas por una persona experta y deben ser comparadas con tablas de referencia apropiadas. ⁽³⁹⁾

Talla y peso.

Los parámetros más habituales y que siempre se miden son la talla (T) y el peso (P). Existen numerosas tablas que nos indican el peso deseable en función de nuestra talla y sexo. Las más utilizadas son las de la Metropolitan Life Insurance (1983) en las que se expresa el peso que previsiblemente favorecerá una mayor longevidad del individuo en función de su talla, sexo y complexión. La complexión ósea se suele determinar fácilmente midiendo la circunferencia de la muñeca con una cinta métrica inelástica, o también midiendo con un nonio o pie de rey la envergadura del codo. Comparando estas medidas con sus tablas respectivas podremos saber si nuestra complexión es pequeña, mediana o grande. Cabe destacar que, a pesar de lo que mucha gente cree, para una misma talla y teniendo en cuenta la complexión existe un margen bastante amplio de pesos aceptables y no un único valor de «peso ideal» A partir de estas medidas generales de peso y talla se pueden calcular muchos índices, entre los que destaca el índice de masa corporal (IMC) (Body mass index, BMI) o índice de Quetelet. También con estas medidas podemos hacer una estimación del metabolismo basal (MB) o gasto energético basal que es el gasto energético que tendríamos en reposo, es decir, el destinado al mantenimiento de las funciones vitales. ⁽³⁹⁾

La circunferencia de la cintura o perímetro abdominal es útil para conocer la distribución de la grasa corporal y determinar el tipo de obesidad (abdominal o central). Se mide con el sujeto de pie, al final de una espiración normal, en el punto medio entre las crestas ilíacas y el reborde costal. ⁽³⁷⁾

El valor de la circunferencia de la cintura se incluye en la definición del síndrome metabólico como “conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDLc), la elevación

de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la PA y la hiperglucemia”⁽⁴¹⁾

1.2.9. Nutrición en los diferentes ciclos de la vida.

En el Adulto

La edad adulta también se conoce como edad madura. La madurez es el estado de crecimiento y desarrollo completo que por lo general se produce en el periodo de la vida comprendido entre la adolescencia y la senectud e incluye el periodo en el cual el organismo es capaz de reproducirse.⁽⁴²⁾

En esta etapa las necesidades nutricionales de las personas son estables, primordialmente porque se ha detenido el crecimiento.⁽⁴²⁾

En esta edad, una alimentación adecuada es necesaria para conservar la buena salud, lograr productividad en el trabajo y retardar o disminuir el deterioro conforme avanza la edad. Es importante también para prepararse para vivir la etapa del adulto mayor de forma plena.⁽⁴²⁾

La dieta debe ser de tal manera que permita el mantenimiento del peso corporal a las personas con peso adecuado o que se ajuste a los casos particulares en los que se requiera aumentar o disminuir el peso.⁽⁴²⁾

ALIMENTACIÓN DEL ADULTO/A SANO

Mantener un Peso de Acuerdo a la Talla o Estatura

El peso es la medida corporal que refleja más significativamente el consumo de alimentos. Tanto el exceso como la deficiencia en el peso perjudican la salud. Esto se puede lograr equilibrando el consumo de energía con la actividad física para alcanzar o mantener un peso saludable.⁽⁴²⁾

Comer alimentos variados

Una alimentación que incluya frutas, verduras, cereales, leguminosas, carnes, leche y derivados, en cantidades adecuadas a cada individuo, y en forma combinada en cada tiempo de comida, asegura al organismo las diferentes sustancias nutritivas que requiere; sin ser necesario tomar complementos vitamínicos o minerales. ⁽⁴²⁾

Aumentar el consumo de frutas y verduras

Prefiera aquellas verduras y frutas que se pueden consumir crudas, que sean de color verde y amarillo intenso, frutas cítricas, pues aportan fibra y vitaminas (en particular antioxidantes como los betacarotenos y vitamina C), minerales y otras sustancias (fitoquímicos). Se recomienda consumir de 5 a 7 porciones al día. ⁽⁴²⁾

Comer grasa en cantidad moderada

Utilizar aceite vegetal (maíz, canola, cártamo, y oliva) en la preparación de alimentos. En caso de sobrepeso u obesidad también se debe reducir el consumo de estos. Seleccionar carnes con poca grasa. „ No comer chicharrones, crema, carnes grasosas, pollo con piel, tocino y embutidos o hacerlo con moderación. „ Limitar el consumo de alimentos fritos. „ Limitar el consumo de grasas vegetales que son sólidas a temperatura ambiente como la manteca vegetal y margarinas por su elevado contenido de ácidos grasos que son nocivos para la salud. ⁽⁴²⁾

Comer alimentos con fibra

Nuestro organismo no es capaz de digerir la fibra, pero es necesaria en el proceso de digestión, porque favorece los movimientos del intestino y da volumen a las heces. Todo esto evita el estreñimiento y otros padecimientos. Elegir los productos elaborados con cereales enteros (es decir, con cascarilla) sobre los pulidos, por su mayor contenido de fibra. Por ejemplo, las tortillas

de maíz nixtamalizado y los panes integrales. „ Consumir leguminosas (frijol, lenteja, garbanzo, habas) todos los días por su bajo contenido de grasa y su apreciable contenido de fibra y proteínas. ⁽⁴²⁾

Mantener un consumo adecuado de calcio

Para prevenir la osteoporosis y reducir el riesgo de hipertensión. Preferir las fuentes de calcio bajas en grasas, como los productos lácteos descremados o semi descremados, las tortillas de maíz cocido con cal, las sardinas, así como las verduras de hojas verdes, y acompañarlas de fuentes de vitamina C (limón, tomate, entre otros). ⁽⁴²⁾

Prefiera consumir más pescado con relación a carne de aves y carnes rojas por su alto contenido en ácidos grasos buenos: omega 3 y 6. ⁽⁴²⁾

Indicadores Nutricionales en Adultos

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos. ⁽⁴³⁾

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura(m}^2\text{)}$$

La evidencia muestra que un IMC alto (nivel de obesidad) está asociado con diabetes tipo 2 y con alto riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. ⁽⁴³⁾

IMC (Clasificación de la OMS) ⁽⁴³⁾

- ✓ IMC < 18.5 = Bajo peso
- ✓ IMC 18.5-24.9 = Peso normal
- ✓ IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso
- ✓ IMC >30.0 = Obesidad
- ✓ IMC >30.0 -34.9 = Obesidad(grado1)
- ✓ IMC >35.0 -39.9 = Obesidad(grado2)
- ✓ IMC >40.0 = Obesidad(grado3)

Una adecuada valoración del estado nutricional resulta fundamental para la detección precoz de la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de los posibles déficit nutricionales, diseñar el plan de actuación para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales. ⁽⁴⁴⁾

En el Adulto Mayor

Un estado de salud óptimo es un componente crítico de buena salud a cualquier edad, pero necesita una atención particular en el grupo de adultos mayores. Sin embargo, pocos programas de valoración geriátrica se han centrado en la evaluación nutricional como un componente importante de la valoración geriátrica integral. ⁽⁴⁵⁾

Esto ocurre a pesar de que existe literatura suficiente demostrando que la malnutrición calórica-proteica es un problema común en el adulto mayor. ⁽⁴⁵⁾

La presencia de malnutrición proteico-calórica afecta adversamente el pronóstico de los pacientes en la comunidad, en los hospitalizados, y en las unidades de valoración geriátrica. No sólo la malnutrición proteico calórica es un problema frecuente, sino que un soporte nutricional agresivo ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes desnutridos recuperando de una fractura femoral. ⁽⁴⁵⁾

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros. ⁽⁴⁶⁾

La valoración del estado nutricional en el adulto mayor, así como la determinación de la malnutrición en sí, no posee estándares diagnósticos, lo que hace variable la información sobre su prevalencia ya que dependerá del método utilizado para la evaluación, así como la población referida. En relación con el sobrepeso y la obesidad también existe, por las mismas razones, variabilidad en la data. Existen varios instrumentos para el despistaje de riesgo nutricional y de desnutrición, siendo el “Mini Nutritional Assessment” (MNA) el más utilizado y validado en diversas lenguas, que considera parámetros antropométricos, preguntas de autoevaluación y una encuesta nutricional. ⁽⁴⁶⁾

El índice de masa corporal (IMC) determina desnutrición, sobrepeso y obesidad. La medida de la circunferencia abdominal permite valorar los casos de sobrepeso y obesidad. ⁽⁴⁶⁾

Alimentación del adulto mayor. Pirámide alimentaria y consumo. ⁽⁴⁷⁾

Nutrientes	Alimentos	Recomendaciones de consumo
Hidratos de Carbono	Pan, cereales, papas, leguminosas frescas.	4 a 7 porciones diarias: 1 a 1 ½ tazas de arroz, fideos, sémola o papas cocidos (en sopas, guisos o postres)
Vitaminas, minerales y fibra	Vegetales y frutas	Mínimo 2 platos de verduras crudas o cocidas y 2 a 3 frutas o jugos de frutas naturales diariamente.
Proteínas de buena calidad y calcio	Alimentos lácteos	Se recomienda ingerir 2 a 3 porciones diarias de leche, yogurt, quesillo o queso al día.
Proteínas de buena calidad, hierro y zinc	Carnes, legumbres y huevo	Consumir a diario una presa de pescado fresco o en conserva, o pollo o pavo o una taza de legumbres cocida o un huevo. Las carnes rojas (vacuno, cerdo y cordero), las cecinas, embutidos, las vísceras (hígado, sesos) y la yema de huevo contienen grasas saturadas y colesterol; por lo que es conveniente comerlas en ocasiones especiales y en pequeña cantidad.
Aceites y grasas	Aceites, grasas y Semillas	Seis cucharaditas de aceite vegetal al día
Hidratos de carbono	Azúcares y derivados	Se recomienda consumirla en cantidad moderada, disminuyendo el consumo de productos de pastelería y otros alimentos con alto contenido de azúcar. Se recomienda consumir de 3 a 4 cucharaditas diarias de azúcar

Fuente: SERNAC, Departamento de Estudios, 2004.

1.3. Definición de Términos Básicos.

- **Adulta/Adulto:** es la persona cuya edad está comprendida entre los 30 y 59 años 11 meses y 29 días. ⁽⁴⁸⁾
- **Alimentación:** es un proceso voluntario y consciente, suele estar condicionada por factores externos tales como hábitos y creencias culturales y religiosas, accesibilidad a determinados nutrientes, influencia de la publicidad, recursos económicos, etc. Es educable, por eso es importante que intervenga primero la familia y después la escuela en la construcción de conocimientos y actitudes que ayuden a los niños a tomar decisiones sobre su propia alimentación. ⁽⁴⁹⁾
- **Antropometría:** es la medición científica del cuerpo humano, sus diversos componentes y del esqueleto. La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. ⁽⁵⁰⁾
- **Composición corporal:** es aquella rama de la biología humana que se ocupa de la cuantificación in vivo de los componentes corporales, las relaciones cuantitativas entre los componentes y los cambios cuantitativos en los mismos relacionados con factores influyentes. ⁽⁵¹⁾
- **Beneficencia:** es un acto realizado por el bien de otros, consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. ⁽⁵²⁾
- **Centro del adulto mayor:** son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. ⁽⁵³⁾
- **Coronavirus (CoV):** son una amplia familia de virus, existen cuatro coronavirus humanos (HCoV) endémicos a nivel global, diferentes al virus

(SARS-CoV-2) circulante en la actualidad. Este virus puede causar presentaciones clínicas de un amplio grado de gravedad, desde casos que no presentan síntomas otros que presentan manifestaciones de resfriado común hasta cuadros más graves, como el síndrome respiratorio agudo severo, e inclusive la muerte. ⁽⁵⁴⁾

- **COVID-19:** es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2, también conocido como virus COVID-19), que provoca una mayor mortalidad en mayores de 60 años y en personas con afecciones previas como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes o cáncer. ⁽⁵⁵⁾
- **Desnutrición:** es el resultado fisiopatológico de una ingesta insuficiente de alimentos para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes, también puede responder a procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a defectos metabólicos en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos. Conlleva un trastorno de la composición corporal, consecutivo al aporte insuficiente respecto a las necesidades del organismo, que se traduce frecuentemente por disminución del compartimento graso y muscular y que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a la enfermedad y el tratamiento. Se detecta clínicamente por signos y síntomas físicos, medidas antropométricas y pruebas bioquímicas. ⁽⁵⁶⁾
- **Estado nutricional:** es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida. ⁽⁴⁸⁾
- **Factores Sociodemográficos:** pueden definirse como divisiones: sexo, estado civil, edad, ocupación, religión, índice económico, nivel de posición y origen, etc. Permitiendo segmentar un determinado espacio geográfico, interrelacionando características que se den como especificaciones personales y hacen posible llegar a conclusiones fructuosas en cualquier

estudio que tenga como objetivo principal llegar a la población, personas, etc.

(57)

- **Hábitos:** es un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria. Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar. ⁽³⁶⁾
- **Hábitos Alimentarios:** el comportamiento más o menos consciente colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo, que conduce a la gente a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influido por múltiples factores, sociales, económicos, culturales. ⁽³⁶⁾
- **Índice de masa corporal (IMC):** es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$. ⁽⁴⁸⁾
- **Inseguridad alimentaria:** una persona padece inseguridad alimentaria cuando carece de acceso regular a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y para llevar una vida activa y saludable. ⁽²⁹⁾
- **Malnutrición:** es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros. ⁽⁴⁸⁾

- **Obesidad:** es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un IMC mayor o igual a 30. ⁽⁴⁸⁾
- **Persona adulta mayor (PAM):** es la población comprendida entre los 60 a más años de edad. ⁽⁵⁸⁾
- **Seguridad alimentaria:** existe seguridad alimentaria cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana. ⁽²⁵⁾
- **Sobrepeso:** es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas es determinado por un IMC mayor o igual de 25 y menor de 30. ⁽⁴⁸⁾

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la Hipótesis.

- ✓ Existe relación entre la Seguridad alimentaria, hábitos alimentarios, factores sociodemográficos con el estado nutricional; en tiempos de Covid-19; en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, Iquitos, 2020.

2.2. Variables y su Operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de categoría	Medio de verificación
Variables Independiente							
ESTADO NUTRICIONAL	Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida	Cualitativa	Antropometría	Ordinal	Delgadez Normal	< 18,5 18,5 – 24,9	Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os – adulto mayor y adolescentes
			IMC/Adulto		Sobrepeso Obesidad 1 Obesidad 2 Obesidad 3	25,0 – 29,9 30,0 – 34,5 35,0 – 39,9 > 40,0	
		Cualitativa	IMC/Adulto Mayor	Ordinal	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	≤ 23,0 > 23 – < 28 ≥ 28 – < 32 ≥ 32	
		Cualitativa	Perímetro abdominal	Ordinal	Bajo Alto Muy alto	Varón < 94 cm ≥ 94 cm ≥ 102 cm Mujer < 80 cm ≥ 80 cm ≥ 88 cm	Ficha de evaluación nutricional (Datos antropométricos)
Variables Dependientes							
SEGURIDAD ALIMENTARIA	Es cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana.	Cualitativa	Nivel de Seguridad	Ordinal	Seguridad alimentaria Inseguridad alimentaria leve Inseguridad alimentaria moderada Inseguridad alimentaria severa	0 puntos 1 a 3 puntos 4 a 6 Puntos 7 a 9 Puntos	Ficha validada sobre Seguridad alimentaria del encuestado
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Prácticas de consumo de alimentos por medio de las cuales las personas seleccionan su alimentación en	Cualitativa	Clasificación de hábitos alimentarios según categoría	Nominal	Hábitos alimentarios saludables: Buena calidad - alimentación Mala calidad - alimentación	52-65 13-51	Encuesta validada sobre frecuencia de consumo de alimentos, distribuidas en las 2

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de categoría	Medio de verificación
	función de mantener una buena salud.				Hábitos no saludables: Buena calidad - alimentación Mala calidad - alimentación	31-38 8-30	subescalas, y cada subescala clasificadas (cualitativa)
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIAL	Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo para así favorecer un estilo de vida saludable. Esto se hace para cada miembro de la población	Cuantitativo	Clasificación de factores sociodemográficos según categoría – características personales	Discreto	Grupo de edad: Adulto mayor	60-69 años 70-74 años 75-80 años 80 años y mas	Encuesta validada sobre factores sociodemográfico y psicosociales
					Adulto	15-18 años 19-25 años 26-39 años 40-55 años 56 años y mas	
		Cualitativo	Clasificación de factores sociodemográficos según categoría – características personales	Nominal	Nivel de educación	Sin educación Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa	
		Cualitativo		Nominal	Estado conyugal	Casado Viudo Conviviente Divorciado Separado Soltero	
Cualitativo		Nominal	Ocupación laboral – presente o pasada	Ninguna Profesor Obrero Vendedor(a) de abarrotes Empleado publico Vigilante de seguridad Otro.....			

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de categoría	Medio de verificación
		Cualitativo		Nominal	Condición de afiliación/ tipo de seguro	ES Salud SIS No está afiliado Otro.....	Encuesta validada sobre factores sociodemográfico y psicosociales
		Cualitativo		Discreto	Número de hijos	Sin hijos Con un hijo Más de un hijo	
		Cualitativo		Nominal	Recibe ingresos económicos	Su familia Sus ahorros Su jubilación ¿Cuánto? __ Programas sociales (pensión 65) Ninguno	
		Cuantitativo	Clasificación de ingresos económicos según categorías	Continuo	Gasto diario en alimentos	No gasta Menos de s/3 s/3 a s/15 s/16 a s/30 Más de s/30	
				Discreto	Ingresos económicos familiar mensual	Menos de s/500 Entre s/500 a s/1000 Entre s/1001 a s/2000 Más de s/2000	
		Cualitativa	Clasificación de características psicosociales según categoría Adultos mayores Adultos	Nominal	¿Cuántas veces al mes que ve a sus familiares?	Nunca Casi nunca Unas veces sí y otras no Casi siempre Siempre	
		Cualitativa		Nominal	Actualmente ¿Cuántas personas, en promedio, conoce y frecuenta?	Ninguno Algunos Casi todos	

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de categoría	Medio de verificación
						Todos	
		Cualitativa		Nominal	Realiza actividades físicas o laborales con sus amigos (jardinería, caminata, mandados, paseos al aire libre, juegos al azar, etc.)	Nunca Casi nunca Unas veces sí y otras no Casi siempre Siempre	
		Cualitativa		Nominal	¿Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo?	Nunca Raras veces Casi a diario A diario	
		Cualitativa		Nominal	Frecuencia con la que un familiar te han hablado o advertido sobre el peligro que hay si haces algunas de las siguientes cosas -Fumar -Tomar alcohol -Consumir drogas -Andar con personas que se drogan	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	
		Cualitativa		Nominal	Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades -Practicar un deporte o participar en competiciones -Jugar en casa con juegos de mesas -Leer libros, cuentos -Ver Tv -Pasear y hablar con los amigos	Nunca Rara vez Frecuentemente Casi a diario	Encuesta validada sobre factores sociodemográfico y psicosociales
		Cualitativa		Nominal	Razones por las que creen que la comunidad les va a ayudar a superar sus problemas	Cambiar mi actitud/ valores/ pensamiento	

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de categoría	Medio de verificación
						-Trabajar conmigo mismo y conocerme mejor -El programa ha tenido éxito con otras personas que yo conozco -Tengo fe en el programa y en los terapeutas -Me prepara para afrontar la realidad y ver otras opciones de la vida/ser una persona normal -Por obligación/ no tengo fe	
		Cualitativa		Nominal	Tiempo de abstinencia	Días Semanas Meses Años	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño.

3.1.1. Tipo de investigación.

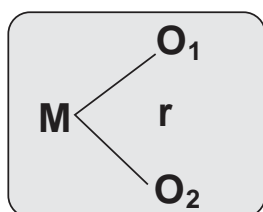
El presente trabajo de tesis tiene un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de tipo Descriptivo, Correlacional y toma de datos de corte transversal.

No experimental: Porque no se manipulan las variables, solo se las observa y analiza la realidad de la situación y en su contexto natural; para después describirlas.

Descriptivo Correlacional: Porque se relacionó las variables de estudio estado nutricional, Seguridad alimentaria, hábitos alimentarios y factores sociodemográficos y psicosocial, y luego la descripción correspondiente de lo observado de las dos instituciones de asistencia social Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

Corte transversal: Porque la recolección de datos se dio en un solo momento y en un tiempo único.

3.1.2. Diseño de investigación.



M : Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” – Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

O₁ : Estado Nutricional

O₂ : Seguridad alimentaria, Hábitos alimentarios y Factores sociodemográficos y psicosocial

r : Relación existente entre variables a estudiar

3.2. Diseño Muestral.

3.2.1. Población de estudio.

La población estuvo constituida por todos los adultos mayores, persona adulta y adolescentes de las instituciones de asistencia social (Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”-Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”).

3.2.2. Tamaño de la población de estudio.

La unidad de análisis fueron los adultos, adultos mayores y adolescentes, tanto varones como mujeres de las instituciones de asistencia social; Centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís” y Comunidad terapéutica “Talita Kumi”. La población fue del 100% de los albergados con las que actualmente cuentan el Centro Residencial del adulto mayor (43 personas) y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” (26 personas) en el año 2020 y con la debida autorización de la autoridad encargada. La muestra fue tomada de acuerdo a la edad de las personas que se encuentran albergadas en las instituciones de asistencia social.

3.2.3. Muestreo o selección de la muestra.

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico por conveniencia, que fueron las personas que cumplieron con el criterio de inclusión y exclusión. Teniendo una cantidad de 69 personas; adulto mayor (43), persona adulta y adolescente (26) utilizando criterios de inclusión-exclusión.

3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Adultos y Adultos Mayores entre 18 a 80 años a más albergados que se encontraron en el año 2020.

- Adultos y Adultos Mayores que presentaron alguna incapacidad física o presentaron supresión de algún miembro corporal.

Criterios de exclusión

- Adultos y Adultos Mayores que no aceptaron participar de manera voluntaria.
- Adultos que estuvieron en inserción de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” por motivo de integrar a la sociedad y disponibilidad de tiempo.
- Adultos Mayores que padecieron de alguna enfermedad crónica o COVID-19 que afecte su estado nutricional.
- Adultos y Adultos Mayores no deberían haber ingerido grandes cantidades de líquido por lo menos 30 minutos antes de la prueba.
- Pacientes menores de edad.

3.3. Procedimiento de la recolección de datos.

3.3.1. Procedimiento de la Recolección de la información.

El procedimiento de la recolección de la información se dio de la siguiente manera:

- Se solicitó permiso documentado al Gerente General de la Sociedad de Beneficencia de Iquitos con el fin de tener acceso a la encargada del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y al director encargado de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.
- Una vez obtenido el permiso se realizó las mediciones antropométricas de peso, talla, perímetro abdominal; así mismo se procedió a preparar los instrumentos de recolección de datos (Encuesta de Inseguridad Alimentaria, Ficha sociodemográfica y psicosocial; y Encuesta de Frecuencia de Consumo de Alimentos Cualitativo) para su aplicación en

los sujetos de estudios elegidos al azar; cumpliendo con los respectivos protocolos de bioseguridad para el cuidado del adulto y adulto mayor.

- Se visitó en las respectivas instituciones de asistencia social para el estudio y se inició la respectiva aplicación de los instrumentos previa lectura y firma del consentimiento informado.
- Una vez recolectado la información se procedió a la tabulación de los datos recogidos, para su respectivo análisis estadístico.

3.3.2. Técnica.

- La técnica para utilizar fue la encuesta, la cual permitió obtener información de los sujetos de estudio mediante la Ficha de factores sociodemográficos y psicosocial, la encuesta de inseguridad alimentaria y la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos.
- Evaluación Nutricional: se procedió a tomar medidas antropométricas de peso, talla, perímetro abdominal, perímetro braquial, perímetro de pantorrilla, altura de rodilla y pliegue cutáneo subescapular.

3.3.3. Materiales para la recolección de datos.

Estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC)

Antropometría:

- **Tallímetro y Antropómetro:** se utilizó un tallímetro de madera con tope móvil, teniendo como ayuda una cinta métrica de fibra de vidrio de 2 metros con precisión de 1 mm. Se utilizará un antropómetro de rodilla de huesos largos para estimación de la talla en casos especiales.
- **Balanza:** con capacidad de 0 a 180 kg, marca Henkel, con precisión de 0.1 kg.
- **Cinta métrica:** de material de fibra de metal, flexible de 2 metros y con precisión de 1 mm.

- **Calipper o Plicómetro:** instrumento que mediante una pinza atrapa la piel en distintas partes del cuerpo y con el que podemos medir su grosor en milímetros.
- Se utilizó una tabla de valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os, (Ministerio de Salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 1)
- Se utilizó guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, (Ministerio de salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 1)
- Se utilizó una tabla de valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Tabla de valoración nutricional según IMC adulto mayor, (Ministerio de Salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 2)
- Se utilizó una guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor, (Ministerio de salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 2)
- Se utilizó una tabla de valoración nutricional antropométrica. Tabla de valoración nutricional antropométrica – varones (5 a 17 años), (Ministerio de Salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 3)
- Se utilizó una guía técnica para la valoración nutricional antropométrica. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente, (Ministerio de salud: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) (ANEXO N° 3).

3.3.4. Instrumentos de recolección de datos.

- Se utilizó una **Ficha Nutricional** con los datos antropométricas de cada paciente, es decir; adulto y adulto mayor (ANEXO N° 4) - Para la recolección de datos se procedió a pesar, tallar y medir el perímetro abdominal. En los casos especiales, cuando no se pueda obtener directamente estas mediciones, se estimarán a través de fórmulas antropométricas a partir de estas mediciones:

Medición de altura de la rodilla: es la medición antropométrica realizada en la pierna de mejor condición de la persona adulta mayor, para estimar su talla cuando esta no se pueda medir con el tallímetro. Requiere de un antropómetro de rodilla para su medición. ⁽⁵⁹⁾

Medición del perímetro braquial: es la medición antropométrica de la circunferencia del punto medio entre la punta de la clavícula (acromion) y la del codo (olécranon). Su medición refleja de manera indirecta las reservas de masa muscular. ⁽⁵⁹⁾

Medición del perímetro de pantorrilla: es la medición antropométrica realizada alrededor de la parte más prominente de la pantorrilla. Es considerada como la medida más sensible de la masa muscular en las personas de edad avanzada, que refleja las modificaciones de la masa libre de grasa que se producen con el envejecimiento y con la disminución de la actividad. ⁽⁵⁹⁾

Medición del pliegue subescapular: es la medición con el Plicómetro o calíper del grosor del pliegue de la piel sobre el área subescapular del cuerpo; útil para medir la grasa corporal en las personas adulta. ⁽⁵⁹⁾

- **Encuesta Seguridad Alimentaria:** este instrumento permitió realizar, una medición directa y necesaria para el entender el fenómeno de la Seguridad

alimentaria de los albergados de las dos instituciones de asistencia social, como se puede ver en el siguiente instrumento de forma ordenada, mide grados según la categoría, (leve, moderada, severa). (ANEXO N° 5).

- **Factor sociodemográfico y psicosocial:** se elaboró el presente instrumento conformado por 12 ítems y 13 ítems, la cual permitió conocer la muestra de estudio de la siguiente información: sexo, grupo de edad, nivel de educación, estado conyugal, ocupación laboral, condición de afiliación/ tipo de seguro, número de hijos, ingresos económicos personales y familiares, gasto diario de alimentos mensual, características psicosociales según categoría. (ANEXO N° 5).
- **Encuesta Frecuencia de consumo:** el instrumento de recolección utilizada fue una encuesta estructurada con 23 preguntas de selección múltiple, diseñada especialmente para determinar los hábitos alimentarios tanto de alimentos o preparaciones consideradas saludables como de alimentos o preparaciones consideradas como no saludables de las 2 instituciones de asistencia social el instrumento está compuesto de 2 subescalas: hábitos alimentarios saludables y hábitos alimentarios no saludables; la primera subescala se compone de 15 preguntas, con una puntuación mínima de 1 y máxima de 5 por pregunta, la segunda subescala está compuesta por 8 preguntas, con una puntuación mínima de 1 y máximo de 5 por pregunta; asimismo se presenta la clasificación de las subescalas según categorías de las encuestas, es decir, buena calidad de la alimentación y mala calidad de la alimentación. Antes de su aplicación, la encuesta fue sometida a un proceso de validación. (ANEXO N° 5) ⁽⁷⁾

Validación de encuestas: Se realizó la prueba de validez de constructo del instrumento de recolección de datos, a través de la técnica de Juicio de Expertos, tanto para la Ficha Factores Sociodemográficos y psicosociales,

encuesta de seguridad alimentaria y frecuencia de consumo de alimentos, en la cual se utilizó un cuestionario de validación con indicadores y criterios cualitativos y cuantitativos; con un puntaje matemático de 0 a 40 puntos, denominados de deficiente a excelente, se llegó a un resultado con puntaje con la finalidad de ver la confiabilidad, que para este presente estudio dio un 85.5%;. con una valoración cualitativa de excelente, y opinión de aplicabilidad de aceptable (ANEXO N° 6).

3.4. Procesamiento y Análisis de Datos.

- Los datos que fueron obtenidos en la ficha de recolección de datos de las encuestas realizadas fueron procesados en el programa office Excel 2016. Los datos fueron llenados en el programa Excel para luego ser procesados en el programa estadístico SPSS 25. El estudio se realizó mediante una investigación estadística correlacional de los datos recolectados. El análisis se realizó aplicando la prueba de Tau-b de Kendall y la prueba de Spearman.

3.5. Aspectos Éticos.

- Los participantes del estudio fueron los adultos y adultos mayores de las instituciones de asistencia social; Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.
- Los datos e información fueron utilizados con estricta confidencialidad en las cuales no serán divulgados, el investigador fue el único autorizado a tener conocimientos de los datos a obtenerse; así también la autoridad encargada de la institución de asistencia social, se manejarán con códigos; para la protección del investigado. Se presentó un consentimiento informado a cada persona de las instituciones de asistencia social, en la cual se les indicara los procedimientos de la investigación y su participación del estudio. (ANEXO N° 7)

- El área limpia: estuvo señalizada e identificada como área limpia y conto con un pediluvio para la desinfección de zapatos y con lavamanos, en caso de no contar con este, se utilizó un dispensador de solución a base de alcohol para la desinfección de manos y toallas desechables.
- Los investigadores de salud utilizaron el correcto uso de las EPP (Equipo de Protección Personal). Así mismo el lavado de manos (frecuentemente, con abundante agua y jabón, durante un mínimo de 20 segundos). El uso correcto de gorro quirúrgico desechable, respirador N95, protector facial, mandilón descartable o lavable, guantes de látex (usar un par de guantes por cada paciente en las medidas antropométricas – y desecharlos en una bolsa roja).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”

4.1.1. Análisis del Estado Nutricional según el índice de masa corporal, Seguridad Alimentaria, Hábitos Alimentarios, Factores Sociodemográficos y psicosocial.

A continuación, se muestran los principales hallazgos con respecto del Estado Nutricional en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 3. Estado Nutricional (índice de Masa Corporal (IMC)) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	%
Delgadez	33	76.7%
Normal	5	11.6%
Sobrepeso	3	7.0%
Obesidad	2	4.7%
Total	43	100.0%

Al analizar el Índice de Masa Corporal (IMC) de los residentes de este centro (tabla N°3), observamos que la mayor parte de la población está en estado de delgadez, es decir, las estadísticas dan cuenta de que 33 (76.7%) se encuentran en estado de delgadez, 5 (11.6%) se encuentra en estado normal, 3 (7.0%) está con sobrepeso y 2 (4.7%) con obesidad (Gráfico N° 3).

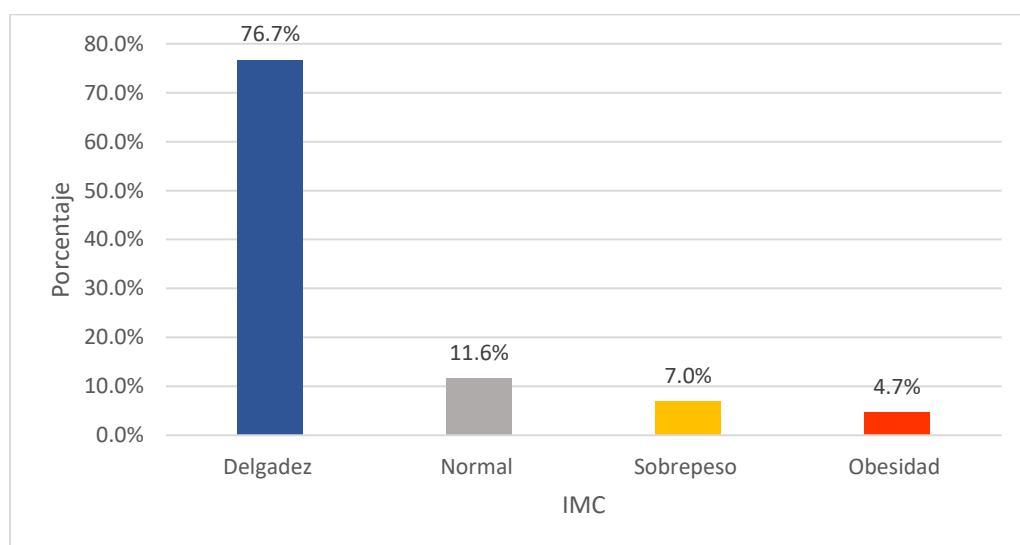


Gráfico N° 3. Distribución porcentual del Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Otra de los indicadores estudiados es el perímetro abdominal (tabla N° 4), y podemos observar que, dado que existe una alta incidencia de delgadez en los residentes del centro, también se verifica que la mayor parte de esta población tiene un riesgo cardiovascular bajo.

Tabla N° 4. Riesgo cardiovascular según perímetro abdominal de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Riesgo cardiovascular	Frecuencia	%
Bajo	35	81.4%
Alto	0	0.0%
Muy Alto	8	18.6%
Total	43	100.0%

En la tabla N° 5, podemos observar que toda la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” presenta algún nivel de inseguridad alimentaria, de éstos, 67.4% se encuentra en un estado de inseguridad alimentaria moderada seguida de un importante 30.2% que se encuentran en estado de inseguridad alimentaria severa (gráfico N° 4).

Tabla N° 5. Seguridad alimentaria de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Categoría	Frecuencia	%
Seguridad alimentaria	0	0.0%
Inseguridad leve	1	2.3%
Inseguridad moderada	29	67.4%
Inseguridad severa	13	30.2%
Total	43	100.0%

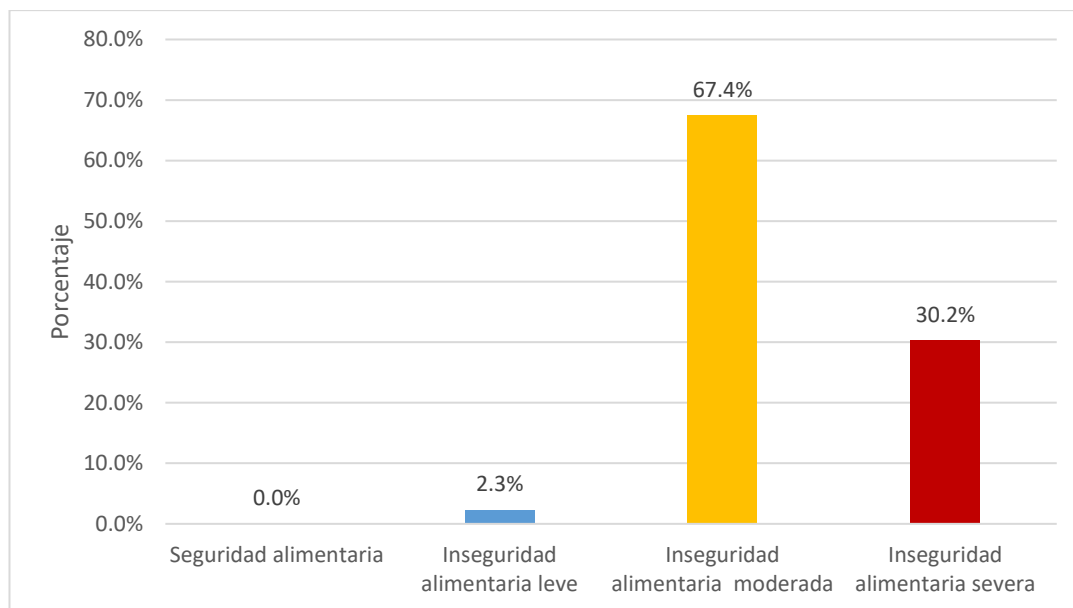


Gráfico N° 4. Distribución porcentual de la Seguridad alimentaria en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

El estudio de los hábitos alimentarios saludables de esta población (tabla N° 6), revela que 41 (95.3%) clasifica dentro de los que tienen buenos hábitos alimentarios y sólo 2 (4.7%) no los tiene.

Tabla N° 6. Hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Clasificación de hábitos alimentarios saludables	Frecuencia	%
Buena Calidad de la alimentación	41	95.3%
Mala Calidad de la alimentación	2	4.7%
Total	43	100.0%

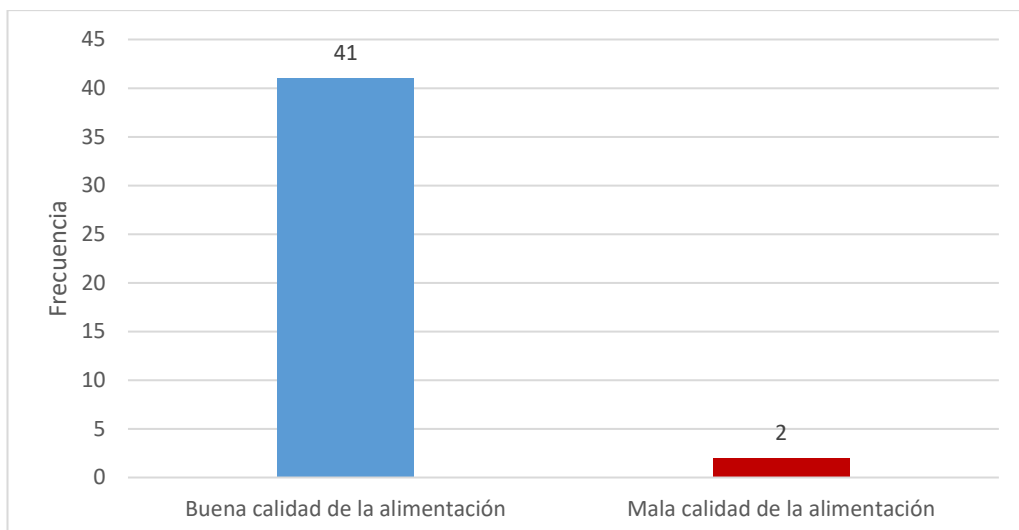


Gráfico N° 5. Hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

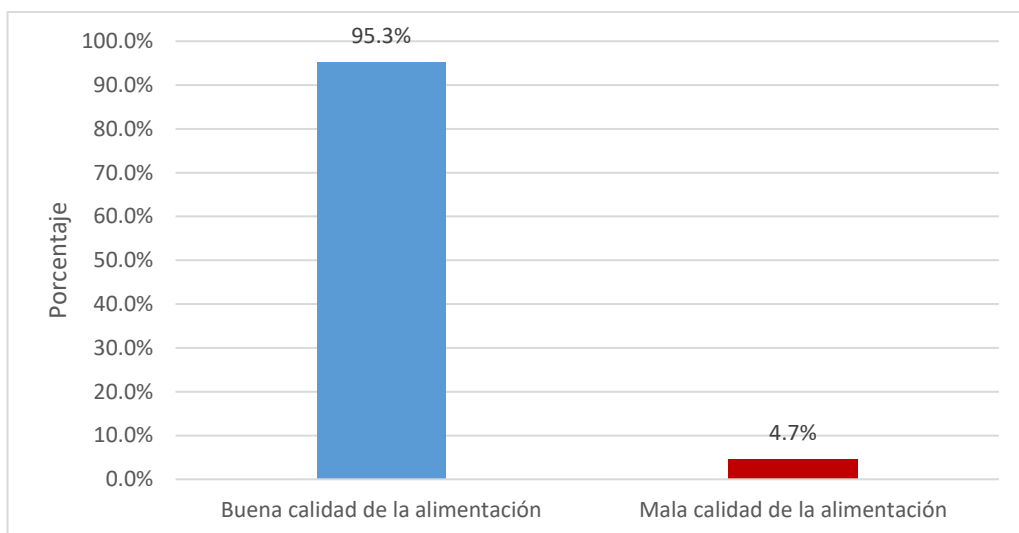


Gráfico N° 6. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

En cuanto al estudio de los hábitos alimentarios no saludables de esta población (tabla N° 7), revela que 6 residentes (14.0%) clasifican como buena dentro de los que tienen hábitos alimentarios no saludables y 37 (86.0%) califica como mala.

Tabla N° 7. Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Clasificación de hábitos no saludables	Frecuencia	%
Buena Calidad de la alimentación	6	14.0%
Mala Calidad de la alimentación	37	86.0%
Total	43	100.0%

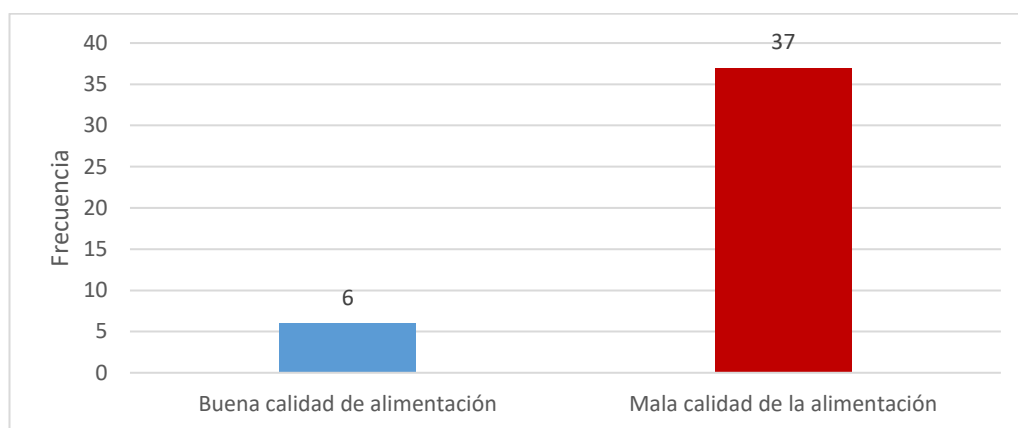


Gráfico N° 7. Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

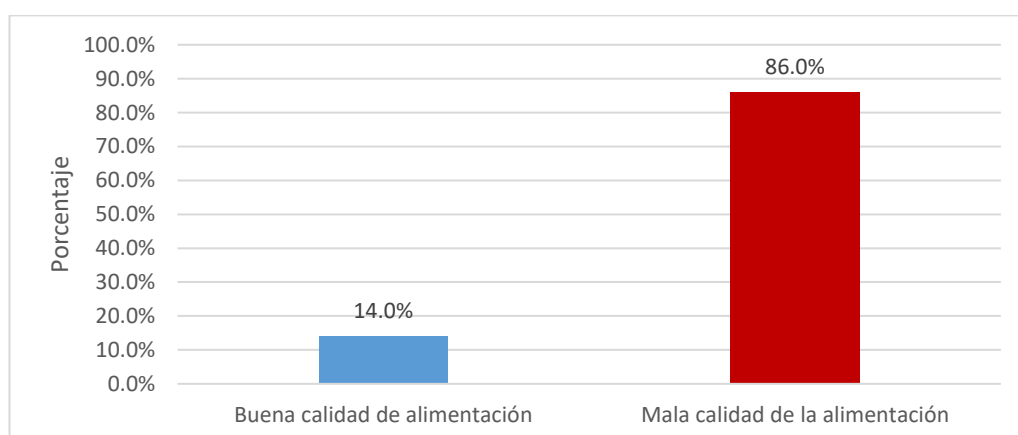


Gráfico N° 8. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 8. Frecuencia de consumo de frutas del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Frecuencia de consumo de frutas	Frecuencia	%
No consume	2	4.7%
Menos de 1 vez al día	1	2.3%
1 porción al día	39	90.7%
2 porciones al día	1	2.3%
3 porciones al día	0	0%
Total	43	100.0%

En cuanto a los estudios de la frecuencia de consumo de frutas de los residentes de este centro (tabla N°8), observamos que la mayor parte de la población consumen 1 porción al día de frutas, es decir, las estadísticas dan cuenta de que 39 (90.7%) se encuentran consumiendo 1 porción al día, 2 (4.7%) no consumen frutas y el 1 (2.3%) se encuentra consumiendo entre menos de 1 vez al día y 2 porciones al día de frutas (Gráfico N° 9).

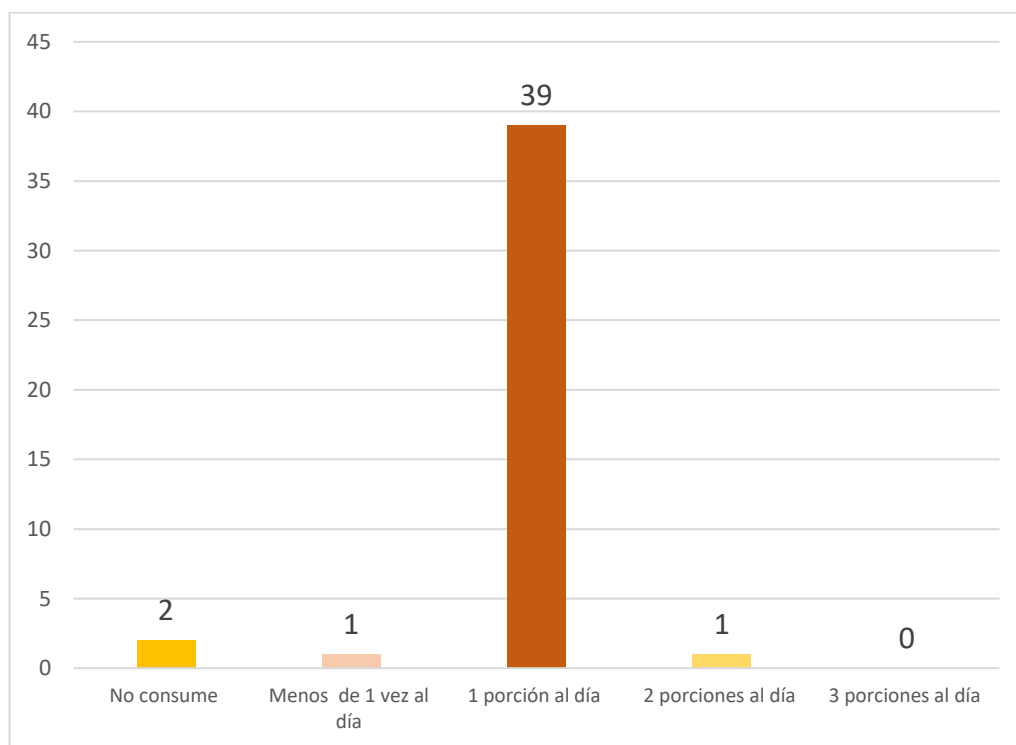


Gráfico N° 9. Frecuencia de consumo de frutas de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 9. Frecuencia de consumo de verduras del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Frecuencia de consumo de frutas	Frecuencia	%
No consume	0	0%
Menos de 1 vez al día	7	16.3%
½ porción al día	36	83.7%
1 porciones al día	0	0%
2 porciones al día	0	0%
Total	43	100.0%

En cuanto a los estudios de la frecuencia de consumo de verduras de los residentes de este centro (tabla N° 9), observamos que la mayor parte de la población consumen ½ porción al día de verduras, es decir, las estadísticas dan cuenta de que 36 (83.7%) se encuentran consumiendo ½ porción al día y 7(16.3%) se encuentran consumiendo menos de 1 vez al día de verduras.

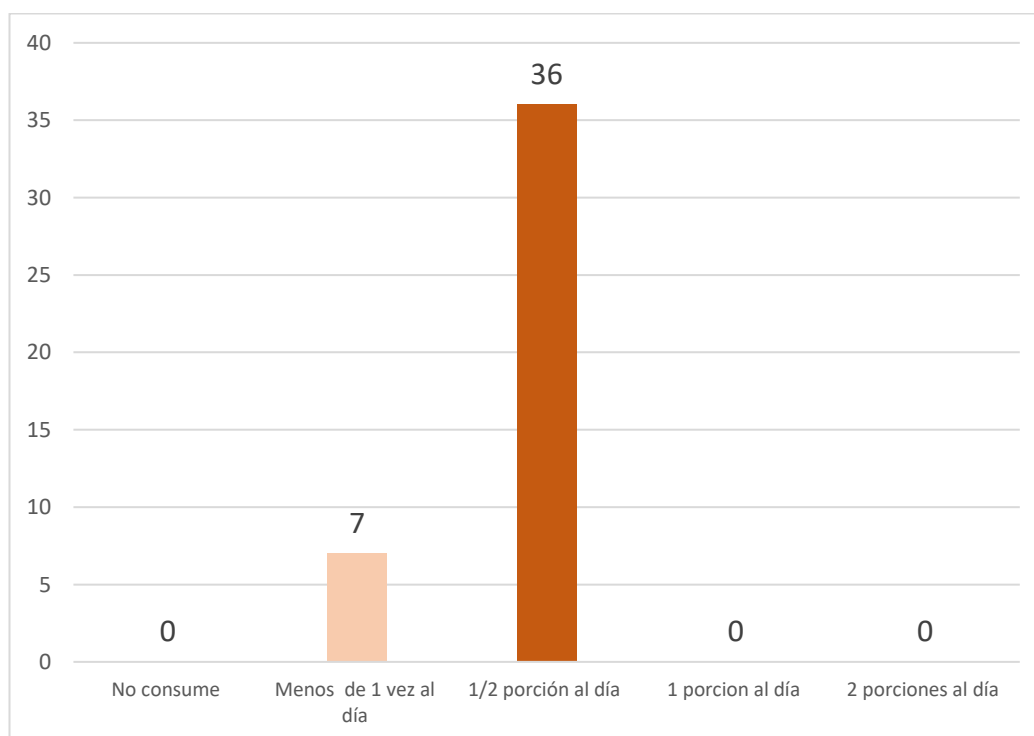


Gráfico N° 10. Frecuencia de consumo de verduras de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

A continuación, se muestran los principales hallazgos con respecto de los factores sociodemográficos en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 10. Edad de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Grupo de Edad (años)	Frecuencia	%
65 a 69	14	32.6%
70 a 74	5	11.6%
75 a 79	8	18.6%
80 años a más	16	37.2%
Total	43	100.0%

En la tabla N° 10, observamos que en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” se encuentran albergados 43 adultos mayores cuyas edades se distribuyen de la siguiente manera: 32.6% tiene una edad de 65 a 69 años, el 30.2% tiene una edad de 70 a 79 años y 37.2% tienen de 80 años a más. En la tabla N° 11, observamos que, de los 43 residentes, 27 (62.8%) son hombres y 16 (37.2%) son mujeres.

Tabla N° 11. Sexo de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	27	62.8%
Femenino	16	37.2%
Total	43	100.0%

La tabla N°12, nos presenta el nivel educativo de los residentes del albergue, encontrando que de los 43, 11 no tienen estudios (25.6%), 19 sólo tiene educación primaria (44.2%), 9 tiene educación secundaria (20.9%), 1 tiene educación superior incompleta (2.3%) y 3 tienen educación superior completa (7.0%), es decir la mayoría sólo cuenta de los adultos mayores que residen en este albergue, sólo cuenta con educación primaria o son analfabetos.

Tabla N° 12. Nivel educativo de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Nivel Educativo	Frecuencia	%
Sin educación	11	25.6%
Primaria	19	44.2%
Secundaria	9	20.9%
Superior incompleta	1	2.3%
Superior completa	3	7.0%
Total	43	100.0%

En cuanto al Estado Civil de esta población, en la tabla N° 13 se puede observar que más de la mitad son solteros (53.5%), viudos son 10 (23.3%), casados son 5 (11.6%), separados 3 (7.0%), 1 conviviente y 1 separado cada uno con 2.3%.

Tabla N° 13. Estado civil de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Estado Civil	Frecuencia	%
Casado	5	11.6%
Viudo	10	23.3%
Conviviente	1	2.3%
Divorciado	1	2.3%
Separado	3	7.0%
Soltero	23	53.5%
Total	43	100.0%

Al analizar la ocupación de los adultos mayores antes de ingresar al centro residencial (tabla N° 14) observamos que, 4 (9.3%) no tenían ninguna ocupación, 1 (2.3%) era profesor, 4 (9.3%) eran obreros, 7 (16.3%) fueron vendedores de abarrotes, 5 (11.6%) fueron empleados públicos y 22 (51.2%) tuvieron otro tipo de empleos. Seguidamente, en la tabla N° 15, se presenta la situación de los albergados con respecto a su afiliación a un seguro de salud, observando que 33 (76.6%) está afiliado al SIS, 1 (2.3%) está afiliado a ESSALUD y 9 (20.9%) no está afiliado a ningún tipo de seguro de salud.

Tabla N° 14. Ocupación previa de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Ocupación	Frecuencia	%
Ninguna	4	9.3%
Profesor	1	2.3%
Obrero	4	9.3%
Vendedor de abarrotes	7	16.3%
Empleado público	5	11.6%
Otro	22	51.2%
Total	43	100.0%

Tabla N° 15. Afiliación a un seguro de salud de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Seguro de Salud	Frecuencia	%
ESSALUD	1	2.3%
SIS	33	76.7%
No está afiliado	9	20.9%
Total	43	100.0%

En cuanto a los hijos que tiene cada uno de los residentes (tabla N° 16) observamos que 15 (34.9%) no tienen hijos, 6 (14.0%) tienen un hijo y 22 (51.2%) tienen más de un hijo. La fuente de ingresos económicos de los residentes (tabla N° 17) es como sigue, 4 (9.3%) tiene ingresos provenientes de su familia, 2 (4.7%) reciben una pensión de jubilación, 1 (2.3%) vive de sus ahorros, 3 (7.0%) depende de los programas sociales, 33 (76.7%), es decir, la mayoría no tienen ningún tipo de ingresos.

Tabla N° 16. Número de hijos de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Número de hijos	Frecuencia	%
Sin hijos	15	34.9%
Con un hijo	6	14.0%
Con más de un hijo	22	51.2%
Total	43	100.0%

Tabla N° 17. Fuente de ingresos económicos de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Fuente de ingresos económicos	Frecuencia	%
De su familia	4	9.3%
Pensión de jubilación	2	4.7%
Ahorros	1	2.3%
Programas sociales	3	7.0%
Ninguno	33	76.7%
Total	43	100.0%

En la presente tesis también se hizo el análisis de los factores psicosociales y a continuación, se muestran los principales hallazgos en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 18. Número de veces que ven a sus familiares la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	20	46.5%
Casi nunca	9	20.9%
Unas veces si y otras no	11	25.6%
Casi siempre	2	4.7%
Siempre	1	2.3%
Total	43	100.0%

En la tabla N° 18, se puede observar que 20 de los residentes (46.5%) no son visitados por sus familiares, 9 (20.9%) casi nunca son visitados por sus familiares, 11

tienen visitas de sus familiares unas veces si y otras no, sólo 2 tiene visitas casi siempre de sus familiares y 1 tiene visitas siempre de sus familiares. En la tabla N° 19, analizamos cómo se interrelacionan los residentes con los demás residentes del centro, observando que existe 1 residente (2.3%) que no tiene ninguna relación con los demás residentes, 34 residentes (79.1%) conoce y frecuenta a algunos residentes del centro residencial, 6 (14.0%) conoce y frecuenta casi a todos y finalmente 2 (4.7%) conoce y frecuenta a todos los residentes del centro.

Tabla N° 19. Personas que conoce y frecuenta de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Categoría	Frecuencia	%
Ninguna	1	2.3%
Algunas	34	79.1%
Casi todas	6	14.0%
Todas	2	4.7%
Total	43	100.0%

Las actividades físicas y otro tipo de labores como jardinería, caminatas, mandados, paseos al aire libre y otros, que realiza la población en el centro, son mostrados en la tabla N° 20.

Tabla N° 20. Actividades físicas o labores (jardinería, caminata, mandados, paseos al aire libre, juegos de azar, etc.) que realiza con la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	21	48.8%
Casi nunca	10	23.3%
Unas veces si otras no	7	16.3%
Casi siempre	3	7.0%
Siempre	2	4.7%
Total	43	100.0%

Las estadísticas revelan que 21 residentes (48.8%) nunca hacen algún tipo de actividad física u otras de las labores mencionadas, 10 (23.3%) casi nunca, 7 (16.3%)

unas veces y otras no, 3 (7.0 %) casi siempre y 2 (4.7%) siempre desarrollan actividades físicas u otras labores. Se puede decir entonces que la mayoría de los residentes del centro no son muy activos. La tabla N° 21, muestra la cantidad de los residentes que evidencian algunos síntomas de debilidad, dolor o enfermedad. En estas estadísticas se puede ver que 7 de los residentes (16.3%) nunca padece síntomas, dolores o enfermedad, 24 (55.8%) raras veces, 7 (16.3%) casi a diario y 5 residentes (11.6%) padecen de debilidad, dolor o enfermedades.

Tabla N° 21. Síntomas de debilidad, dolor o enfermedad en la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

¿Siente que su cuerpo está débil, dolorido o enfermo?	Frecuencia	%
Nunca	7	16.3%
Raras veces	24	55.8%
Casi a diario	7	16.3%
A diario	5	11.6%
Total	43	100.0%

4.1.2. Análisis Bivariado.

Para determinar si existe correlación entre el nivel de Seguridad Alimentaria y el Estado Nutricional según el índice de masa corporal (IMC) (tabla N° 22), se aplicó la prueba Tau-b de Kendall, encontrándose como resultado un valor de $\tau = -0.373$ y un p-valor igual a 0.000 lo indica que existe evidencia de una correlación estadísticamente débil negativa a un nivel de significancia de 0.05. Esto quiere decir que, cuanto más se incrementa el nivel inseguridad alimentaria mayor es la tendencia a la delgadez de los residentes y cuanto menor es la inseguridad alimentaria, se incrementará la tendencia al sobrepeso y obesidad de los residentes, sin embargo, según el valor de τ obtenido esta correlación sería débil.

Tabla N° 22. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Categoría	Seguridad alimentaria		Inseguridad alimentaria leve		Inseguridad alimentaria moderada		Inseguridad alimentaria severa		P Tau-b de Kendall
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Delgadez	0	0.0	0	0.0	20	69.0	13	100.0	0.000
Normal	0	0.0	1	100.0	4	13.8	0	0.0	
Sobrepeso	0	0.0	0	0.0	3	10.3	0	0.0	
Obeso	0	0.0	0	0.0	2	6.9	0	0.0	
Total	0	100.0	1	100.0	29	100.0	13	100.0	

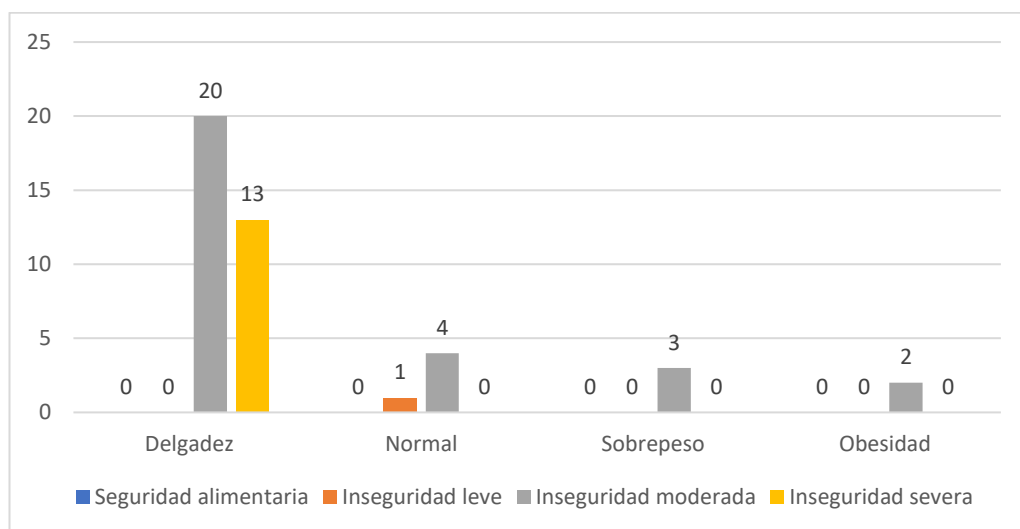


Gráfico N° 11. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

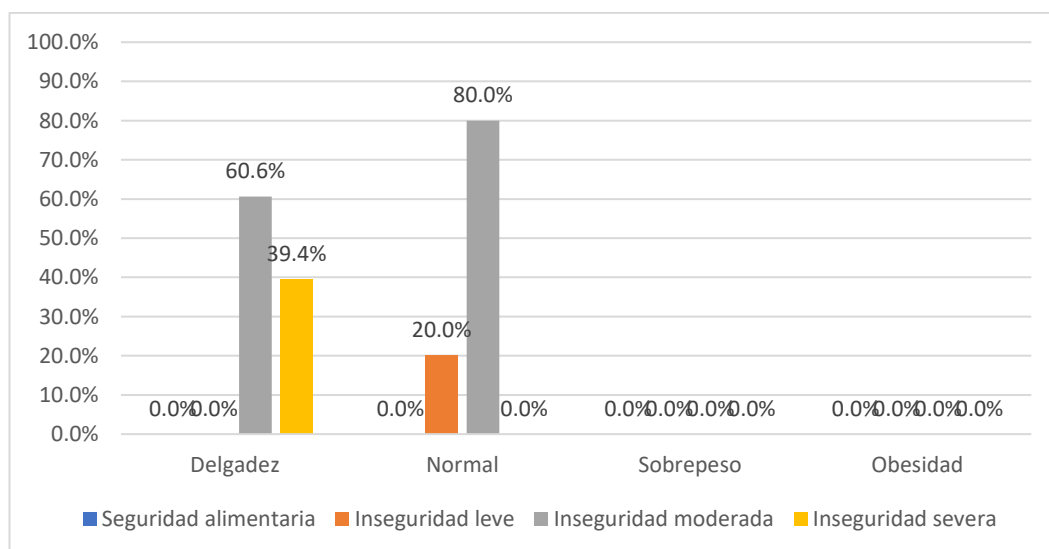


Gráfico N° 12. Distribución porcentual del nivel de seguridad alimentaria según el Estado nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Tabla N° 23. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Hábitos alimentarios saludables	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		p Spearman
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Buena calidad de alimentación	31	93.9	5	100.0	3	100.0	2	100.0	0.442
Mala calidad de alimentación	2	6.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Total	33	100.0	5	100.0	3	100.0	2	100.0	

Al hacer el análisis bivariado entre el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal y los hábitos alimentarios saludables de esta población (tabla N° 23), se observa que del total de 33 adultos mayores que se encuentran en estado de delgadez, 31(93.9%) tienen buena calidad de alimentación y 2 tienen mala calidad de alimentación, de 5 adultos mayores que están en estado normal, los 5 (100%) tienen buena calidad de alimentación, de los 3 adultos mayores que tienen sobrepeso, los 3 (100%) tienen buena calidad de alimentación y de los 2 adultos mayores que se encuentran en estado obeso, los 2 (100%) tienen buena calidad de alimentación. Para determinar si existe correlación entre las variables hábitos alimentarios saludables e Índice de Masa Corporal se aplicó la prueba de Spearman, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.442 lo que indica que no existe evidencia de que ambas variables tengan una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Tabla N° 24. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Hábitos alimentarios saludables	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		p Spearman
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Buena calidad de alimentación	6	18.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.157
Mala calidad de alimentación	27	81.8	5	100.0	3	100.0	2	100.0	
Total	33	100.0	5	100.0	3	100.0	2	100.0	

Al hacer el análisis bivariado entre el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal y los hábitos alimentarios no saludables de esta población (tabla N° 24), se observa que del total de 33 adultos mayores que se encuentran en estado de delgadez, 6 (18.2%) tienen buena calidad de alimentación y 2 tienen mala calidad de alimentación, de 5 adultos mayores que están en estado normal, los 5 (100%) tienen mala calidad de alimentación, de los 3 adultos mayores que tienen sobrepeso, los 3 (100%) tienen mala calidad de alimentación y finalmente de los 2 adultos mayores que se encuentran en estado obeso, los 2 (100%) tienen mala calidad de alimentación. Para determinar si existe correlación entre las variables hábitos alimentarios no saludables e Índice de Masa Corporal se aplicó la prueba de Spearman, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.157 lo que indica que no existe evidencia de que ambas variables tengan una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Tabla N° 25. Características sociodemográficas según su estado nutricional de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Variable	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Hombre	23	85.2	1	3.7	2	7.4	1	3.7	0.143
Mujer	10	62.5	4	25.0	1	6.3	1	6.3	
Edad									
65 a 69	10	71.4	2	14.3	1	7.1	1	7.1	0.213
70 a 74	2	40.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0	
75 a 79	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	
80 años a más	14	87.5	0	0.0	1	6.3	1	6.3	
Nivel educativo									
Sin educación	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.002
Primaria	15	78.9	3	15.8	1	5.3	0	0.0	
Secundaria	6	66.7	0	0.0	2	22.2	1	11.1	
Superior incompleta	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
Superior completa	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	
Estado civil									
Casado	4	80.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0.295
Viudo	6	60.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	
Conviviente	1	100.0	0	0	0	0	0	0	
Divorciado	1	100.0	0	0	0	0	0	0	
Separado	2	66.7	0	0.0	0	0.0	1	33.3	
Soltero	19	82.6	3	13.0	1	4.3	0	0.0	
Ocupación laboral previa									
Ninguna	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.155
Profesor	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
Obrero	3	75.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	
Vendedor de abarrotes	5	71.4	0	0.0	1	14.3	1	14.3	
Empleado público	1	20.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	
Otro	20	90.9	1	4.5	1	4.5	0	0.0	
Afiliación a un seguro de salud									
ESSALUD	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.013
SIS	23	69.7	5	15.2	3	9.1	2	6.1	
No está afiliado	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Número de hijos									
Sin hijos	13	86.7	1	6.7	1	6.7	0	0.0	0.356
Con un hijo	4	66.7	1	16.7	1	16.7	0	0.0	
Con más de un hijo	16	72.7	3	13.6	1	4.5	2	9.1	
Fuente de ingresos económicos									
De su familia	2	50.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0.000
Pensión de jubilación	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	
Ahorros	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
Programas sociales	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	
Ninguno	29	87.9	3	9.1	1	3.0	0	0.0	

Al hacer el análisis bivariado entre la variable Índice de Masa Corporal y la variable Sexo, se observa que 27 de los residentes son de sexo masculino, de los cuales, 23 (85.2%) se encuentran en estado de delgadez, 1 (3.7%) en estado normal, 2 (7.4%) con sobrepeso y 1 (3.7%) se encuentra en estado obeso. En cuanto a las 16 residentes de sexo femenino, 10 (62.5%) se encuentran en estado de delgadez, 4 (25.0%) en estado normal, 1 (6.3%) con sobrepeso y 1 (6.3%) en estado obeso. Para determinar si las variables sexo e Índice de Masa Corporal están relacionadas se aplicó la prueba Gamma, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.143 lo que indica que no existe evidencia de que ambas variables tengan una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y los grupos de edad de esta población, se observa que del total de 33 adultos mayores que se encuentran en estado de delgadez, el 63.6% tiene una edad de 75 años a más. Para determinar si existe relación entre las variables Grupo de Edad e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba Tau-b de Kendall, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.213 lo que indica que no existe evidencia de una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05, es decir, no se puede establecer una correlación que indique que, a mayor edad, mayor sería la delgadez o a menor edad mayor sería a obesidad o viceversa.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y el nivel educativo de esta población, se observa que 11 son los adultos mayores que no tienen educación y están en estado de delgadez (100.0%), también se observa que de los 19 adultos mayores que tienen educación primaria, 15 (78.9%) están en estado de delgadez, 3 (15.8%) están en estado normal y 1 (5.3%) está con sobrepeso. En cuanto a los 9 adultos mayores que tienen educación secundaria, 6 (66.7%) están en estado de delgadez, 2 (22.2%) están con sobrepeso y 1 (11.1%) está obeso. Existe un adulto mayor que tiene educación superior incompleta que se encuentra en estado normal

y finalmente 3 adultos mayores que tienen estudios superiores completos de los cuales 1 (33.3%) está en estado de delgadez, 1 (33.3%) se encuentra en estado normal y 1 (33.3%) está con sobrepeso. Para determinar si existe las variables Nivel Educativo e Índice de Masa Corporal están correlacionada, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, encontrándose que el valor del estadístico Rho es igual a 0.451 y un p-valor igual a 0.002 lo que indica que existe evidencia estadística de una correlación moderada a un nivel de significancia de 0.05.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y el Estado Civil de esta población, se observa que 5 de los adultos mayores son casados, 4 de ellos (80.0%) están en estado de delgadez y 1 (20.0%) tiene sobrepeso, también se observa que 10 son viudos, de estos, 6 (60.0%) están en estado de delgadez, 2 (20.0%) están en estado normal, 1 (10.0%) tiene sobrepeso y 1 (10.0%) está en estado de obesidad, además, existe 1 (100.0%) conviviente que se encuentra en estado de delgadez, 1 (100.0%) divorciado que también se encuentra en estado de delgadez y también 3 adultos mayores separados, de los cuales 2 (66.7%) están en estado de delgadez y 1 (33.3%) es obeso. La mayor frecuencia se encuentra en el estado civil soltero con un total de 23 residentes, de estos, 19 (82.6%) están en estado de delgadez, 3 (13.0%) se encuentran en estado normal y 1 (4.3%) tiene sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Estado Civil e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.295 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05. El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Ocupación Laboral Previa de esta población, presenta los siguientes resultados, se observa que 4 de los adultos mayores no tuvieron ninguna ocupación laboral previa y los 4 (100.0%) están en estado de delgadez, 1 de los adultos mayores tenía la ocupación laboral previa de profesor y este residente (100.0%) está en estado normal, también se observa que 4 fueron

obreros, de estos, 3 (75.0%) están en estado de delgadez, 1 (25.0%) está en estado normal, luego tenemos que 7 residentes fueron vendedores de abarrotes, de los cuales 5 (71.4%) está en estado de delgadez, 1 (14.3%) tiene sobrepeso y 1 (14.3%) está en estado de obesidad, aparte, existen 5 residente que fueron empleados públicos, 1 (20.0%) está en estado de delgadez, 2 (40.0%) está en estado normal y 1 (20.0%) tiene sobrepeso y 1 (20.0%) es obeso. Finalmente, 22 residentes han tenido otras ocupaciones laborales previas, de estos 20 (90.0%) se encontraron en estado de delgadez, 1 (4.5%) en estado normal y 1 (4.5%) tiene sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Ocupación Laboral Previa e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.155 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05. El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Afiliación a un Seguro de Salud de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 1 de los adultos mayores se encuentra afiliado a ESSALUD y está en estado de delgadez, 23 adultos mayores están afiliados al SIS, de los cuales, 23 (69.7%) estuvieron en estado de delgadez, 5 (15.2%) estuvieron en estado normal, 3 (9.1%) estuvieron con sobrepeso y 2 (6.1%) estuvieron obesos. Finalmente, 9 no estaban afiliados a ningún seguro de salud y se encontraban en estado de delgadez. Para determinar si existe correlación entre las variables Afiliación a un Seguro de Salud e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un estadístico igual a -0.800 y p-valor igual a 0.013 lo que indica que existe una muy buena correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Número de Hijos de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 15 de los adultos mayores no tienen hijos y de estos 13 (86.7%) se encuentran en estado de delgadez, 1 (6.7%) en estado de normal y 1 (6.7%) se encuentra con sobrepeso. También se

encontró que 6 residentes tienen un solo hijo, de los cuales, 4 (66.7%) están en estado de delgadez, 1 (16.7%) en estado normal y 1 (16.7%) está con sobrepeso. Finalmente se encontró que 22 residentes tienen más de un hijo, de ellos, 16 (72.7%) se encuentran en estado de delgadez, 3 (13.6%) se encuentran en estado normal, 1 (4.5%) con sobrepeso y 2 (9.1%) son obesos. Para determinar si existe correlación entre las variables Número de Hijos e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Spearman, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.356 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Fuente de Ingresos Económicos de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 4 de los adultos mayores reciben ingresos de su familia y de estos 2 (50.0%) se encuentran en estado de delgadez, 1 (25.0%) en estado de normal y 1 (6.7%) se encuentra en estado obeso. También se encontró que los ingresos de 2 residentes provienen de su pensión de jubilación, de los cuales, 1 (50.0%) está en estado normal y 1 (50.0%) se encuentra con sobrepeso. Luego, los ingresos de 1 residente provienen de sus ahorros y se encuentra en estado obeso. Finalmente se encontró que 33 residentes no tienen ninguna fuente de ingresos, de ellos, 29 (87.9%) se encuentran en estado de delgadez, 3 (9.1%) se encuentran en estado normal y 1 (3.0%) con sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Fuente de Ingresos Económicos e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Spearman, habiéndose un estadístico igual a -0.509 y un p-valor igual a 0.000 lo que indica que existe una correlación moderada negativa entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

4.2. Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

4.2.1. Análisis del Estado Nutricional según el índice de masa corporal, Seguridad Alimentaria, Hábitos Alimentarios, Factores Sociodemográficos y psicosocial.

A continuación, se muestran los principales hallazgos con respecto de los factores antropométricos en la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”. En la tabla N° 26, se muestra el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) de los residentes encontrándose que la mayor parte de ellos 18 (69.2%) se encuentran en un estado normal, 6 (23.1%) están con sobrepeso, 1 (3.8%) con obesidad y 1 (3.8%) se encuentra en estado de delgadez.

Tabla N° 26. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal (IMC)) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	%
Delgadez	1	3.8%
Normal	18	69.2%
Sobrepeso	6	23.1%
Obesidad	1	3.8%
Total	26	100.0%

La tabla N° 27, muestra el perímetro abdominal de los residentes de la comunidad terapéutica, 23 (88.5%) de los residentes tiene un riesgo cardiovascular bajo, 2 (7.7%) de los residentes tienen un riesgo cardiovascular alto y 1 (3.8%) tiene un riesgo cardiovascular alto.

Tabla N° 27. Riesgo Cardiovascular según el Perímetro abdominal de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Riesgo cardiovascular	Frecuencia	%
Bajo	23	88.5%
Alto	2	7.7%
Muy Alto	1	3.8%
Total	26	100.0%

La tabla N° 28, muestra los niveles de Seguridad alimentaria de la población de la comunidad terapéutica. Se ha verificado que todos los residentes tienen algún nivel de inseguridad alimentaria, 12 (46.2%) presenta un estado de inseguridad alimentaria leve, 11 (42,3%) presentan un estado de inseguridad alimentaria moderada y 3 (11.5%) presenta un estado de inseguridad alimentaria severa.

Tabla N° 28. Seguridad alimentaria de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Categoría	Frecuencia	%
Seguridad alimentaria	0	0.0%
Inseguridad leve	12	46.2%
Inseguridad moderada	11	42.3%
Inseguridad severa	3	11.5%
Total	26	100.0%

En la tabla N° 29, se presentan los hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”. Se puede observar que 23 (88.5%) tienen una calificación “buena” y 3 (11.5%) tiene una calificación “mala”. También se encuentra concordancia con los verificado en cuanto al Índice de Masa Corporal de los residentes y el perímetro de cintura.

Tabla N° 29. Hábitos alimentarios saludables de la población del Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Clasificación de hábitos alimentarios saludables	Frecuencia	%
Buena Calidad de la alimentación	23	88.5%
Mala Calidad de la alimentación	3	11.5%
Total	26	100.0%

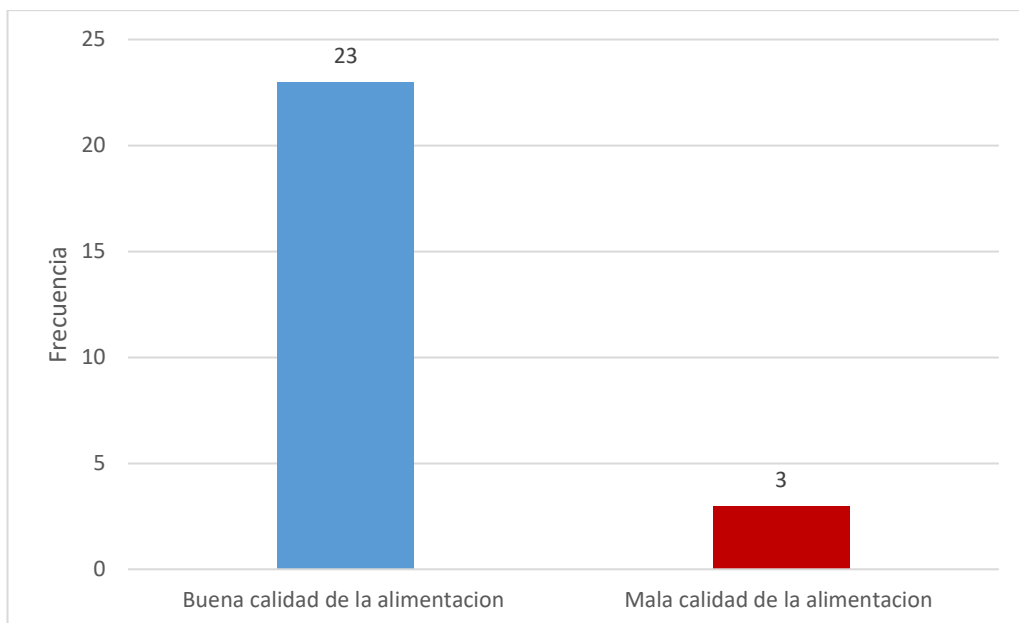


Gráfico N° 13. Hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”

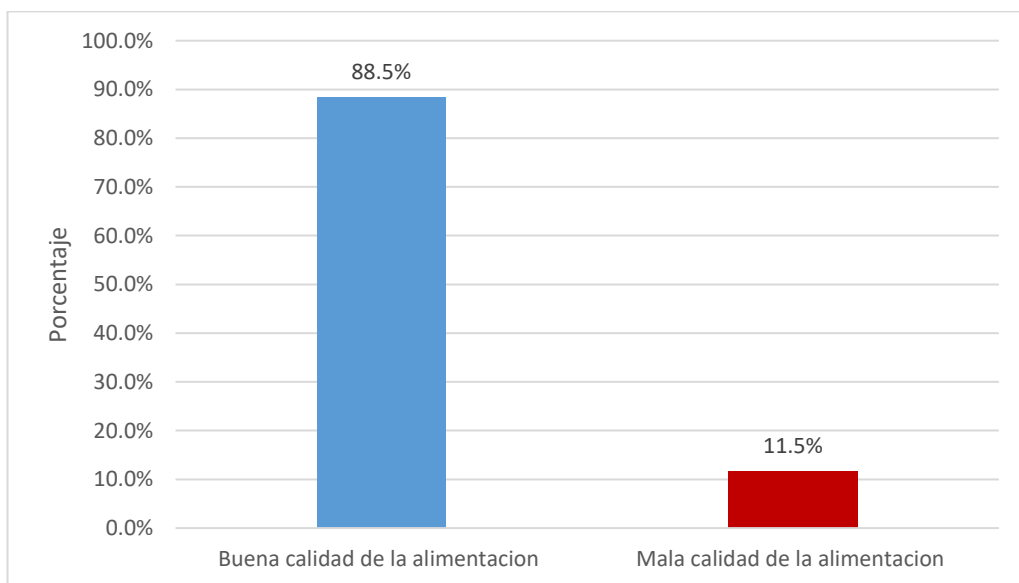


Gráfico N° 14. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

En la tabla N° 30, se presentan los hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”. Se puede observar que 14 (53.8%) tienen una calificación “buena” y 12 (46.2%) tiene una calificación “mala”.

Tabla N° 30. Hábitos alimentarios no saludables de la población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.

Clasificación de hábitos no saludables	Frecuencia	%
Buena Calidad de la alimentación	14	53.8%
Mala Calidad de la alimentación	12	46.2%
Total	26	100.0%

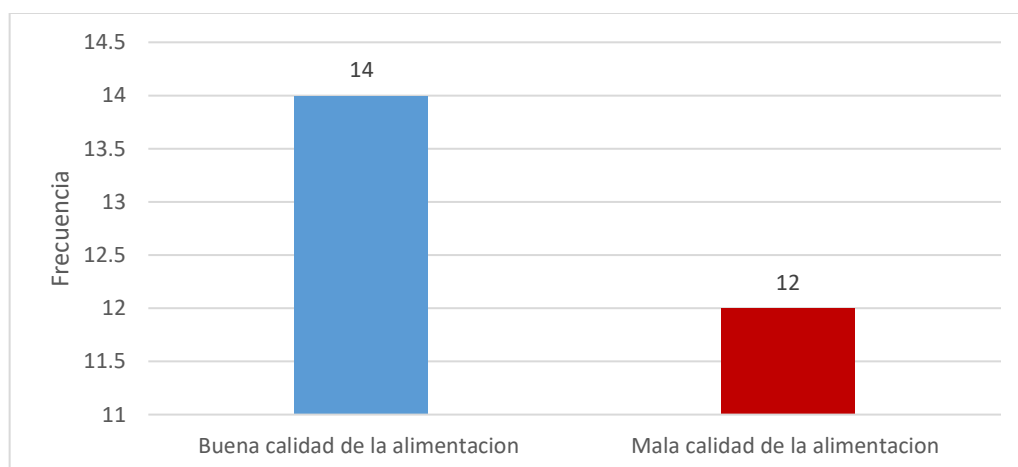


Gráfico N° 15. Hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

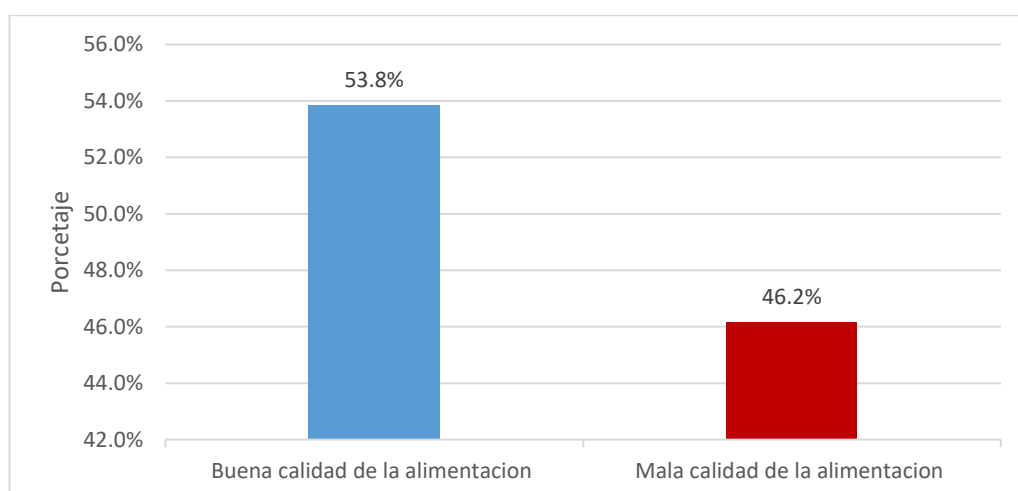


Gráfico N° 16. Distribución porcentual de los hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Tabla N° 31. Frecuencia de consumo de frutas de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Frecuencia de consumo de frutas	Frecuencia	%
No consume	4	15.4%
Menos de 1 vez al día	11	42.3%
1 porción al día	10	38.5%
2 porciones al día	1	3.8%
3 porciones al día	0	0%
Total	26	100.0%

En cuanto a los estudios de la frecuencia de consumo de frutas de los residentes de este centro (tabla N°31), observamos que la mayor parte de la población consumen menos de 1 vez al día de frutas, es decir, las estadísticas dan cuenta de que 11 (42.3%) se encuentran consumiendo menos de una vez al día, 10(38.5%) consumen 1 porción al día, 4 (15.4%) no consumen frutas y 1 (3.8%) 2 porciones al día de frutas (Gráfico N° 17).

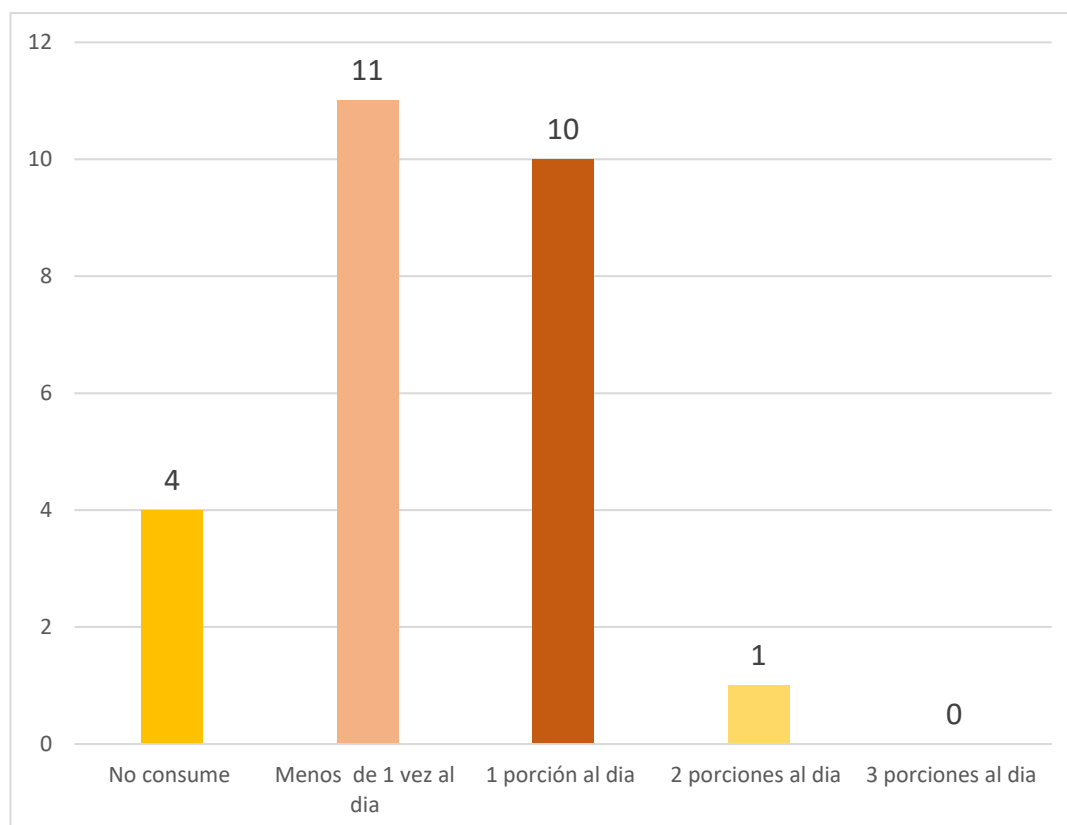


Gráfico N° 17. Frecuencia de consumo de frutas de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Tabla N° 32. Frecuencia de consumo de verduras de la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”.

Frecuencia de consumo de frutas	Frecuencia	%
No consume	0	0%
Menos de 1 vez al día	2	7.7%
½ porción al día	17	65.4%
1 porciones al día	7	26.9%
2 porciones al día	0	0%
Total	26	100.0%

En cuanto a los estudios de la frecuencia de consumo de verduras de los residentes de este centro (tabla N°32), observamos que la mayor parte de la población consumen ½ porción al día de verduras, es decir, las estadísticas dan cuenta de que 17 (65.4%) se encuentran consumiendo ½ porción al día y 7(26.4%) se encuentran consumiendo 1 porción al día verduras y 2 (7.7%) consumen menos de 1 vez al día de verduras (Grafico 18).

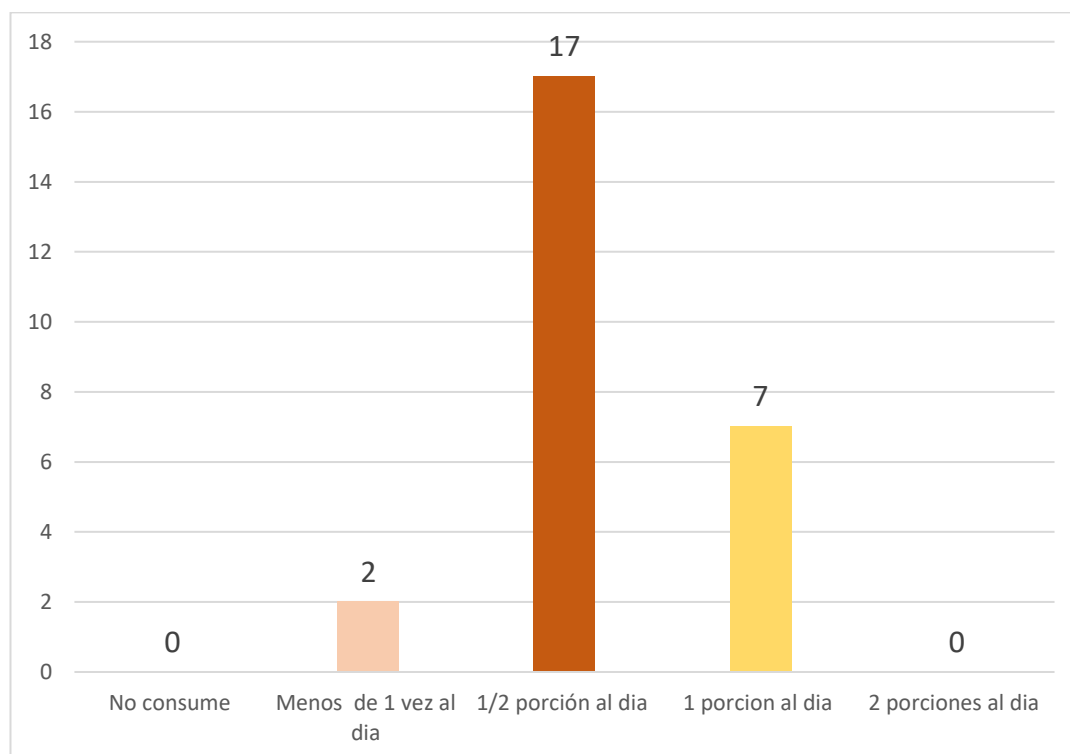


Gráfico N° 18. Frecuencia de consumo de verduras de la población de la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”.

A continuación, se muestran los principales hallazgos con respecto de los factores sociodemográficos y económicos en la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”. En la tabla N° 33, se puede observar que la mayor concentración de residentes, se encuentra entre las edades de 26 y 39 años (38.5%), en segundo lugar, está los residentes con edades entre 15 y 18 años (19.2%), luego están los que tienen entre 19 y 25 años (15.4%) y los que tienen una edad entre 40 y 5 años (15.4%), finalmente el grupo minoritario son los que tienen edades de 56 años a más (11.5%).

Tabla N° 33. Edad de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Grupo de Edad (años)	Frecuencia	%
De 15 a 18	5	19.2%
De 19 a 25	4	15.4%
De 26 a 39	10	38.5%
De 40 a 55	4	15.4%
De 56 a más	3	11.5%
Total	26	100.0%

En la tabla N° 34, se muestra que el 100% de la población residente de la comunidad terapéutica “Talita Kumi”, está conformada por hombres.

Tabla N° 34. Sexo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	26	100.0%
Femenino	0	0.0%
Total	26	100.0%

La tabla N° 35, presenta información del nivel educativo que poseen los residentes de la comunidad terapéutica, observando que ninguno es analfabeto, 34.6% tiene educación primaria, 38.5% tiene educación secundaria, 19.2% posee educación superior incompleta y solo un 7.7% tiene educación superior completa.

Tabla N° 35. Nivel educativo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Nivel Educativo	Frecuencia	%
Sin educación	0	0.0%
Primaria	9	34.6%
Secundaria	10	38.5%
Superior incompleta	5	19.2%
Superior completa	2	7.7%
Total	26	100.0%

En cuanto al Estado Civil de los integrantes de la población residente de la comunidad, la mayor parte son solteros (69.2%), seguido del grupo de los convivientes (19.2%), una pequeña proporción de separados (7.7%) y ningún casado o ni viudo.

Tabla N° 36. Estado civil de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Estado Civil	Frecuencia	%
Casado	0	0.0%
Viudo	1	3.8%
Conviviente	5	19.2%
Divorciado	0	0.0%
Separado	2	7.7%
Soltero	18	69.2%
Total	26	100.0%

Al analizar la ocupación de los residentes de la comunidad, la tabla N° 37 muestra que 11.5% eran obreros, 7.7% eran empleados públicos, 7.7% vigilantes de seguridad 3.8% no tenía ninguna ocupación y el 69.2% tenía otras ocupaciones.

Tabla N° 37. Ocupación previa de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Ocupación	Frecuencia	%
Ninguna	1	3.8%
Profesor	0	0.0%
Obrero	3	11.5%
Vendedor de abarrotes	0	0.0%
Empleado público	2	7.7%
Vigilante de seguridad	2	7.7%
Otro	18	69.2%
Total	26	100.0%

Al estudiar si los residentes de la comunidad terapéutica están afiliados a algún seguro de salud, se encontró que 12 (46.2%) están afiliados al SIS, 4 (14.5%) están afiliados a ESSALUD, 1 (3.8%) está afiliado a otro seguro de salud y 9 (34,6%) no están afiliados a ningún seguro de salud.

Tabla N° 38. Afiliación a un seguro de salud de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Seguro de Salud	Frecuencia	%
ESSALUD	4	15.4%
SIS	12	46.2%
Otro	1	3.8%
No está afiliado	9	34.6%
Total	26	100.0%

En la tabla N° 39, se presenta el número de hijos que tienen los residentes de la comunidad terapéutica, 13 (50%) no tiene hijos, 6 (23.1%) tienen un hijo y 7 residentes poseen más de un hijo. Se estudió también cuánto son los gastos diarios de los residentes de la comunidad terapéutica, encontrándose que 4 (15.5%) no tienen gastos, 7 (26.9%) gastan entre 3.00 y 15.00 soles diarios, 9 (34.6%) de los residentes gasta entre 16.00 y 30.00 soles diarios y 6 (23.1%) gastan más de 30.00 soles.

Tabla N° 39. Número de hijos de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Número de hijos	Frecuencia	%
Sin hijos	13	50.0%
Con un hijo	6	23.1%
Con más de un hijo	7	26.9%
Total	26	100.0%

Tabla N° 40. Gasto diario en compra de alimentos por la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Gasto diario (Soles)	Frecuencia	%
No gasta	4	15.5%
Menos de 3.00	0	0.0%
De 3.00 a 15.00	7	26.9%
De 16.00 a 30.00	9	34.6%
Más de 30.00	6	23.1%
Total	26	100.0%

Al analizar los ingresos económicos de los residentes de la comunidad (tabla N° 41), se encontró que 10 (38.5%) tiene ingresos inferiores a 500.00 soles, 4 (15.4%) entre 750.00 y 1,000.00, 8 (30.8%) entre 1,001.00 y 2,000.00 y 4 (15.4%) más de 2,000.00 soles.

Tabla N° 41. Ingresos económicos familiares al mes de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Ingresos económicos (Soles)	Frecuencia	%
Menos de 500.00	10	38.5%
De 750.00 a 1000.00	4	15.4%
De 1001 a 2000.00	8	30.8%
Más de 2000.00	4	15.4%
Total	26	100.0%

En el análisis de los factores psicosociales en la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” se tuvo los siguientes hallazgos. La tabla N° 42, se muestra las veces que un familiar le habló a cada uno de los residentes sobre los peligros de fumar, encontrándose que a 8 (30.8%) no de conversaron nunca, a 4 (15.4%) les conversaron raras veces, a 3 (11.5%) les conversaron casi siempre y a 11 (42.3%) les hablaron sobre ese tema siempre.

Tabla N° 42. Veces que un familiar le habló sobre los peligros de fumar a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	8	30.8%
Rara vez	4	15.4%
Casi siempre	3	11.5%
Siempre	11	42.3%
Total	26	100.0%

La tabla N° 43 muestra las veces que un familiar le habló a cada uno de los residentes sobre los peligros de tomar bebidas alcohólicas. Se encontró que a 7 (26.9%) no le conversaron nunca sobre el tema, a 4 (15.4%) les conversaron raras veces, a 7 (26.9%) les conversaron casi siempre y a 8 (30.8%) le tocan el tema siempre.

Tabla N° 43. Veces que un familiar le habló sobre los peligros de tomar bebidas alcohólicas a la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	7	26.9%
Rara vez	4	15.4%
Casi siempre	7	26.9%
Siempre	8	30.8%
Total	26	100.0%

La tabla N° 44, muestra las veces que un familiar le habló a cada uno de los residentes sobre los peligros de consumir drogas. Se encontró que a 7 (26.9%) no les conversaron nunca, a 6 (23.1%) casi siempre y a 13 (50.0%) siempre.

Tabla N° 44. Veces que un familiar le habló sobre los peligros de consumir drogas a la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	7	26.9%
Rara vez	0	0.0%
Casi siempre	6	23.1%
Siempre	13	50.0%
Total	26	100.0%

La tabla N° 45, muestra las veces que un familiar habló con cada uno de los residentes sobre los peligros de andar con personas que se drogan. Encontrando que a 4 (15.4%) no le conversaron nunca, a 1 (3.8%) rara vez, a 5 (19.2%) casi siempre y a 16 (61.5%) siempre.

Tabla N° 45. Veces que un familiar le habló sobre los peligros de andar con personas que se drogan a la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

Categoría	Frecuencia	%
Nunca	4	15.4%
Rara vez	1	3.8%
Casi siempre	5	19.2%
Siempre	16	61.5%
Total	26	100.0%

Al analizar las actividades recreativas desarrolladas por los integrantes de la Comunidad Terapéutica (tabla N° 46) se encontró que de los 26 integrantes de la comunidad terapéutica que practican deportes o competencias, 4 (15.4%) no lo hacen nunca, 10 (38.5%) rara vez, 11 (42.3%) casi siempre y 1 (3,8%) siempre. También podemos observar que de los residentes que juegan juegos de mesa, 5 (19.2%) nunca juegan, 10 (38.5%) juegan rara vez, 10 (38.5%) juegan casi siempre

y 1 (3.8%). En cuanto los residentes que se dedican a leer libros, 1 (3.8%) nunca lee libros, 4 (15.4%) lee rara vez, 5 (19.2%) casi siempre y 16 (61.5%) siempre. Con respecto a los residentes que ven televisión, 4 (15.4%) nunca ven televisión, 5 (19.2%) rara vez, 3 (11.5%) casi siempre y 14 (53.8%) ven siempre. Con respecto a los que salen a pasear y hablar con amigos, 11 (42.3%) nunca lo hacen, 4 (15.4%) rara vez, 6 (23.1%) casi siempre y 5 (19.2%) siempre salen a pasear y a hablar con amigos.

Tabla N° 46. Actividades recreativas desarrolladas por la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

Actividad	Nunca		Rara vez		Casi siempre		Siempre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Practicar deporte o competiciones	4	15.4%	10	38.5%	11	42.3%	1	3.8%
Jugar juegos de mesa	5	19.2%	10	38.5%	10	38.5%	1	3.8%
Leer libros	1	3.8%	4	15.4%	5	19.2%	16	61.5%
Ver televisión	4	15.4%	5	19.2%	3	11.5%	14	53.8%
Pasear y hablar con amigos	11	42.3%	4	15.4%	6	23.1%	5	19.2%

A los residentes de la comunidad terapéutica se les preguntó las razones por las cuales creen que la comunidad va a ayudarles a superar sus problemas (tabla N° 47) obteniéndose los siguientes resultados, 9 (34.6%) indicó cambiar su actitud/ valores/ pensamientos, 2 (7.7%) indicaron trabajar consigo mismo y conocerse mejor, 1 (3.8%) indicaron que el programa ha tenido éxito con otras personas que yo conozco, 6 (23.1%) indicaron tener fe en el programa y en los terapeutas y 8 (30.8%) indicaron que les prepara para afrontar la realidad y ver otras opciones de la vida/ ser una persona normal.

Tabla N° 47. Razones por la que la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” cree que la comunidad le va a ayudar a superar sus problemas.

Alternativa	Frecuencia	%
Cambiar mi actitud/ valores/ pensamientos	9	34.6%
Trabajar conmigo mismo y conocerme mejor	2	7.7%
El programa ha tenido éxito con otras personas que yo conozco	1	3.8%
Tengo fe en el programa y en los terapeutas	6	23.1%
Me prepara para afrontar la realidad y ver otras opciones de la vida/ ser una persona normal	8	30.8%
Por obligación/ no tengo fe	0	0.0%
Total	26	100.0%

La tabla N° 48, muestra el tiempo de abstinencia de los residentes de la comunidad terapéutica. Se encontró que 4 (15.4%) residentes solo tiene algunos días de abstinencia, 3 (11.5%) tiene semanas de abstinencia, 14 (53.8%) lleva varios meses de abstinencia y 5 (19.2%) lleva varios años de abstinencia.

Tabla N° 48. Tiempo de abstinencia de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Tiempo	Frecuencia	%
Días	4	15.4%
Semanas	3	11.5%
Meses	14	53.8%
Años	5	19.2%
Total	26	100.0%

4.2.2. Análisis Bivariado.

En la tabla N° 49, se muestra el nivel de Seguridad Alimentaria y el estado Nutricional según el índice de masa corporal (IMC) y podemos observar que de la población que se encuentra en estado de Inseguridad Alimentaria leve, 10 (83.3%) tiene un IMC normal, 1 (8.3%) tiene sobrepeso y 1 (8.3%) es obeso. Con respecto a los residentes en estado de inseguridad alimentaria moderada, 7 (63.6%) están en estado de delgadez y 4 (36.4%) está con sobrepeso. De la población que se encuentra en estado de inseguridad alimentaria severa, 1 (33.3%) se encuentra en estado de delgadez, 1 (33.3%) se encuentra en estado normal y 1(33.3%). Para determinar si existe correlación entre las variables Seguridad Alimentaria y el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba Tau-b de Kendall, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.814 lo que indica que no existe evidencia de una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Tabla N° 49. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Categoría	Seguridad alimentaria		Inseguridad alimentaria leve		Inseguridad alimentaria moderada		Inseguridad alimentaria severa		P Tau-b de Kendall
	n	%	N	%	N	%	N	%	
Delgadez	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0.814
Normal	0	0.0	10	83.3	7	63.6	1	33.3	
Sobrepeso	0	0.0	1	8.3	4	36.4	1	33.3	
Obeso	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	
Total	0	100.0	12	100.0	11	100.0	3	100.0	

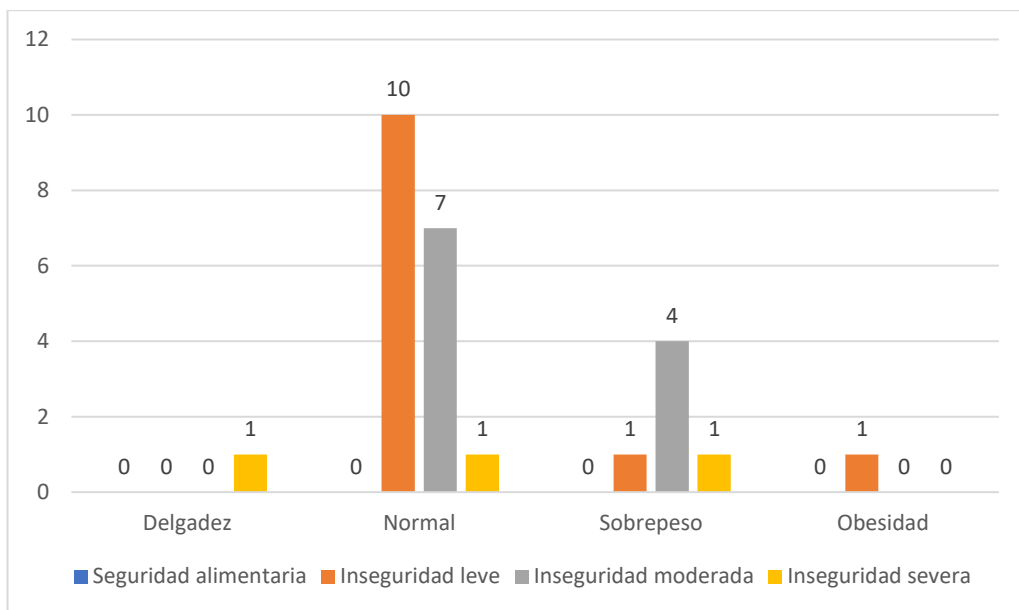


Gráfico N° 19. Seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

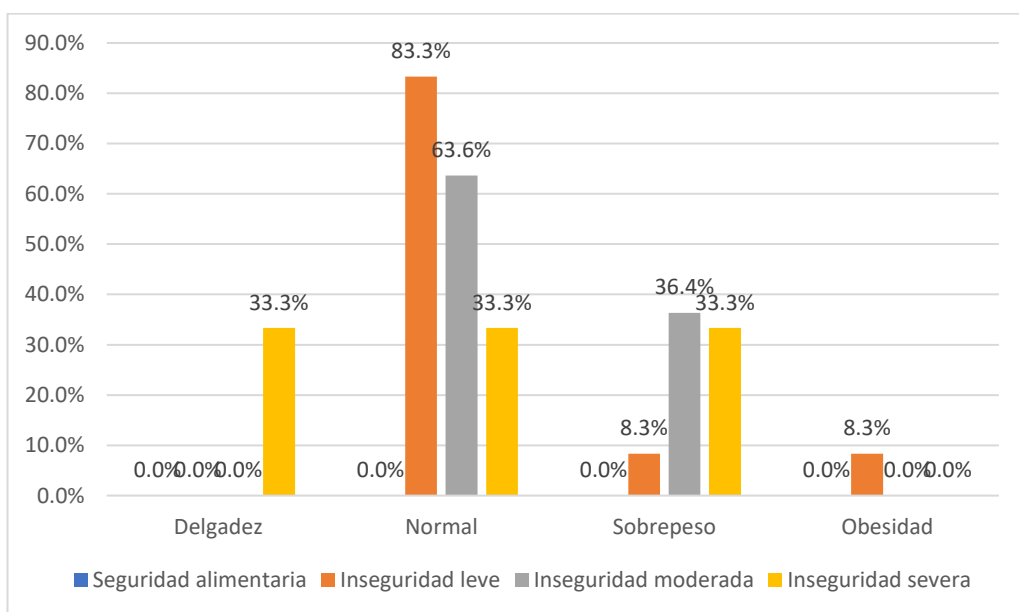


Gráfico N° 20. Distribución porcentual del nivel de seguridad alimentaria según el Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) de la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

Tabla N° 50. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Hábitos alimentarios saludables	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		p Spearman
	N	%	N	%	n	%	n	%	
Buena calidad de alimentación	1	100.0	16	88.9	6	100.0	0	0.0	0.531
Mala calidad de alimentación	0	0.0	2	11.1	0	0.0	1	100.0	
Total	1	100.0	18	100.0	6	100.0	1	100.0	

Al hacer el análisis bivariado entre el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal y los hábitos alimentarios saludables de esta población (tabla N° 50), se observa que existe 1 residente que se encuentran en estado de delgadez y tienen buena calidad de alimentación, en cuanto a los 18 residentes que están en estado normal, 16 (88.9%) tienen buena calidad de alimentación y 2 (11.1%) tienen mala calidad de alimentación, existen 6 residentes que tienen sobrepeso y todos ellos tienen buena calidad de alimentación y finalmente existe un residente obeso y con mala calidad de alimentación. Para determinar si existe correlación entre las variables hábitos alimentarios saludables e Índice de Masa Corporal se aplicó la prueba de Spearman, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.531 lo que indica que no existe evidencia de que ambas variables tengan una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Tabla N° 51. Estado Nutricional (Índice de Masa Corporal) según los hábitos alimentarios no saludables de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Hábitos alimentarios saludables	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		p Spearman
	N	%	N	%	n	%	n	%	
Buena calidad de alimentación	1	100.0	9	50.0	4	66.7	0	0.0	0.829
Mala calidad de alimentación	0	0	9	50.0	2	33.3	1	100.0	
Total	1	100.0	18	100.0	6	100.0	1	100.0	

Al hacer el análisis bivariado entre el Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal y los hábitos alimentarios no saludables de esta población (tabla N° 51), se observa que existe 1 residente que se encuentran en estado de delgadez y tienen buena calidad de alimentación, en cuanto a los 18 residentes que están en estado

normal, 9 (50.0%) tienen buena calidad de alimentación y 9 (50.0%) tienen mala calidad de alimentación, existen también 6 residentes que tienen sobrepeso de los cuales 4 (66.7%) tiene una buena calidad de alimentación y 2 (33.3%) tiene una mala calidad de alimentación y finalmente existe un residente obeso y con mala calidad de alimentación. Para determinar si existe correlación entre las variables hábitos alimentarios no saludables e Índice de Masa Corporal se aplicó la prueba de Spearman, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.829 lo que indica que no existe evidencia de que ambas variables tengan una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Tabla N° 52. Características sociodemográficas según su estado nutricional de la población de la Comunidad Terapéutica "Talita Kumi".

Variable	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obeso		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Hombre	1	3.8	18	69.2	6	23.1	1	3.8	
Mujer	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Edad									
15 a 18 años	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	
19 a 25 años	0	0.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	
26 a 39 años	0	0.0	7	70.0	3	30.0	0	0.0	0.860
40 a 55 años	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	
56 años a más	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	
Nivel educativo									
Sin educación	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Primaria	0	0.0	7	77.8	1	11.1	1	11.1	
Secundaria	0	0.0	7	70.0	3	30.0	0	0.0	0.747
Superior incompleta	1	20.0	2	40.0	2	40.0	0	0.0	
Superior completa	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
Estado civil									
Casado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Viudo	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
Conviviente	0	0.0	2	40.0	3	60.0	0	0.0	
Divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.070
Separado	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
Soltero	1	5.6	14	77.8	3	16.7	0	0.0	
Ocupación laboral previa									
Ninguna	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
Profesor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Obrero	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	
Vendedor de abarrotes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.460
Empleado público	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	
Vigilante de seguridad	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	
Otro	0	0.0	13	72.2	6	22.2	1	5.6	
Afilianción a un seguro de salud									
ESSALUD	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0.0	
SIS	0	0.0	10	83.3	2	16.7	0	0.0	0.701
Otro	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
No está afiliado	0	0.0	6	66.7	2	22.2	1	11.1	
Número de hijos (S)									
Sin hijos	0	0.0	9	69.2	3	23.1	1	7.7	
Con un hijo	1	16.7	3	50.0	2	33.3	0	0.0	0.427
Con más de un hijo	0	0.0	6	85.7	1	14.3	0	0.0	
Gasto diario en alimentos									
No gasta	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	
Menos de S/ 3.00	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
De S/ 3.00 a S/ 15.00	1	14.3	5	71.4	0	0.0	1	14.3	0.066
De S/ 16.00 a S/ 30.00	0	0.0	6	66.7	3	33.3	0	0.0	
Más de S/ 30.00	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	
Ingresos económicos familiares al mes									
Menos de S/ 500.00	0	0.0	9	90.0	0	0.0	1	10.0	
De S/ 750.00 a S/ 1,000.00	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	
De S/ 1,001.00 a S/ 2,000.00	0	0.0	4	50.0	4	50.0	0	0.0	0.286
Más de S/ 2,000.00	0	0.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	

Al hacer el análisis bivariado entre la variable Índice de Masa Corporal y la variable Sexo, se observa que la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” está conformada por 26 residentes de sexo masculino, de los cuales, 1 (3.8%) se encuentran en estado de delgadez, 18 (69.2%) en estado normal, 6 (23.1%) con sobrepeso y 1 (3.8%) se encuentra en estado obeso. No se puede determinar si existe relación entre las variables sexo e Índice de Masa Corporal dado que la variable Sexo sólo tiene una categoría.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y los grupos de edad de esta población, se observa que, del total de 26 residentes, 5 (100.0%) tienen una edad entre 15 y 18 años y se encuentran en estado normal. Los residentes que tienen una edad entre 19 y 25 años son 4, de estos, 3 (75.0%) se encuentran en estado normal, 1 (25.0%) se encuentra con sobrepeso. Los residentes que tienen una edad entre 26 y 39 años son 10, de los cuales, 7 (70.0%) se encuentran en estado normal y 3 (30.0%) se encuentran con sobrepeso. Los residentes que tienen una edad entre 40 y 55 años son 4, 1 (25.0%) se encuentra en estado de delgadez, 2 (50.0%) se encuentra en estado normal y 1 (25.0%) se encuentra con sobrepeso. Los residentes que tienen una edad de 56 años a más son 3, 1 (33.3%) se encuentra en estado normal, 1 (33.3%) se encuentra con sobrepeso y 1 (33.3%) se encuentra en estado obeso. Para determinar si existe relación entre las variables Grupo de Edad e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de Spearman, encontrándose como resultado un p-valor igual a 0.860 lo que indica que no existe evidencia de una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y el nivel educativo de esta población, se observa que 9 residente tienen educación primaria, de estos, 7 (77.8%) están en estado normal, 1 (11.1%) se encuentra con sobrepeso y 1 (11.1%) se encuentra en estado obeso. También se observa que 10 residentes tienen educación secundaria, de los cuales, 7 (70.0%) se encuentran en estado normal y 3

(30.0%) se encuentran con sobrepeso. Luego encontramos que 5 residentes tienen educación superior incompleta, de los cuales, 1 (20.0%) se encuentra en estado de delgadez, 2 (40.0%) se encuentra en estado normal y 2 (40.0%) se encuentra con sobrepeso. Finalmente, 2 de los residentes tienen educación superior completa y los 2 (100.0%) se encuentran en estado normal. Para determinar si existe las variables Nivel Educativo e Índice de Masa Corporal están correlacionada, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, encontrándose un p-valor igual a 0.747 lo que indica que no existe evidencia estadística de estas variables estén correlacionadas a un nivel de significancia de 0.05.

Al hacer el análisis bivariado entre el Índice de Masa Corporal y el Estado Civil de esta población, se observa que 1 residente es viudo y está en estado de normal. También observamos que 5 residentes son convivientes, de estos, 2 (40.0%) se encuentran en estado normal y 3 (60.0%) se encuentran con sobrepeso. Los residentes cuyo estado civil es separado son 2, de los cuales, 1 (50.0%) se encuentra en estado normal y 1 (50.0%) está en estado obeso. Finalmente, 18 residentes son solteros, 1 (5.6%) se encuentra en estado de delgadez, 14 (77.8%) se encuentran en estado normal y 3 (16.7%) se encuentran con sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Estado Civil e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.070 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05. El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Ocupación Laboral Previa de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 1 residente no tuvo ninguna ocupación laboral previa y se encuentra en estado normal. También se encontró que 3 residentes fueron obreros y se encuentran en estado normal. A parte se encontró, 2 residentes que fueron empleados públicos y se encuentran con sobrepeso, 2 residentes fueron vigilantes en su ocupación laboral previa, de los cuales, 1 (50.0%) se encuentra en estado de delgadez y 1

(50.0%) se encuentra en estado normal. Finalmente, 18 residente tuvieron otras ocupaciones laborales previas, de estos, 13 (72.2%) se encuentran en estado normal, 6 (22.2%) con sobrepeso y 1 (5.6%) en estado de obesidad. Para determinar si existe correlación entre las variables Ocupación Laboral Previa e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.460 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Afiliación a un Seguro de Salud de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 4 residentes se encuentran afiliados a ESSALUD, de estos, 1 (25.0%) se encuentra en estado de delgadez, 1 (25.0%) se encuentra en estado normal y 2 (50.0%) se encuentran con sobrepeso. Luego encontramos que 12 residentes están afiliados al SIS, de los cuales, 10 (83.3%) se encuentran en estado normal, 2 (16.7%) se encuentran con sobrepeso. También se encontró que un residente se encuentra afiliado a otro seguro de salud y se encuentra en estado normal. Finalmente, encontramos que 9 residentes no están afiliados a ningún seguro de salud, de los cuales, 6 (66.7%) se encuentran en estado normal, 2 (22.2%) se encuentran con sobrepeso y 1 (11.2%) se encuentra en estado de obeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Afiliación a un Seguro de Salud e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Gamma, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.701 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Número de Hijos de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 13 residentes no tienen hijos y de estos 9 (69.2%) se encuentran en estado de normal, 3 (23.1%) tienen sobrepeso y 1 (7.7%) se encuentra en estado obeso. También se encontró que 6 residentes tienen un solo hijo, de los cuales, 1 (16.7%) está en estado de

delgadez, 3 (50.0%) en estado normal y 2 (33.3%) están con sobrepeso. Finalmente se encontró que 7 residentes tienen más de un hijo, de ellos, 6 (85.7%) se encuentran en estado normal y 1 (14.3%) se encuentra con sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Número de Hijos e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Spearman, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.427 lo que indica que no existe correlación estadística entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal y Gasto Diario en Alimentos de esta población presenta los siguientes resultados, se observa que 4 residentes no tienen gastos diarios en alimentos y están estado normal. Luego se encontró que 7 residentes gastan entre S/ 3.00 y S/ 15.00, de estos, 1 (14.3%) se encuentra en estado de delgadez, 5 (71.4%) están en estado normal y 1 (14.3%) se encuentra en estado obeso. También se encontró que 9 residentes gastan entre S/ 16.00 y S/ 30.00, de los cuales, 6 (66.7%) se encuentran en estado normal y 3 (33,3%) se encuentran con sobrepeso. Finalmente, 6 residentes tienen un gasto diario en alimentos de más de S/. 30.00, 3 (50.0%) están en estado normal y 3 (50.0%) están con sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Gasto Diario en Alimentos e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación Spearman, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.066 lo que indica que no existe una correlación entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

El análisis bivariado de las variables Índice de Masa Corporal e Ingresos económicos familiares de esta población presenta los siguientes resultados, 10 residentes tiene ingresos económicos familiares al mes de menos de S/ 500.00, de estos, 9 (90.0%) se encuentra en estado normal y 1 (10.0%) se encuentra en estado obeso. También se encontró que 4 residentes tienen ingresos familiares al mes entre S/ 750.00 y 1,000.00, de los cuales, 1 (25.0%) se encuentra en estado de delgadez, 2 (50.0%) se encuentra en estado normal y 1 (25.0%) se encuentra con sobrepeso. Además,

se encontró 8 residentes que tienen ingresos familiares entre S/ 1,001.00 y S/ 2,000.00, 4 (50.0%) se encuentran en estado normal y 4 (50.0%) se encuentran con sobrepeso. Finalmente, 4 residentes tienen ingresos familiares al mes de más de S/ 2,000.00, de los cuales, 3 (75.0%) se encuentran en estado normal y 1 (25.0%) se encuentra con sobrepeso. Para determinar si existe correlación entre las variables Ingresos Económicos Familiares al Mes e Índice de Masa Corporal, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, habiéndose obtenido un p-valor igual a 0.286 lo que indica que no existe una correlación entre las variables a un nivel de significancia de 0.05.

V. DISCUSIÓN

En la investigación, Con respecto al Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) la mayor proporción corresponde a delgadez (76.7%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”, estos resultados son similares al estudio de **Mamani E. (2017)** ⁽¹⁸⁾ donde la muestra presento un 66.7% de delgadez. Por otro lado, nuestra investigación demostró con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) un 23.1% de sobrepeso y 3.8% de obesidad de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” esto resultados difieren a la investigación de **Valdivia T. y Valencia H. (2019)** ⁽²²⁾ donde la proporción de sobrepeso y obesidad fue 27.6 % y 17.2 % respectivamente.

Se observó en el riesgo cardiovascular según perímetro abdominal un 18.6% de riesgo muy alto en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y 3.8% de riesgo muy alto en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” según el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud un perímetro abdominal mayor a 102 cm en varones y 88 cm en mujeres difieren a un riesgo cardiovascular muy alto, estos resultados difieren al estudio de **Aspajo D. y Huayaban L. (2019)** ⁽²³⁾ donde la muestra presento un 13.0% de riesgo muy alto de la muestra total. La Organización Mundial de la Salud indica la medición de la circunferencia de la cintura por sí sola da una correlación más práctica de la distribución de la grasa abdominal y una mejor asociación con procesos de salud- enfermedad

La población del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” presento un 67.4% de Inseguridad Alimentaria moderada y 46.2% de Inseguridad Alimentaria leve en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, estos datos difieren a la investigación de **Mamani E. (2017)** ⁽¹⁸⁾ donde la muestra presento un 56.18% de inseguridad leve. Por eso vivir en condiciones de inseguridad alimentaria conlleva a cambios en la cantidad y calidad de la dieta, favoreciendo la carencia de nutrientes

esenciales, aumentando los riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden acelerar procesos de limitación funcional, cognitiva, dependencia, fragilidad e invalidez para diferentes poblaciones.

Con respecto a los hábitos alimentarios saludables la muestra de estudio presento un 95.3% de calificación de buena en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y 88.5% de calificación buena en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” estos datos son similares a la investigación de **Ramírez S. y Borja G. (2017)**⁽¹⁷⁾ donde la muestra presento un 95.3%.

Es importante en las personas mayores tener muy arraigados estilos de vida y sus hábitos alimentarios saludables, por lo anterior la educación nutricional debe intervenir simultáneamente la oferta de alimentos y los conocimientos y habilidades relacionados con el consumo.

Los hábitos alimentarios no saludables presento un 86% de calificación mala en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y 46.2% de calificación mala en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, estos datos difieren a la investigación de **Duran S. et al (2017)**⁽⁷⁾ con 48% de calificación mala. Un factor de riesgo encontrado es el bajo consumo de frutas y verduras, así como exceso de insumos altos en grasas, lo que se considera un factor determinante para el estado de salud y nutrición y que puede contribuir a su proceso de fragilización. Se ha comprobado que el consumo de estos alimentos es útil para prevenir la HTA dislipidemia y diabetes, enfermedades de alta prevalencia en este grupo de edad.

Con respecto al nivel de educación los adultos mayores del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” se observó mayor proporción del nivel Primaria (44.2%), estos resultados difieren a **Bazalar L. et al. (2019)**⁽¹²⁾ donde el nivel secundario completa o incompleta presento un mayor porcentaje (74.9%).

Los resultados demostraron mayor proporción del estado civil de viudez (23.3%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” estos resultados difieren a la investigación del autor **Timbila T. (2019)** ⁽⁵⁾ donde la muestra estudiada presento una proporción del estado civil de casado (57.78%).

En cuanto a la ocupación previa se observó una mayor proporción de la venta de abarrotes (16.3%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” estos resultados difieren a la investigación del autor **Timbila T. (2019)** ⁽⁵⁾ donde la muestra estudiada demostró mayor porcentaje en actividades de comercio y artesanía.

Referente al tipo de afiliación de un seguro de salud la mayor proporción correspondían al Sistema Integrado de Salud (SIS) con 76.2% en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y 46.2% en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, estos resultados son similares al estudio de **Hipólito R. (2016)** ⁽¹⁹⁾ donde la muestra estudiada presento un 90% de afiliación al SIS. La mayoría de los residentes pertenece algún tipo de seguro de salud público (SIS) o público-privado (ESSALUD) facilitando la atención en las diferentes Instituciones prestadoras de salud (IPRESS).

La investigación demostró mayor porcentaje correspondiente a más de un hijo (51.2%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”, y sin hijos (50%) la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, estos resultados difieren al estudio de **Núñez M. y Torres Y. (2019)** ⁽¹³⁾ donde la muestra estudiada presento solo el 20% en dos a más hijos.

En cuanto a la fuente de ingreso la mayor proporción no recibe ningún tipo de apoyo (76.7%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”, se cubre su presupuesto por medio de donaciones al centro de beneficencia por apoyo social de la comunidad, los gobiernos regionales y locales, estos resultados son similares

a **Hipólito R. (2016)** ⁽¹⁹⁾ donde la muestra estudiada tampoco recibía ninguna ayuda familiar o social (90%). En otros casos la falta de poder adquisitivo para cubrir las necesidades básicas un adulto mayor trae una carga económica importante que el estado no puede solventar por eso la importancia del apoyo familiar durante la permanencia del adulto mayor en estos centros residenciales.

Con respecto al número de veces que ven a sus familiares los adultos mayores, el estudio presento mayor proporción a la categoría Nunca (46.5%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”, estos datos son similares a la investigación de **Bernardo M. y Salazar X. (2019)** ⁽¹⁴⁾ donde la categoría Nunca obtuvo un 65% no existe restricciones en la visita de familiares a los adultos mayores, además se fomenta la comunicación para brindar una calidad de vida, pero algunas personas no tienen familiares cercanos o con vida generando depresión y soledad.

Los adultos mayores del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” conocen y frecuenta a algunos residentes (79.1%), es necesario las interacciones personales capaces de proporcionarles diversos tipos de ayudas mejorando su vida dentro de un cierto nivel de calidad. Dichas interacciones generalmente provienen de la red social más próxima y suelen ser de tipo emocional, material e instrumental; éstas últimas se traducen en la provisión de ayuda en la solución de problemas y afrontamiento de situaciones difíciles. ⁽⁵⁸⁾

Con las actividades físicas o labores (jardinería, caminata, mandados, paseos al aire libre, juegos de azar, etc.) en los adultos mayores se observó un 48% Nunca realizaban actividad física estos datos son similares a la investigación de **Bernardo M. y Salazar X. (2019)** ⁽¹⁴⁾ donde la categoría Nunca obtuvo un 66.3%. Por eso la importancia del ejercicio físico para mantener la movilidad en el tiempo. Las personas mayores que realizan alguna actividad física son mucho más coordinadas y ayuda a reducir el riesgo de accidentes como tropezones o caídas en la tercera edad.

Los adultos mayores presentaron Raras Veces síntomas de debilidad, dolor o enfermedad (55.8%) en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” estos resultados son similares al estudio de **Inga J. y Vara A. (2006)**⁽²⁰⁾ donde la muestra presento un 36.8% del total de la población. Además, como parte del proceso fisiológico la aparición progresiva de síntomas y dolencias es característica de la etapa del adulto mayor.

Nuestros resultados demostraron mayor proporción de adultos de 26 a 39 años (38.5%) en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, estos valores difieren a la investigación de **Abramonte K. (2019)**⁽¹⁵⁾ que encontró mayor proporción de adultos de 18 a 29 años (46.8%). Cómo se observa a nivel mundial las adicciones se manifiestan a jóvenes y adultos jóvenes sin embargo no discrimina otros grupos etareos y es justificable su internación en cualquier centro de atención cerrada.

Con respecto al sexo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” el 100% correspondía al masculino estos resultados difieren a la investigación de **Abramonte K. (2019)**⁽¹⁵⁾ donde el sexo masculino correspondía al 72%. El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es mayor en los hombres que en las mujeres en casi todas las prevalencias en otras investigaciones internacionales.

El nivel educativo de la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” presento un 38.5 % con secundaria, estos resultados difieren a la investigación de **Amao K. (2019)**⁽¹⁶⁾ donde el 45.8% presento secundaria incompleta. Una deficiente preparación o acceso a estudios superiores afecta la capacidad de analizar información asumir responsabilidades referentes al consumo de sustancias prohibidas y en exceso.

Con respecto al estado civil el mayor porcentaje de la población se encuentra soltero (69.2%), estos resultados son similares a la investigación de **Abramonte K. (2019)**⁽¹⁵⁾ donde la mayoría de los residentes presento estado civil de soltero (70.1%). Por

otro lado, cuando no existe obligaciones o compromisos familiares favorece la compra de sustancias y adicciones permanentes.

La ocupación laboral previa en mayor proporción de los residentes de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” es obrera (11.5%), estos resultados difieren a la investigación de **Abramonte K. (2019)** ⁽¹⁵⁾ donde la mayoría tenía trabajos dependientes (44.8%). El acceso a un puesto laboral dependiente o independiente permite la adquisición de sustancias productoras de adicción.

Los Ingresos económicos mensuales de los familiares de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” es menor a 500 soles (38.5%), estos resultados difieren a la investigación de **Mendoza I. (2016)** ⁽⁸⁾ donde el salario de los familiares era el equivalente a 1200 soles (80%). Esta característica limita una mejor calidad de vida considerando que el salario descrito es inferior al sueldo mínimo vital.

El gasto diario en compra de alimentos por la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” tiene un intervalo de 16 a 30 soles diario (34.6%), estos resultados difieren al estudio de **Archenti G. (2019)** ⁽²¹⁾ donde el gasto diario fue de 11 a 20 soles (37.5%). Porque la canasta básica diaria es de 80 soles y el costo de vida en la provincia de Maynas y su capital Iquitos es elevado comparado con otras ciudades del Perú.

Con respecto a las veces que un familiar le habló sobre los peligros de fumar, tomar bebidas alcohólicas y consumir algún tipo de droga, los residentes indicaron que siempre recibieron información (42.3%, 30.8% y 50.0% respectivamente) estos resultados difieren a la investigación de **Soledad M. (2010)** ⁽¹⁰⁾ donde la respuesta más frecuente, entre los que contestaron, corresponde al 8,55% y refieren que la información proviene de padres y/o familiares. Existe otros medios de comunicación sobre adicciones a drogas, bebidas alcohólicas y hábitos de fumar sin embargo las personas no presentan intereses en la información descrita.

Con respecto a las actividades recreativas desarrolladas por la población de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, la mayor proporción fueron la lectura de libros (61.5%) y ver televisión (53.8%), estos resultados difieren a la investigación de **Soledad M. (2010)**⁽¹⁰⁾ donde las principales actividades fueron conversar con otras personas (54.9%) y hacer deportes (32.14%). La diversidad de actividades lúdicas o deportivas permite a los residentes de los centros de rehabilitación a conllevar el stress producido por la terapia de rehabilitación.

La muestra del estudio considera que el cambio de actitud/ valores/ pensamientos es el principal beneficio de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” (34.6%), según **Troncoso C. et al (2016)**⁽⁹⁾ los centros o programas con dependencia a sustancias ilícitas, se concentran en la importancia que presenta para los usuarios el plan de rehabilitación, consignado a mejorar la relación familiar o estilo de vida a través de una atención integral que facilite su recuperación , así como la importancia de la nutrición y alimentación para estas personas mientras están en tratamiento.

El porcentaje de tiempo de abstinencia corresponde al 53.8% en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, este resultado difiere al estudio de **Garmendia M. et al (2008)** donde el 70.8% presento abstinencia por 6 meses consecutivos⁽¹¹⁾.

Este punto revela la necesidad concreta de capacitación en este centro, en el diagnóstico y registro adecuado de todas las características de los pacientes en tratamiento. Esta es una condición básica para una correcta evaluación y seguimiento que permitan identificar mejores formas de los tratamientos.

La alimentación y nutrición de la población de las dos instituciones de asistencia social se han visto forzosamente afectados por la pandemia del COVID 19; cambiando la distribución, disponibilidad y acceso a los alimentos, así como en la preparación y en el consumo modificando los hábitos alimentarios de los albergados. El confinamiento, la disminución del poder adquisitivo de los albergados, por la

depresión y una potencial falta de disponibilidad y dificultad de acceso a alimentos sanos y seguros perjudico el consumo, en especial en los grupos más vulnerables.

Respecto a las correlaciones planteadas en esta investigación, se determinó que existe una correlación estadísticamente significativa débil negativa a un nivel de significancia según la prueba Tau-b de Kendall de 0.05 y con un $(p = 0.000)$, entre la seguridad alimentaria y el estado nutricional según el índice masa corporal (IMC) en el centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís”; Así mismo, se demostró que no existe correlación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05 y con un $(p = 0.814)$ en la comunidad terapéutica “Talita Kumi”. Esta diferencia corresponde a la mayor presencia de delgadez en los adultos mayores como parte del proceso de envejecimiento natural, por otro lado, los albergados de la comunidad terapéutica presentan condiciones de buen peso al no presentar enfermedades degenerativas y solo la presencia de algún tipo de adicción.

Se determinó que no existe correlación entre las variables hábitos alimentarios saludables y Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal $(p = 0.442)$ y hábitos alimentarios no saludables y Estado Nutricional según el índice de masa corporal $(p = 0.157)$, en los albergados del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”; se demostró, así mismo, que no existe correlación entre las variables hábitos alimentarios saludables y Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal $(p = 0.531)$ y hábitos alimentarios no saludables y Estado Nutricional según el índice de masa corporal $(p = 0.829)$, en los albergados de la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”. La pandemia por COVID-19 afecto la cantidad de alimentos disponibles y la baja calidad nutricional al reducir los costos económicos o presupuestarios de ambas instituciones, muy por el contrario de lo que se ha planteado respecto a la importancia de acceder a una alimentación balanceada como una de las medidas para evitar complicaciones graves en el estado de salud de los albergados.

Finalmente, se determinó que, si existe correlación entre las variables Factores Sociodemográficos y Estado nutricional según el Índice de Masa Corporal, en las características: nivel educativo ($p = 0.002$), afiliación a un seguro de salud ($p = 0.013$), fuentes de ingresos económicos ($p = 0.000$), y no existe correlación; sexo ($p = 0.143$), edad ($p = 0.213$), estado civil ($p = 0.295$), ocupación laboral previa ($p = 0.155$), número de hijos ($p = 0.356$), en el Centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís”; Así mismo, se determinó que, no existe correlación entre las variables Factores Sociodemográficos y Estado nutricional según el Índice de Masa Corporal, en las características: sexo, edad ($p = 0.860$), nivel educativo ($p = 0.747$), estado civil ($p = 0.070$), ocupación laboral previa ($p = 0.460$), afiliación a un seguro de salud ($p = 0.701$), número de hijos ($p = 0.0427$), gasto diario en alimentos ($p = 0.066$), ingresos económicos familiares al mes ($p = 0.286$), en la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”. Los albergados del Centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís” presentan un mejor nivel educativo además de recibir apoyo de instituciones público-privado, así como donaciones individuales de familiares además de las políticas de salud con respecto al acceso de una cobertura de salud gratuita por ser grupo vulnerable. Por otro lado, los albergados de la Comunidad terapéutica “Talita Kumi” solo solventan sus ingresos económicos de forma individual, y al presentar adicciones de alcohol o drogas a temprana edad no terminaron con los estudios primarios, secundarios o superiores según corresponda.

VI. CONCLUSIÓN

El estado Nutricional determinado según el índice de masa corporal, se evidencio que la gran parte de los albergados del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” se encuentran en un estado de delgadez por pérdidas significativas de peso al ser población de riesgo en tiempos de pandemia y en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” se encontró presencia de sobrepeso y obesidad.

El perímetro abdominal mostro un riesgo cardiovascular muy alto en Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” y en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

La población adulto mayor presento nivel de inseguridad alimentaria, moderada a severa; y concerniente a la población persona adulta mostro mayor incidencia en los niveles de inseguridad alimentaria leve y moderada.

Los albergados del centro residencial y la comunidad terapéutica del adulto mayor evaluados presentan una buena calidad de la alimentación según clasificación de la subescala de los hábitos alimentarios saludable; y según la subescala de hábitos alimentarios no saludables, presentan una mala calidad de alimentación.

Los factores psicosociales, en el Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” demostró que la mayoría de los albergados dicen no gozar de un buen estado de salud, de participar de las actividades e interrelacionarse entre ellos y no reciben visitas de sus familiares, mientras en la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”, la mayoría tuvo un familiar que indico sobre los peligros de las drogas; además son participativos en las diferentes actividades sociales y confían en el tratamiento para un cambio en su estado de salud.

Existe una correlación estadísticamente significativa, entre la seguridad alimentaria y el estado nutricional según el índice masa corporal (IMC) en el centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís”; pero, no existe correlación estadísticamente significativa en la comunidad terapéutica “Talita Kumi”.

Se determinó que no existe correlación entre las variables hábitos alimentarios saludables y Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal y hábitos alimentarios no saludables y Estado Nutricional según el índice de masa corporal, en los albergados del Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís”; y la Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”.

Se determinó que, si existe correlación entre las variables Factores Sociodemográficos y Estado nutricional según el Índice de Masa Corporal, en las características: nivel educativo, afiliación a un seguro de salud, fuentes de ingresos económicos, en el Centro residencial del adulto mayor “San Francisco de Asís”; pero no existe correlación entre las variables Factores Sociodemográficos y Estado nutricional según el Índice de Masa Corporal, en la Comunidad terapéutica “Talita Kumi”.

El Covid- 19 tuvo un impacto sobre la seguridad alimentaria y el estado nutricional de los albergados de ambas instituciones por el desplazamiento en la cadena de suministro o acceso físico y aumento económico en los centros de expendio de alimentos frescos y secos por limitaciones logísticas o por especulación.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al director del centro residencial del adulto mayor, San Francisco Asís y la comunidad terapéutica “Talita Kumi” a la reincorporación de un profesional nutricionista, para el seguimiento y monitoreo constante del paciente. A través de consultorías o consejerías nutricionales charlas informativas y sesiones demostrativas. Además, se recomienda, la adquisición de equipos de valoración nutricional; como balanza calibrada, tallímetro de madera de tres piezas, instrumentos de medición de masa grasa y masa magra, antropómetro de huesos largos y cortos para la mejor valoración del estado nutricional de los albergados de dichas instituciones.
- Desarrollar y validar un instrumento de seguridad alimentaria y adaptarlo a la realidad local que viven los albergados dentro de las instituciones para asegurar su estado alimentario.
- A los gobiernos regionales, locales y a la dirección regional de salud, preocuparse por el adulto mayor, dar asistencia a las personas en abandono; realizar programas de asistencia social y otros programas como talleres para los albergados de cada una de las instituciones de la Localidad.
- Sugerir a las instituciones que brindan servicios de atención en salud a utilizar el correcto uso de las EPP (equipo de protección personal). Del personal de salud de las instituciones de asistencia social, así; prevenir enfermedades en tiempos de pandemia, para mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de los albergados.

VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salvador LM. Seguridad alimentaria , autosuficiencia y disponibilidad del amaranto en México the Availability of Amaranth in Mexico. 2016;186(47):107–32.
2. Zegarra E. La pandemia del COVID-19 y la inseguridad alimentaria en el Perú [Internet]. Available from: <http://www.grade.org.pe/novedades/la-pandemia-del-covid-19-y-la-inseguridad-alimentaria-en-el-peru-por-eduardo-zegarra/>
3. SOFI. Informe SOFI 2020: transformación de los sistemas alimentarios para que promuevan dietas asequibles y saludables [Internet]. Available from: <https://scalingupnutrition.org/es/news/informe-sofi-2020-transformacion-de-los-sistemas-alimentarios-para-que-promuevan-dietas-asequibles-y-saludables/>
4. Figueroa D. Seguridad Alimentaria Familiar. Rev Salud Publica Y Nutr. 2003;4(2):9.
5. Timbila T. “Inseguridad alimentaria y consumo de nutrientes en la parroquia San Juan de Iluman Canto Otavalo provincia de Imbabura 2019.” Universidad Tecnica del Norte; 2019.
6. Muñoz Díaz B, Martínez de la Iglesia J, Molina Recio G, Aguado Taberné C, Redondo Sánchez J, Arias Blanco MC, et al. Estado nutricional y factores asociados en pacientes ancianos ambulatorios. Aten Primaria. 2020;52(4):240–9.
7. Durán Agüero S, Candia P, Pizarro Mena R. Validacion de contenido de la encuesta de calidad de alimentacion del adulto mayor (ECAAM). Nutr Hosp. 2017;34(6):1311–8.
8. Mendoza I. Análisis de la Dinámica Familiar de los adolescentes internados en el “Hogar Crecer” del Canton Cuenca por el uso de sustancias psicoactivas, año 2015. 2016;
9. Troncoso Pantoja C, Mora Ormeño D, Sánchez Espinoza P. Factores que condicionan la alimentación de personas adultas en un centro de rehabilitación de drogas. Horiz Médico. 2016;16(3):29–34.
10. Soledad M. Analisis del registro de intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas en adolescentes escolarizados de la provincia de Cordoba-Argentina. 2010;
11. Garmendia ML, Alvarado ME, Montenegro M, Pino P. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Rev Med Chil. 2008;136(2):169–78.
12. Bazalar-Silva L, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos

mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. *Acta Medica Peru.* 2019;36(1):5–10.

13. Nuñez M, Torres Y. Factores del abandono familiar del adulto mayor en la sociedad de Beneficencia Huancavelica 2019. 2019;1–89.
14. Bernardo P, Salazar X. Situación sociofamiliar de los adultos mayores beneficiarios del CIAM de Jauja. 2019;111.
15. Abramonte K. Motivacion al cambio y riesgo de recaida en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapeuticas de Lima Sur. 2019;
16. Amao K. Variables psicologicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitacion de la Comunidad terapeutica “Casa de la Juventud” de San Juan de Lurigancho, 2018. 2019.
17. Ramirez S, Borja G. Habitros alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016. 2017;
18. Mamani E. Inseguridad alimentaria y estado nutricional en adultos mayores del distrito de Zepita, Chucuito. 2016; Available from:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11973/Mamani_Quispe_Edith_Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Hipolito R. Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Humano los Cedros-Nuevo Chimbote, 2016. Univ Católica Los Ángeles Chimbote. 2018;
20. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfaccion de vida de adultos mayores de 60 años en Lima- Peru. 2006;5(3):3–5.
21. Curitima GA. Seguridad Alimentaria y Factores Asociados en Familias de un Asentamiento Humano de Yurimaguas, Perú. 2019;63.
22. Valdivia, T., Valencia H. Ingesta calorica y Habitros alimentarios con el estado nutricional de los internos de al casa hogar Talita Kumi y Betania, Iquitos, 2018. 2018;90.
23. Aspajo D, Huayaban L. Relacion el estado nutricional y el consumo de alimentos en el centro residencial de atencion integral “San Francisco de Asis” Loreto 2018. 2019;1–98.
24. Carlos J, Mata R. Temas de actualidad. La cumbre mundial del hambre y la “nueva estrategia” de la FAO. *Cuad Arquit.* 1965;(60):49–50.
25. Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Ministerio de Agricultura y Riego. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021. *Minist Agric y Riego* [Internet]. 2013;73. Available from:
<https://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/estrategia-nacional-2013-2021.pdf>


26. CFS. Marco estratégico mundial para la seguridad alimentaria y la nutrición. Primera versión. 2012;39(1):1–17. Available from:
<http://www.fao.org/docrep/meeting/026/MD776s.pdf>
27. FAO, OPS, WFP, UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe, desigualdad y sistemas alimentarios. 2018;133. Available from: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/ca2127es.pdf>
28. MINAGRI-MINSA. Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2015-2021. Minist Agric y Riego. 2015;1–65.
29. FAO. Hambre e inseguridad alimentaria [Internet]. Organización De Las Naciones Unidas Para La Agricultura Y La Alimentación. 2018. Available from: <http://www.fao.org/hunger/es/>
30. Castell GS, Rodrigo CP, de la Cruz JN, Bartrina JA. Escalas de evaluación de la inseguridad alimentaria en el hogar. Nutr Hosp. 2015;31:272–8.
31. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), FIDA, UNICEF, PMA, OMS. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición [Internet]. Informe. 2018. 199 p. Available from: <http://www.fao.org/3/a-l7695s.pdf>
32. FAO. Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria. FAO. 2011;1–4.
33. FAO. Simposio Científico Internacional sobre Medición y Evaluación de la Carencia de Alimentos y la Desnutrición. Resumen. 2002;
34. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura F. Escala Latinoamericana y Caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA). 2012. 78 p.
35. FAO-CELAC. Seguridad Alimentaria bajo la Pandemia de COVID-19. 2020. 1–26 p.
36. Callisaya L, Seleme A. Hábitos alimentarios de riesgo nutricional en estudiantes de primer año de la carrera ciencias de la Educación en la Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz. Tesis [Internet]. 2016;214. Available from: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/11157>
37. Farré R. Evaluación del estado nutricional (dieta, composición corporal, bioquímica y clínica). Man Práctico Nutr y Salud [Internet]. 2006;109–17. Available from: https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_07.pdf
38. Ravasco P, , H. Anderson FM. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr Hosp. 2010;3(3):57–66.
39. Gimeno E. Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. Offarm. 2003;22:4.

40. Pastor AC, Santamaría M. La nutrición desde la perspectiva comunitaria y de salud pública. *Nutr en Salud Pública* [Internet]. 2017;222. Available from: <http://publicaciones.isciii.es>
41. Zimmet P, Alberti KGMM, Serrano Ríos M. Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Española Cardiol*. 2005;58(12):1371–6.
42. (INCA-OPS) I de nutrición de centro américa y panamá. Alimentación En La Edad Adulta. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=57-cadena-28-alimentacion-del-adulto-mayor&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235
43. INCAP. Evaluación del estado nutricional Indicadores Nutricionales en Adultos. I Foro sobre Enfermedades Crónicas no Transm [Internet]. 2010;1–5. Available from: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=209-evaluacion-del-estado-nutricional&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211
44. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(1):52–7.
45. SANDOVAL L, VARELA L. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. *Rev Medica Hered*. 2013;9(3):104.
46. Puerto EC. Inmunonutrición en el adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2007;23(4):183–5.
47. SERNAC. Nutricion y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentacion saludable. 2004;
48. Aguilar L, Contreras M, Del Canto J, Vílchez W. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta [Internet]. Vol. 1, Ministerio de Salud Perú. 2012. 8 p. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Guía Técnica VNA Adulto.pdf
49. Puscama A, Lencina- Kairuz P. Guia basica. Alimentacion y Nutricion saludable. 1. 2017;1:1–3.
50. Quero Acosta L. Valoración del estado nutricional. *Pediatr Integr*. 2003;7(4):269–76.
51. González Jiménez E. Composición corporal: Estudio y utilidad clínica. *Endocrinol y Nutr*. 2013;60(2):69–75.

52. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010;22(22):121–57.
53. MINSA-Essalud. Centro del adulto mayor [Internet]. 2010. p. 3–6. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
54. Ministerio de Salud CR. Recomendaciones nutricionales y alimentarias para la población ante la presencia del COVID-19. 2020;19. Available from: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/recomendaciones_nutricionales_poblacion_frente_covid_16042020.pdf
55. OMS. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. *Organ Mund la salud [Internet]*. 2020;(1):P1--34. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Wanden-Berghe C, Ermelinda Camilo M, Culebras J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutr Hosp*. 2010;25(SUPPL. 3):1–9.
57. Paredes F, Diestro D. Factores sociodemográficos y su relación con la satisfacción de la población con las obras públicas ejecutadas en Arequipa 2018. 2019;1–148. Available from: http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2573/1/Fiorella_Paredes_Dyrsse_Diestro_Tesis_Titulo_Profesional_2019.pdf
58. MINSA. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. 2005. p. 1–44.
59. MINSA, Aguilar Esenarro L, Mariela Contreras Rojas, Del Canto y Dorador J, Vílchez Dávila W. GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. 2013. 50 p.

ANEXOS

Anexo N° 1. Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os




PERU Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTAS/OS



		CLASIFICACIÓN PESOS (kg)							
		Delgadez		Normal	Sobrepeso	Obesidad			
IMC	Talla (m)	<16	≥16	≥17	≥18,5	≥25	≥30	≥35	≥40
		III	II	I	Normal	I	II	III	

INSTRUCCIONES

- Ubique en la columna Talla, la talla del adulto (varón o mujer).
- Compare el peso del adulto con los valores de peso que aparecen en el recuadro y clasificar:

Peso	Clasificación
< al peso correspondiente al IMC 16	Delgadez III
≥ al peso correspondiente al IMC 16	Delgadez II
≥ al peso correspondiente al IMC 17	Delgadez I
≥ al peso correspondiente al IMC 18,5	Normal
≥ al peso correspondiente al IMC 25	Sobrepeso
≥ al peso correspondiente al IMC 30	Obesidad I
≥ al peso correspondiente al IMC 35	Obesidad II
≥ al peso correspondiente al IMC 40	Obesidad III

< : menor ≥ : mayor o igual

Fuente: WHO, 2000. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. (WHO Technical Report Series N° 894). OMS, 1996. El Diagnóstico Físico. Uso e Interpretación de la Antropometría. Comité Experto de la OMS. Ginebra. (Serie de Informes Técnicos 854).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Definición
Es un índice antropométrico que relaciona el peso con la talla.

Cálculo: $\text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$
 $\text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)} / \text{Talla (m)}$

Descripción de la Tabla
La tabla nos muestra la relación entre el peso, la talla, los valores límites del IMC y la clasificación respectiva.

Uso
Es un instrumento que se usa para identificar individuos con bajo peso o sobrepeso.


Limitaciones
No es apropiado para evaluar a fisicoculturistas y gestantes.

USO DE TABLA

Ejemplo:
Varón de 37 años.
Peso = 58 kg
Talla = 1,69 m

		CLASIFICACIÓN PESOS (kg)							
		Delgadez		Normal	Sobrepeso	Obesidad			
IMC	Talla (m)	<16	≥16	≥17	≥18,5	≥25	≥30	≥35	≥40
		III	II	I	Normal	I	II	III	
	1,69	45,0	48,5	52,0	58,0	71,4	85,6	99,9	114,2

Clasificación: **NORMAL** (58 kg)



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2012-13578

© Ministerio de Salud, 2012.
Av. Galvani s/n cuadra B s/n, Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud, 2012.
Cajape, Yapanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú.
Teléfono: (511) 746-0000
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
Dirección Ejecutiva de Prevención
de Riesgo y Bajo Nutricional
Jr. Tizón y Suñero 276, Jesús María.
Teléfono: (511) 749-0000 anexo 8625
Lima, Perú, 2012, 3ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

SIGNOS DE ALERTA

- Cuando el IMC de normalidad varía en ± 1,5 entre dos controles.
- Cuando el peso de la persona evaluada se aproxima a los valores de peso correspondiente a los límites de IMC normal.
- Perímetro abdominal ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 94 cm en varones.
- Incremento o pérdida de peso mayor a 1 kg en dos semanas.
- Cambio de clasificación de IMC en sentido opuesto a la normalidad, por ejemplo: de delgadez I a delgadez II, de normal a sobrepeso o de sobrepeso a obesidad I.



PERÚ

Ministerio
de Salud



GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTA



Lima, 2012

Anexo N° 2. Tabla de valoración nutricional según IMC adulto mayor



TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTO MAYOR



		CLASIFICACIÓN					
		PESO (kg)					
		Delgadez		Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Puntaje INMI		0	1	2	3	3	3
Talla (cm)	IMC	< 19	≥ 19	≥ 21	> 23	≥ 28	≥ 32

INSTRUCCIONES

- Ubique en la columna TALLA, la talla del adulto mayor (varón o mujer).
- Compare el peso del adulto mayor con los valores de peso que aparecen en el recuadro y clasificar:

Valor del peso:	Clasificación	Puntaje para INMI
El peso correspondiente al IMC 14	Delgadez	0
Está entre los valores de peso de IMC = 14 y < 21	Delgadez	1
Está entre los valores de peso de IMC = 21 y 23	Delgadez	2
Está entre los valores de peso de IMC = 23 y < 28	Normal	3
Está entre los valores de peso de IMC = 28 y < 32	Sobrepeso	3
o el peso correspondiente al IMC 32	Obesidad	3

< menor
= mayor
> mayor o igual

Fuente: Guadañola, J. y cols. (2010). IMC Nutricional. Documento de prácticas profesionales para la gestión de salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

SIGNOS DE ALERTA

- La pérdida de 2,5 kg en tres meses debe inducir a una nueva evaluación nutricional, porque pueden ser predictivas de una discapacidad.
- Cuando el IMC de normalidad varía en ± 1,5 entre dos controles consecutivos.
- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límites de la normalidad.
- Perímetro abdominal ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 94 cm en varones.
- Incremento o pérdida de peso > a 3 kg en 2 semanas.
- Cambio de clasificación de IMC en sentido opuesto a la normalidad, por ejemplo: de normal a delgadez, de normal a sobrepeso o de sobrepeso a obesidad.

GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR



Lima, 2013

Anexo N° 3. Tabla de valoración nutricional Antropométrica – varones (5 a 17 años)

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - VARONES (5 a 17 años)

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN				
	Baja		NORMAL	Alta	
5	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
6	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
7	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
8	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
9	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
10	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
11	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
12	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
13	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
14	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
15	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
16	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
17	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE

INSTRUCCIONES

- Con los valores de peso y talla del niño o adolescente calcular el IMC, según fórmula:
 $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$
- Ubique en la columna de EDAD, la edad del niño o adolescente. Si no coincide ubíquese en la edad anterior.
- Compare el IMC calculado, con los valores del IMC que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1. EDAD BIOLÓGICA

Alas varones de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estados de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estados de Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indicar el estado en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica. Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC Edad y Talla Edad.

Nota: esta evaluación debe ser realizada por el profesional de salud capacitado y especializado en la aplicación de estas pruebas, y debe contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(s), o de otro personal de salud del mismo sexo que él o la evaluado.

ESTADOS TANNER			
Foto	Características de los genitales		Edad biológica (años y meses)
I	No hay cambios		9 a 10 a
II		Crece y empieza a aumentar ligeramente la testis.	10 a
III		Crece el pene ligeramente, como solo en longitud.	11 a 11 m
IV		Disminución del pene y desarrollo de testículo y escroto.	12 a 13 m
V		Genitales adultos.	14 a 16 m

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - VARONES (5 a 17 años)

TALLA PARA EDAD TALLA (cm)

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN				
	Baja		NORMAL	Alta	
5	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
6	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
7	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
8	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
9	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
10	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
11	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
12	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
13	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
14	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
15	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
16	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE
17	< -2DE	-2 DE	-1DE	Med	+1DE

INSTRUCCIONES

- Ubique en la columna de EDAD, la edad del niño o adolescente. Si no coincide los meses, tomar la edad anterior.
- Compare la talla del niño o adolescente con los valores de talla que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1. EDAD BIOLÓGICA

Alas varones de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estados de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estados de Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indicar el estado en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica. Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC Edad y Talla Edad.

Nota: esta evaluación debe ser realizada por el profesional de salud capacitado y especializado en la aplicación de estas pruebas, y debe contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(s), o de otro personal de salud del mismo sexo que él o la evaluado.



Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) - Perú
 Dirección General de Estadística y Censos (DIRECEN) - Perú
 Calle Tumbes 1001, Lima, Perú
 Teléfono: (51) 1 215 4822
 Página web: www.inec.gob.pe



GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADOLESCENTE



Lima, 2015

Anexo N° 4. Ficha de evaluación nutricional

INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL (CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR “SAN FRANCISCO DE ASIS”-COMUNIDAD TERAPÉUTICA “TALITA KUMI”) EN TIEMPOS DE COVID-19.

CÓDIGO:

Datos Personales				
Nombres y Apellidos				
Sexo	M	F	Edad	

Evaluación Nutricional	
Peso	kg.
Talla	cm.
Perímetro Abdominal	cm.
Altura de Rodilla	cm.
Perímetro de Pantorrilla	cm.
Perímetro Braquial	cm.
Pliegue Subescapular	cm.

ESTIMACIÓN DEL PESO Y LA TALLA EN CASOS ESPECIALES

Estimación del peso en casos especiales

Fórmula

Estimación del peso (mujeres) = (1,27 x perímetro pantorrilla) + (0,87 x altura de rodilla) + (0,98 x perímetro braquial) + (0,4 x pliegue cutáneo subescapular) - 62,35

Estimación del peso (varones) = (0,98 x perímetro pantorrilla) + (1,16 x altura de rodilla) + (1,73 x perímetro braquial) + (0,37 x pliegue cutáneo subescapular) - 81,69

Estimación de la talla en casos especiales

Fórmula

Estimación de la talla (varones) = 64,19 - (0,04 x edad) + (2,02 x altura de rodilla)

Estimación de la talla (mujeres) = 84,88 - (0,24 x edad) + (1,83 x altura de rodilla)

CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC, IMC/E Y T/E

Adulto Mayor

Clasificación	IMC
Delgadez	≤ 23,0
Normal	> 23 – < 28
Sobrepeso	≥ 28 – < 32
Obesidad	≥ 32

Persona Adulta

Clasificación	IMC
Delgadez	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40,0

Adolescentes

IMC/E

Clasificación	Puntos de corte (DE)
Delgadez severa	< - 3
Delgadez	< - 2 a - 3
Normal	1 a -2
Sobrepeso	> 1 a 2
Obesidad	> 2

T/E

Clasificación	Puntos de corte (DE)
Talla baja severa	< - 3
Talla baja	< - 2 a - 3
Normal	+ 2 a - 2
Talla alta	> + 2

PERIMETRO ABDOMINAL

Adulto Mayor y Persona Adulta

Sexo	Riesgo		
	Bajo	Alto	Muy alto
Varon	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	< 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Adolescentes

Edad (años)	Riesgo de enfermar según perímetro abdominal (cm)					
	Adolescentes varones			Adolescentes mujeres		
	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)
12	74,2	74,3	84,8	73,4	73,5	82,7
13	76,7	76,8	88,2	76,8	76,9	85,8
14	79,3	79,4	91,6	78,2	78,3	88,8
15	81,8	81,9	95,0	80,6	80,7	91,9
16	84,4	84,5	98,4	83,0	83,1	94,9
17	86,9	87,0	101,8	85,4	85,5	98,0

Anexo N° 5. Encuesta de seguridad alimentaria



ENCUESTA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

(Aplicado al Jefe de Hogar o persona encargada de preparar el alimento)

CÓDIGO:

I. PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información sobre “Inseguridad Alimentaria y Estado Nutricional en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” – Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” en tiempos de Covid-19”. Este instrumento es uno de los elementos de la tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana. Solicitamos su colaboración para el llenado del cuestionario, le agradeceríamos que sus respuestas sean verídicas para poder culminar con éxito el presente estudio.

II. INSTRUCCIONES

Antes de proceder al llenado del cuestionario usted debe leer detenidamente las siguientes instrucciones:

- Leer detenidamente cada una de las preguntas y responder de acuerdo a lo que considere pertinente.
- Debe responder a todas las preguntas del cuestionario.
- Podrá solicitar aclaración cuando encuentre alguna dificultad en las preguntas.

ENCUESTA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (Aplicado a cada albergado de la institución)			
		Marca con una X	Marca con una X
1	En los últimos 3 meses, ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultad de masticar o deglución?	Si (1 pto) No (0 pto)	No sabe (98)
2	En los últimos 3 meses, ¿Ha sido diagnosticado o tiene una enfermedad crónica como: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer?	Si (1 pto) No (0 pto)	No sabe (98)
3	En los últimos 3 meses, por falta de recursos, alguna vez ¿En la institución dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?	Si (1 pto) No (0 pto)	No sabe (98)
4	En los últimos 3 meses, por falta de recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto en la institución tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	Si (1 pto) No (0 pto)	No sabe (98)
5	En los últimos 3 meses, ¿Dejo de comer, si se encuentra solo (a), triste, ansiedad o nervioso?	Si (1 pto) No (0 pto)	No sabe (98)

6	En los últimos 3 meses, ¿Evito comer algún alimento por religión, costumbre o salud?	Si	(1 pto)	No sabe (98)
		No	(0 pto)	
7	En los últimos 3 meses, ¿Siente que su cuerpo ha cambiado de peso?	Si	(1 pto)	No sabe (98)
		No	(0 pto)	
8	En los últimos 3 meses, ¿Realizo algún tipo de actividad o ejercicio de forma habitual?	Si	(0 pto)	No sabe (98)
		No	(1 pto)	
9	En los últimos 3 meses, ¿Ha sido beneficiado de programas sociales o bono del Estado con algún componente alimentario?	Si	(0 pto)	No sabe (98)
		No	(1 pto)	

Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria según tipo de hogar

Tipo de hogar	Categoría de la Seguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 9

Fuente: Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)

<http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>

Adaptado por: Bach. Javier Antony Diaz Flores – Bach. Kristel Nayli Fuentes Murrieta

Anexo N°6. Ficha de datos sociodemográficos y psicosociales



FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES (Dirigido a Jefe de Hogares de las instituciones de asistencia social)

CÓDIGO:

I. PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información sobre “Inseguridad Alimentaria y Estado Nutricional en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” – Comunidad Terapéutica “Talita Kumi” en tiempos de Covid-19”. Este instrumento es uno de los elementos de la tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana. Solicitamos su colaboración para el llenado del cuestionario, le agradeceríamos que sus respuestas sean verídicas para poder culminar con éxito el presente estudio.

II. INSTRUCCIONES

Antes de proceder al llenado del cuestionario usted debe leer detenidamente las siguientes instrucciones:

- Leer detenidamente cada una de las preguntas y responder de acuerdo a lo que considere pertinente.
- Debe responder a todas las preguntas del cuestionario.
- Podrá solicitar aclaración cuando encuentre alguna dificultad en las preguntas.

Instrucciones: Marque con mucho cuidado con una X sólo una respuesta y sólo debe ser llenado por el jefe de hogar o ama de casa

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA LOCALIDAD

Encuestado (a): _____

Fecha de Entrevista: ____/____/____

Hora: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Dirección: _____

CARACTERÍSTICAS PERSONALES		
1	Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2	Grupo de edad	<input type="radio"/> 60 a 69 años <input type="radio"/> 70 a 74 años <input type="radio"/> 75 a 79 años <input type="radio"/> 80 años y mas
3	Nivel de educación	<input type="radio"/> Sin educación <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior incompleta <input type="radio"/> Superior completa
4	Estado conyugal	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Conviviente <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Soltero
5	Ocupación laboral pasada	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Profesor <input type="radio"/> Obrero <input type="radio"/> Vendedor(a) de abarrotes <input type="radio"/> Empleado publico <input type="radio"/> Vigilante de seguridad <input type="radio"/> Otro _____
6	Condición de afiliación/Tipo de seguro	<input type="radio"/> ESSalud <input type="radio"/> SIS <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No está afiliado
7	Número de hijos	<input type="radio"/> Sin hijos <input type="radio"/> Con un hijo <input type="radio"/> Más de un hijo
8	Recibe ingresos económicos:	<input type="radio"/> Su familia <input type="radio"/> Su jubilación <input type="radio"/> Ahorros de trabajo <input type="radio"/> Programas sociales (pensión 65)

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES		
9	¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Unas veces sí y otras no <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
10	Actualmente ¿Cuántas personas, en promedio, conoce y frecuenta?	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Algunos <input type="radio"/> Casi todos <input type="radio"/> Todos
11	Realiza actividades físicas o laborales con sus amigos (jardinería, caminata, mandados, paseos al aire libre, juegos al azar, etc.)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Unas veces sí y otras no <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
12	¿Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raras veces <input type="radio"/> Casi a diario <input type="radio"/> A diario

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Adaptado por: Bach. Javier Antony Diaz Flores – Bach. Kristel Nayli Fuentes Murrieta

Instrucciones: Marque con mucho cuidado con una X sólo una respuesta y sólo debe ser llenado por el jefe de hogar o ama de casa

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA LOCALIDAD

Encuestado (a): _____

Fecha de Entrevista: ____/____/____

Hora: _____

Departamento: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

CARACTERÍSTICAS PERSONALES		
1	Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2	Grupo de edad	<input type="radio"/> 15 a 18 años <input type="radio"/> 19 a 25 años <input type="radio"/> 26 a 39 años <input type="radio"/> 40 a 55 años <input type="radio"/> 56 años y mas
3	Nivel de educación	<input type="radio"/> Sin educación <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior incompleta <input type="radio"/> Superior completa
4	Estado conyugal	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Conviviente <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Soltero
5	Ocupación laboral	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Profesor <input type="radio"/> Obrero <input type="radio"/> Vendedor(a) de abarrotes <input type="radio"/> Empleado publico <input type="radio"/> Vigilante de seguridad <input type="radio"/> Otro _____
6	Condición de afiliación/Tipo de seguro	<input type="radio"/> ESSalud <input type="radio"/> SIS <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No está afiliado
7	Número de hijos	<input type="radio"/> Sin hijos <input type="radio"/> Con un hijo <input type="radio"/> Más de un hijo
8	¿Cuánta gasta diariamente en la compra de alimentos?	<input type="radio"/> No gasta <input type="radio"/> Menos de s/3 <input type="radio"/> s/3 a s/15 <input type="radio"/> s/16 a s/30 <input type="radio"/> Más de s/30

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES					
9	¿Cuánto es su ingreso económico familiar mensual?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de s/500 ○ Entre s/750 a s/1000 ○ Entre s/1001 a s/2000 ○ Más de s/2000 			
10	Indica la frecuencia con la que un familiar te han hablado o advertido sobre el peligro que hay si haces algunas de las siguientes cosas	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
		<ul style="list-style-type: none"> • Fumar • Tomar alcohol • Consumir drogas • Andar con personas que se drogan 			
11	Indica con qué frecuencia realiza las siguientes actividades	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	A diario
		<ul style="list-style-type: none"> • Practicar un deporte o participar en competiciones • Jugar en casa con juegos de mesa • Leer libros, cuentos • Ver tv • Pasear y hablar con los amigos 			
12	Razones por las que creen que la comunidad les va a ayudar a superar sus problemas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambiar mi actitud/ valores/ pensamientos ○ Trabajar conmigo mismo y conocerme mejor ○ El programa ha tenido éxito con otras personas que yo conozco ○ Tengo fe en el programa y en los terapeutas ○ Me prepara para afrontar la realidad y ver otras opciones de la vida/ser una persona normal ○ Por obligación/no tengo fe 			
13	Tiempo de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Días ○ Semanas ○ Meses ○ Años 			

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Adaptado por: Bach. Javier Antony Diaz Flores – Bach. Kristel Nayli Fuentes Murrieta

Anexo N° 7. Encuesta sobre hábitos alimentarios



ENCUESTA SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS DIRIGIDO A LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “TALITA KUMI” – CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR “SAN FRANCISCO DE ASÍS”

INFORMACIÓN GENERAL

Sexo: F M **Edad:** _____

CÓDIGO:

Instrucciones: Marque con mucho cuidado con una X sólo una respuesta

FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS		
Hábitos alimentarios saludables (I parte)		
1. Toma desayuno 1= Nunca 2= Menos de 1 por semana 3= 1-3 veces por semana 4= 4-6 veces por semana 5= Todos los días	2. Consume lácteos de preferencia descremados (leche descremada, queso fresco o yogurt) 1= No consume 2= Menos de una vez al día 3= 1 porción al día 4= 2 porciones al día 5= 3 porciones al día	3. Consume frutas (frescas de tamaño regular) 1= No consume 2= Menos de 1 vez al día 3= 1 porción al día 4= 2 porciones al día 5= 3 porciones al día
4. Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1/2 porción al día 4 = 1 porciones al día 5 = 2 porciones al día	5. Consume pescado (fresco /congelado/ conserva, pero no frito) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 porciones por semana	6. Consume leguminosas (frejoles, lentejas, arvejas) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana
7. Consume avena, panes integrales, arroz, etc. 1 = No consume 2 = Menos de 3 veces en la semana 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día	8. Come comida del hogar (casera: guisos, salteadas, sancochadas) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana	9. Cena (comida + fruta y/o ensalada) 1 = Nunca 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días
10. Consume agua o líquidos (aguas de hierbas, refresco de frutas, té, infusiones) 1 = No toma 2 = 1 vaso al día 3 = 2 vasos al día 4 = 3 vasos al día 5 = 4 o más vasos al día	11. Consume alimentos como carnes o aves 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana	12. Consume huevo 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 o más veces por semana
13. Cuantas comidas consume al día 1 = Menos de 1 2 = 1 comida 3 = 2 comidas 4 = 3 comidas 5 = 3 comidas y colación	14. Consumo de tubérculos (papa, yuca, etc.) 1= No consume 2= Menos de 1 vez por semana 3= 1 vez por semana 4= 2 veces por semana 5= 3 veces por semana	15. Consumo de azúcar al día 1= 50 gr. o 10 cucharaditas 2= 40 gr. o 8 cucharaditas 3= 30 gr. o 6 cucharaditas 4= 25 gr. o 5 cucharaditas 5= No consume
Total de puntos del ítem I:		
Clasificación de la calidad de la alimentación del ítem I:		

Hábitos alimentarios no saludables (II parte)		
16. Toma bebidas o jugos azucarados (porción 1 vaso de 200 cc) 1 = 3 o más vasos a la semana 2 = 2 vasos a la semana 3 = 1 vaso a la semana 4 = Menos de un vaso a la semana u ocasionalmente 5 = No consume	17. Consume bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el fin de semana 1 = 3 o más vasos a la semana 2 = 2 vasos a la semana 3 = 1 vaso a la semana 4 = Menos de un vaso a la semana u ocasionalmente 5 = No consume	18. Consume frituras 1 = 3 o más porciones por semana 2 = 2 porciones por semana 3 = 1 porción por semana 4 = Ocasionalmente 5 = No consume
19. Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras 1 = Todos los días 2 = 3-5 veces por semana 3 = 2-3 veces por semana 4 = Menos de 1 vez por semana 5 = No utiliza	20. Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas, salchipapas y pollo a la brasa) 1 = 3 o más porciones a la semana 2 = 2 porciones a la semana 3 = 1 porción a la semana 4 = Menos de 1 vez a la semana 5 = No consume	21. Consume colaciones galletas, helados, queques, chocolates y pasteles 1 = 3 o más porciones a la semana 2 = 2 porciones a la semana 3 = 1 porción a la semana 4 = Menos de 1 vez a la semana 5 = No consume
22. Consume café 1 = 3 o más tazas al día 2 = 2 tazas al día 3 = 1 taza al día 4 = Menos de 1 taza al día 5 = No consume	23. Les agrega sal a las comidas antes de probarlas 1 = Siempre le agrega 2 = Le agrega ocasionalmente 3 = No le agrega	
Total de puntos del ítem II:		
Clasificación de la calidad de la alimentación del ítem II:		

Clasificación de hábitos alimentarios según categoría

Clasificación de hábitos alimentarios saludables	Puntuación
Buena calidad de la alimentación	52-65
Mala calidad de la alimentación	13-51
Clasificación de hábitos no saludables	
Buena calidad de la alimentación	31-38
Mala calidad de la alimentación	8-30

Fuente: El instrumento Encuesta de calidad de la alimentación del AM (ECAAM)- Nutr Hosp. 2017; 34(6):1311-1318 ISSN 0212-1611 - CODEN NUH0EQ S.V.R. 318

Adaptado por: Bach. Javier Antony Diaz Flores – Bach. Kristel Nayli Fuentes Murrieta

Anexo N° 8. Ficha de validación de instrumento



FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

1.2 Grado académico: Maestro () Doctor () Licenciado ()

1.3 Título de la Investigación: "Inseguridad Alimentaria y Estado Nutricional en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" – Comunidad Terapéutica "Talita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del instrumento: Javier Antony Diaz Flores
Kristel Nayli Fuentes Murrieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y psicosocial (Dirigido a jefes de hogares) – Ficha de inseguridad alimentaria – Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica.					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
PUNTAJE						

VALORACION CUANTITATIVA:

VALORACIÓN EN PORCENTAJE:

VALORACION CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO () EXCELENTE ()

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO () RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Iquitos, ___ de julio de 2020

Firma y N° de colegiatura del experto
DNI: _____



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

JIMAN TORRES ALEXANDER JAVIER

1.2 Grado académico: Maestro () Doctor () Licenciado (X)

1.3 Título de la Investigación: "Evaluación del Estado Nutricional e Inseguridad Alimentaria en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" - Comunidad Terapéutica "Talita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del Instrumento: Javier Antony Díaz Flores

Kristel Nayli Fuentes Murrieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del Instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y económicos (Dirigido a jefes de hogares) - Ficha de ELCSA - Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del Instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Técnicos-Científicos y del tema de estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
PUNTAJE						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 96

VALORACIÓN EN PORCENTAJE: 100%

VALORACIÓN CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO () EXCELENTE (X)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO (X) RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Iquitos, de Julio de 2020

JIMAN TORRES ALEXANDER JAVIER
BROMATÓLOGO Y NUTRICIONISTA
C.P.P. 8872

Firma y N° de colegiatura del experto

DNI: 46657399



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

GARCIA GOMEZ LINDA ALEXANDRA

1.2 Grado académico: Maestro () Doctor () Licenciado (X)

1.3 Título de la Investigación: "Evaluación del Estado Nutricional e Inseguridad Alimentaria en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" – Comunidad Terapéutica "Talita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del instrumento: Javier Antony Díaz Flores

Kristel Nayli Fuentes Murrieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y económicos (Dirigido a jefes de hogares) – Ficha de ELCSA – Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Técnicos Científicos y del tema de estudio					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				X	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
PUNTAJE		38				

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 38
VALORACIÓN EN PORCENTAJE: 95%

VALORACIÓN CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO () EXCELENTE (X)
OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO (X) RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Iquitos, de julio de 2020

Linda Alexandra Garcia Gomez
CNP 7302 Linda Alexandra Garcia Gomez
NUTRACONETA
Firma y N° de colegiatura del experto
DNI: 71243276



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

ARGUEDAS SAIJA ETHEL ADRIANA

1.2 Grado académico: Maestro () Doctor () Licenciado (X)

1.3 Título de la Investigación: "Evaluación del Estado Nutricional e Inseguridad Alimentaria en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" - Comunidad Terapéutica "Talita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del instrumento: Javier Antony Diaz Flores

Kristel Nayli Fuentes Murrieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y económicos (Dirigido a jefes de hogares) - Ficha de ELCSA - Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				X	
PUNTAJE						39

VALORACION CUANTITATIVA: 39

VALORACIÓN EN PORCENTAJE: 92.5%

VALORACION CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO () EXCELENTE (X)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO (X) RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Iquitos, de julio de 2020

Firma y N° de colegiatura del experto

DNI: 705571182

Ethel Arguedas Saija

LIC. NUTRICIÓN
C.N.P. 7078



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

Alma Angulo Herrera Rojas

1.2 Grado académico: Maestro (x) Doctor () Licenciado ()

1.3 Título de la Investigación: "Evaluación del Estado Nutricional e Inseguridad Alimentaria en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" – Comunidad Terapéutica "Taita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del Instrumento: Javier Antony Diaz Flores

Kristel Nayll Fuentes Murrieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del Instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y económicos (Dirigido a jefes de hogares) – Ficha de ELCSA – Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica.				x	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				x	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				x	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.				x	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				x	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				x	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema de estudio.				x	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				x	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				x	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				x	
PUNTAJE						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 30

VALORACIÓN EN PORCENTAJE: 75%

VALORACIÓN CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO (x) EXCELENTE ()

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO (x) RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Iquitos, de julio de 2020

Firma y N.º de colegiatura del experto
DNI: 0180



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

Torres I Panama Angelo Luis

1.2 Grado académico: Maestro () Doctor () Licenciado (X)

1.3 Título de la Investigación: "Evaluación del Estado Nutricional e Inseguridad Alimentaria en Instituciones de Asistencia Social (Centro Residencial del Adulto Mayor "San Francisco de Asís" – Comunidad Terapéutica "Talita Kumi" en tiempos de Covid-19"

1.4 Autor del Instrumento: Javier Antony Diaz Flores

Kristel Nayli Fuentes Mumieta

1.5 Título Profesional: Licenciado en Bromatología y Nutrición Humana

1.6 Nombre del Instrumento: Ficha de datos sociodemográficos y económicos (Dirigido a jefes de hogares) – Ficha de ELCSA – Ficha de Frecuencia de consumo de alimentos de tipo cualitativo.

Instrucciones: Marcar con una equis (x) el grado de evaluación a cada uno de los indicadores del instrumento de acuerdo a su amplia experiencia y conocimiento.

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Puntaje				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado para el grupo donde se aplica.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todas las partes.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.			X		
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.			X		
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				X	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				X	
PUNTAJE						

VALORACION CUANTITATIVA: 26
VALORACION EN PORCENTAJE: 65%

VALORACION CUALITATIVA: DEFICIENTE () REGULAR () BUENO () MUY BUENO (X) EXCELENTE ()
OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ACEPTADO (X) RECHAZADO ()

Lugar y fecha: Trujillo, 10 de Agosto de 2020

Angelo L. Torres I.
C.N.P. Nº 7879

Firma y N° de colegiatura del experto
DNI: 7177724

Resultado de la prueba de validez

Se realizó la prueba de validez de constructo del instrumento de recolección de datos, a través de Juicio de Expertos, tanto para la Ficha Factores Sociodemográficos y psicosociales, encuesta de seguridad alimentaria y frecuencia de consumo de alimentos.

Tabla consolidada de Resultado de los Expertos:

Expertos	INDICADORES										PTJ	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Alva Angulo Miriam Ruth	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	75
Torres Ipanama Angelo Luis	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	26	65
Garcia Gómez Linda Alexandra	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	38	95
Iman Torres Alexander Javier	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	100
Arguedas Saita Ethel Adriana	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	37	92.5
TOTAL											171	85.5 %

Como resultado general de la prueba de validez realizado a través del Juicio de Expertos, se obtuvo: 85.5%, lo que significa que está en el rango de "Excelente", quedando demostrado que el instrumento de esta investigación, cuenta con una sólida evaluación realizado por profesionales conocedores de los instrumentos de recolección de datos.

Tabla de referencia

Tabla de Valoración	
Deficiente	0 – 20
Regular	21 – 40
Buena	41 – 60
Muy Buena	61 – 80
Excelente	81 – 100

Anexo N° 7. Consentimiento informado



Institución: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

Título: “INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL (CENTRO DE RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR “SAN FRANCISCO DE ASIS” – COMUNIDAD TERAPEUTICA “TALITA KUMI”) EN TIEMPOS DE COVID-19.”

Por medio de la presente, nos comunicamos ante usted señor, para que acepte, se realicen medidas antropométricas como peso y talla, para determinar su índice de masa corporal (IMC), el llenado de un cuestionario de características sociodemográficas, psicosociales y de inseguridad alimentaria.

BENEFICIOS: Esta evaluación nos permitirá conocer el índice de masa corporal de la persona adulta mayor; los factores de la inseguridad alimentaria en la persona y esa información se brindará tanto a la institución como a la persona de manera individual y privada.

RIESGOS: Las evaluaciones se realizarán en un ambiente privado con la presencia de un nutricionista, y personal del centro o comunidad. Se tomarán las medidas de bioseguridad correspondientes para evitar cualquier riesgo. No se tomarán ninguna prueba de sangre o parecidos, solo se realizarán pruebas rutinarias, por lo que estas no representan ningún riesgo.

Confidencialidad: Todos los resultados serán tratados con estricta confidencialidad; el único dato que se requiere es la fecha de nacimiento y el DNI.

Uso futuro de la información obtenida: La información obtenida, será compartida con fines académicos y de investigación, con la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Registro Fotográfico: Así mismo, le hacemos extensiva la invitación de participar del registro fotográfico como evidencia de la actividad.

Derechos del adulto mayor: En caso tuviera algún percance o inconveniente, puede retirarse de ésta en el momento que usted decida si así lo requiere, sin perjuicio alguno. Si tuviera alguna duda adicional, por favor puede comunicarse con la persona responsable 990176993 (Bachiller. Javier Diaz). – 945000411 (Bachiller Kristel Fuentes).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, que me identifico con (DNI) número _____, del Centro Residencial Adulto Mayor “San Francisco de Asís”: **ACEPTO y AUTORIZO** voluntariamente participar de las Evaluaciones Nutricionales, luego de haber sido informada sobre el mismo, sus beneficios y riesgos; y de haber tenido la oportunidad de despejar dudas llamando a la responsable, de ser el caso.

Autorizo que me realicen la Evaluación Nutricional Si ; No

Deseo, también participar del Registro fotográfico de la presente actividad: Si; No

Responsable:
DNI:

Nutricionista:
DNI:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

Título: “INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL (CENTRO DE RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR “SAN FRANCISCO DE ASIS” – COMUNIDAD TERAPEUTICA “TALITA KUMI”) EN TIEMPOS DE COVID-19.”

Por medio de la presente, nos comunicamos ante usted señor, para que acepte, se realicen medidas antropométricas como peso y talla, para determinar su índice de masa corporal (IMC), el llenado de un cuestionario de características sociodemográficas, socioeconómicas y de inseguridad alimentaria.

BENEFICIOS: Esta evaluación nos permitirá conocer el índice de masa corporal de la persona adolescente y adulta; los factores de la inseguridad alimentaria en la persona y esa información se brindará tanto a la institución como a la persona de manera individual y privada.

RIESGOS: Las evaluaciones se realizarán en un ambiente privado con la presencia de un nutricionista, y personal de la comunidad terapéutica. Se tomarán las medidas de bioseguridad correspondientes para evitar cualquier riesgo. No se tomarán ninguna prueba de sangre o parecidos, solo se realizarán pruebas rutinarias, por lo que estas no representan ningún riesgo.

Confidencialidad: Todos los resultados serán tratados con estricta confidencialidad; el único dato que se requiere es la fecha de nacimiento y el DNI.

Uso futuro de la información obtenida: La información obtenida, será compartida con fines académicos y de investigación, con la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Registro Fotográfico: Así mismo, le hacemos extensiva la invitación de participar del registro fotográfico como evidencia de la actividad.

Derechos del adulto mayor: En caso tuviera algún percance o inconveniente, puede retirarse de ésta en el momento que usted decida si así lo requiere, sin perjuicio alguno. Si tuviera alguna duda adicional, por favor puede comunicarse con la persona responsable 990176993 (Bachiller. Javier Diaz). – 945000411 (Bachiller Kristel Fuentes).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, que me identifico con (DNI) número _____, del Comunidad Terapéutica “Talita Kumi”: **ACEPTO y AUTORIZO** voluntariamente participar de las Evaluaciones Nutricionales, luego de haber sido informada sobre el mismo, sus beneficios y riesgos; y de haber tenido la oportunidad de despejar dudas llamando a la responsable, de ser el caso.

Autorizo que me realicen la Evaluación Nutricional Si ; No
Deseo, también participar del Registro fotográfico de la presente actividad: Si; No

Responsable:
DNI:

Nutricionista:
DNI: