



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y SALUD  
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO  
NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA  
ANA COSTA. CHIMBOTE, 2025**

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

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES DE LA SALUD**

**AUTOR  
SALAZAR SANCHEZ, SHEYLA ALISSON  
ORCID:0000-0003-2457-9291**

**ASESOR  
ÑIQUE TAPIA, FANNY ROCIO  
ORCID:0000-0002-1205-7309**

**CHIMBOTE-PERÚ  
2025**



**FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y SALUD**

**PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**

**ACTA N° 0127-092-2025 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS**

En la Ciudad de **Chimbote** Siendo las **20:40** horas del día **22** de **Octubre** del **2025** y estando lo dispuesto en el Reglamento de Investigación (Versión Vigente) ULADECH-CATÓLICA en su Artículo 34º, los miembros del Jurado de Investigación de tesis de la Escuela Profesional de **ENFERMERÍA**, conformado por:

**VILCHEZ REYES MARIA ADRIANA** Presidente  
**RODRIGUEZ DE GUZMAN YOLANDA ELIZABETH** Miembro  
**URQUIAGA ALVA MARIA ELENA** Miembro  
**Mgtr. ÑIQUE TAPIA FANNY ROCIO** Asesor

Se reunieron para evaluar la sustentación del informe de tesis: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA. CHIMBOTE, 2025**

**Presentada Por :**  
(0112162161) **SALAZAR SANCHEZ SHEYLA ALISSON**

Luego de la presentación del autor(a) y las deliberaciones, el Jurado de Investigación acordó: **APROBAR** por **UNANIMIDAD**, la tesis, con el calificativo de **16**, quedando expedito/a el/la Bachiller para optar el TITULO PROFESIONAL de **Licenciada en Enfermería**.

Los miembros del Jurado de Investigación firman a continuación dando fe de las conclusiones del acta:

**VILCHEZ REYES MARIA ADRIANA**  
Presidente

**RODRIGUEZ DE GUZMAN YOLANDA ELIZABETH**  
Miembro

**URQUIAGA ALVA MARIA ELENA**  
Miembro

**Mgtr. ÑIQUE TAPIA FANNY ROCIO**  
Asesor



## CONSTANCIA DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

La responsable de la Unidad de Integridad Científica, ha monitorizado la evaluación de la originalidad de la tesis titulada: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA. CHIMBOTE, 2025 Del (de la) estudiante SALAZAR SANCHEZ SHEYLA ALISSON, asesorado por ÑIQUE TAPIA FANNY ROCIO se ha revisado y constató que la investigación tiene un índice de similitud de 2% según el reporte de originalidad del programa Turnitin.

Por lo tanto, dichas coincidencias detectadas no constituyen plagio y la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

Cabe resaltar que el turnitin brinda información referencial sobre el porcentaje de similitud, más no es objeto oficial para determinar copia o plagio, si sucediera toda la responsabilidad recaerá en el estudiante.

Chimbote, 06 de Abril del 2026



Mgtr. Roxana Torres Guzman  
RESPONSABLE DE UNIDAD DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA

## **Dedicatoria**

*Dedico especialmente este trabajo de investigación  
a Dios, por ser mi fortaleza en los momentos de  
debilidad.*

*A mi madre, por su apoyo incondicional que me ha  
brindado por creer en mí, por los consejos  
entregados que me han servido para crecer como  
persona.*

*A mi padre que desde el cielo ha sido mi guía  
silencioso, su amor, enseñanzas y ejemplo vive en mí  
y me acompañaron en cada paso*

*Finalmente, a mi querida hija Shantall que fue mi  
motor y motivo para seguir adelante*

## **Agradecimiento**

*A Dios, por darme la vida, por regalarme un día más de vida y la oportunidad de mejorar como persona .*

*A mi familia, por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.*

## Índice general

<b>Dedicatoria</b>	IV
<b>Agradecimiento</b>	V
<b>Índice general</b>	VI
<b>Lista de Tablas</b>	VII
<b>Lista de figuras</b>	VIII
<b>Resumen</b>	IX
<b>Abstract</b>	X
<b>I. Planteamiento del problema</b>	1
<b>II. Marco teórico</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	7
<b>2.3 Hipótesis</b>	16
<b>III. Metodología</b>	17
3.1 Tipo, nivel y diseño de la investigación	17
3.2 Población	18
3.3 Operacionalización de las variables	18
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.5 Método de análisis de datos	22
3.6 Aspectos Éticos	23
<b>IV. Resultados</b>	24
<b>V. Discusión</b>	27
<b>VI. Conclusiones</b>	38
<b>VII. Recomendaciones</b>	39
<b>Referencias bibliográficas</b>	40
<b>Anexos</b>	47
Anexo 1. Documento de autorización para el desarrollo de la investigación (Ley N°29733)	
Anexo 2. Carta de recojo de datos	
Anexo 3. Matriz de Consistencia y operacionalización	
Anexo 4. Instrumento de recolección de datos	
Anexo 5. Ficha técnica de los instrumentos	
Anexo 6. Formato de consentimiento informado	

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b> NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	24
<b>TABLA 2:</b> ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	25
<b>TABLA 3:</b> RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	26

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> MODELO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER	11
<b>FIGURA 2:</b> ESQUEMA DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	12
<b>FIGURA 3:</b> NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	24
<b>FIGURA 4:</b> ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	25
<b>FIGURA 5:</b> RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025	26

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Puesto de Salud Santa Ana Costa durante el año 2025, teniendo como objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025. Metodología: Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores y la muestra estuvo constituida por 92 adultos, se utilizó la encuesta y la observación a quienes se le aplicó dos instrumentos: la tabla de valoración de estado nutricional y el cuestionario de nivel de conocimiento. Los datos obtenidos según el instrumento fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software SPSS, se presentó los datos en tablas simples de frecuencia, luego se elaboraron sus figuras con porcentajes para su respectivo análisis. Resultados: El 62% evidenció un nivel de conocimiento regular, el 31,5% alcanzó un nivel bueno y el 6,5% mostró un nivel deficiente; de acuerdo al estado nutricional, el 20,7% presentaba delgadez, el 63% mostraba un estado nutricional normal, el 4,3% correspondía a casos de obesidad y el 12% a sobrepeso. Conclusión: según la prueba chi cuadrado existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor.

## **ABSTRACT**

This research work was carried out at the Santa Ana Costa Health Post during the year 2025, having as general objective: To determine the relationship between the level of knowledge about healthy eating and nutritional status in the elderly who attend the Santa Ana Costa health post, Chimbote, 2025. Methodology: Quantitative, descriptive, correlational research. The population consisted of 120 older adults and the sample consisted of 92 adults, the survey and observation were used to whom two instruments were applied: the nutritional status assessment table and the knowledge level questionnaire. The data obtained according to the instrument were processed in a Microsoft Excel database and then exported to a database in SPSS software, the data was presented in simple frequency tables, then their figures were prepared with percentages for their respective analysis. Results: 62% showed a regular level of knowledge, 31.5% reached a good level, and 6.5% demonstrated a poor level; regarding nutritional status, 20.7% presented thinness, 63% had a normal nutritional status, 4.3% corresponded to cases of obesity, and 12% to overweight. Conclusion: According to the chi-square test, there is a statistically significant relationship between nutritional status and level of knowledge about healthy eating in older adults.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se espera que el número de personas mayores aumente de 900 millones a 2 mil millones entre 2015 y 2050 (del 12% al 22% de la población total mundial), y los países en desarrollo representan la mayor parte de este aumento. Como resultado, las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento. Varios estudios que examinan variables de estilo de vida y salud han sugerido que el consumo de alimentos es un predictor importante de la esperanza de vida. En las personas mayores, la mala nutrición puede aumentar la incidencia y la gravedad de las enfermedades, acelerando la pérdida de independencia. Por lo tanto, es importante comprender los factores que influyen en las elecciones alimentarias de los adultos mayores para ayudar a garantizar dietas más saludables (1).

Una dieta equilibrada garantiza que el cuerpo reciba los macronutrientes necesarios para satisfacer sus necesidades energéticas sin comer en exceso y proporciona agua y micronutrientes vitales para una salud óptima. Mantener una buena salud en la vejez requiere dietas bajas en azúcar, sal, alcohol y grasas sólidas o saturadas, así como abundantes frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos y carne. El deterioro cognitivo relacionado con la edad, el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la salud ósea y física y las experiencias de vida significativas han mejorado entre los adultos mayores que siguen hábitos alimenticios saludables. Sin embargo, la mala nutrición en los adultos mayores está relacionada con consecuencias funcionales y médicas negativas, que incluyen un aumento de la mortalidad, ingresos hospitalarios más prolongados, debilidad física (2).

A nivel mundial, en el 2022, un estudio señala que la malnutrición entre las personas mayores está aumentando, y la desnutrición y el sobrepeso/obesidad causan una morbilidad y mortalidad significativas. Por ejemplo, alrededor del 26% de las mujeres mayores y el 16,3% de los hombres mayores en Italia están desnutridos. En países como Alemania, Países Bajos y Austria, alrededor del 20,1%, 18,3% y 22,5%, respectivamente, de su población sana de edad avanzada presenta bajo peso o sobrepeso/obesidad. La malnutrición se manifiesta en pérdida de peso, obesidad o deficiencias clínicas de micronutrientes. Por lo tanto, se requiere una buena nutrición para mejorar el crecimiento y el estado de salud del individuo en las distintas etapas del

desarrollo y promover un envejecimiento saludable. Además, a una edad más avanzada, se necesitan cuidados críticos para mantener los requerimientos nutricionales de los ancianos (3).

A medida que aumenta la esperanza de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) siguen siendo las principales causas de morbilidad y discapacidad entre los adultos mayores. Una dieta poco saludable representa un factor de riesgo modificable significativo para numerosas enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, el cáncer y los trastornos relacionados con la obesidad. En Hungría, los riesgos dietéticos contribuyeron al 25% de todas las muertes en 2019, superando ampliamente el promedio de la UE del 17%, y la prevalencia de la obesidad se ubica como la segunda más alta entre los estados (4).

En el suroeste de China, factores como el entorno geográfico contribuyen a una preferencia por alimentos con alto contenido de grasa, sal y picantes, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas. Además, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad, es relativamente alta en el suroeste de China. Investigaciones anteriores han demostrado que el conocimiento de la dieta de las personas influye en sus elecciones alimentarias, que a su vez se ven influenciadas por sus actitudes hacia la salud. Por lo tanto, para comprender el estado de la dieta saludable de los adultos de mediana edad y mayores, es importante prestar atención a sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la dieta saludable (5).

En una revisión de 98 estudios con una muestra total de 79 976 personas, la prevalencia de desnutrición en adultos mayores a nivel mundial fue del 18,6 %, de modo que la mayor prevalencia se registró en adultos mayores de África (35,7 %), seguida de América (20,3 %). Según el análisis de subgrupos de los indicadores de desnutrición en adultos mayores, la mayor prevalencia se obtuvo con un 39,9 % (6).

En España, el número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en menos de 40 años. Los datos actuales muestran que la población mayor de 65 años ronda el 20%, con más de 9 millones de personas, de las cuales aproximadamente el 30% son octogenarias. El número de octogenarios superará los 4 millones. De todos los cambios fisiológicos que ocurren durante el envejecimiento, el mayor se debe a cambios en el

sistema musculoesquelético, que pierde hasta un 15 % de su masa libre de grasa. En comparación con los hombres de entre 20 y 30 años, quienes tienen entre 70 y 80 años tienen aproximadamente 11 kg menos de músculo y 10 kg más de grasa. Perder 11 kg de músculo a lo largo de 50 años equivale a 227 g al año, por lo que es posible que las personas no lo noten, ya que el peso se mantiene relativamente estable. La pérdida de masa magra deja a las personas mayores con menos reservas minerales, musculares y hídricas de las que recurrir cuando las necesitan. Después de los 70 años, el peso comienza a disminuir (7).

En América Latina, De la Cruz V (2022) señala que el envejecimiento demográfico es un fenómeno acelerado: actualmente los adultos mayores ( $\geq 60$  años) representan alrededor del 13 % de la población y se prevé que superen los 220 millones (30 %) para el año 2060. A pesar de ello, la evidencia sobre el estado nutricional en esta población es limitada en la región, y solo unos pocos países como Chile, Ecuador, Costa Rica, Brasil y México han documentado deficiencias específicas en micronutrientes como vitamina D y B12 (8). Un estudio del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile en 2022 identificó que el 32,4 % de los adultos mayores de 65 años está en riesgo de desnutrición, asociado a inseguridad alimentaria, bajos ingresos y frustración social (9).

La falta de conocimiento nutricional adecuado también ha sido identificada como un factor clave. En Costa Rica, un estudio realizado en San Isidro del General encontró que los adultos mayores presentaban hábitos alimentarios deficientes vinculados a escaso conocimiento en nutrición, exacerbado por bajo nivel educativo y vulnerabilidad social (10). Similarmente, una intervención educativa en Cuenca demostró mejora significativa en el conocimiento sobre alimentación saludable tras aplicar un programa de aprendizaje significativo culturalmente adaptado entre adultos mayores comunitarios (11).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó en 2021 que ya existen comorbilidades en el 4.5% de hombres y el 5.4% de mujeres. El Perú registró en 2022 un 37.5% de sobrepeso y un 25.6% de obesidad en individuos de más de 15 años. Se observó un porcentaje superior de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas con

un 38.5% y 27.8%, mientras que en áreas rurales se registró un 32.8% y 16.2% respectivamente. Respecto a Lima Metropolitana, el 39.3% presenta sobrepeso (12).

A nivel regional, la Dirección Regional de Salud de Áncash (DIRESA) enfatiza la importancia de mantener un estilo de vida saludable para reducir el aumento de enfermedades no transmisibles, como el sobrepeso, la diabetes, la obesidad, la hipertensión y las enfermedades coronarias, que son frecuentes en la región. Con el objetivo de concienciar sobre la necesidad de fortalecer las acciones preventivas y promover hábitos saludables en todas las edades, la DIRESA señala que cinco provincias registran una alta incidencia de hipertensión arterial en adultos mayores. Entre ellas, destaca con mayor número de casos la provincia de 6252 casos (40%), seguida de Chacas con 302 casos (33%), Casma con 814 casos (21%), Huarmey con un 14% y Huaraz con un 9% de afectados (13)

En Chimbote, la Dirección de Red de Salud Pacífico Norte (14) informó que, en el marco de la Semana de Oro de las Enfermedades No Transmisibles, en 2024 se han atendido más de 4,000 casos de obesidad y cerca de 2,500 de diabetes dentro de su jurisdicción. En Chimbote, la mayoría de los adultos mayores presenta estilos de vida poco saludables y un estado nutricional que alterna entre delgadez, normopeso y sobrepeso. Algunos estudios evidencian correlación entre estilo de vida y estado nutricional en ciertos sectores, mientras que otros no encuentran relación significativa, lo que sugiere heterogeneidad a nivel local.

Esta situación también se evidencia en los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Santa Ana Costa, ubicado en la ciudad de Chimbote. Este establecimiento de salud atiende a una población creciente de adultos mayores, muchos de los cuales presentan signos de malnutrición, ya sea por déficit o exceso, lo que se relaciona con un limitado conocimiento sobre prácticas de alimentación saludable. La mayoría de estos usuarios pertenece a estratos socioeconómicos bajos, presentan bajo nivel educativo, y en muchos casos no cuentan con redes de apoyo familiar o social, lo que dificulta aún más la adopción de hábitos alimenticios adecuados. Ante esta realidad, se considera pertinente llevar a cabo la presente investigación.

Planteando como formulación del problema: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025?

En la investigación se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025. Y para desarrollar el objetivo general se han planteado los siguientes objetivos específicos: Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025. Identificar el estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

Este informe de investigación se justifica porque, en la actualidad, el Perú atraviesa un proceso de envejecimiento poblacional acelerado, lo que incrementa la demanda de atención integral para el adulto mayor. Factores como los cambios en el estilo de vida, las limitaciones económicas, el bajo nivel educativo y el acceso desigual a la información han contribuido al aumento de problemas nutricionales en esta población vulnerable. Esta situación también se refleja en Chimbote, donde muchos adultos mayores presentan malnutrición, ya sea por déficit o por exceso, siendo este un problema de salud pública que requiere ser abordado desde un enfoque preventivo y educativo. Su relevancia radica en generar evidencia que permita identificar brechas informativas y patrones de alimentación inadecuados, a fin de fortalecer las estrategias de promoción de la salud que se implementan en el primer nivel de atención.

Para el personal de salud, especialmente el de Enfermería, esta investigación representa una herramienta fundamental para orientar intervenciones dirigidas a mejorar los hábitos alimentarios del adulto mayor, reforzando el rol educativo, preventivo y comunitario del profesional. Además, permitirá optimizar programas y campañas de promoción de estilos de vida saludables en el ámbito local, con enfoque en el autocuidado y la prevención de enfermedades crónicas.

Asimismo, los resultados contribuirán al desarrollo de políticas públicas más eficaces desde el nivel regional y municipal, ofreciendo insumos concretos para la toma de decisiones en materia de salud del adulto mayor. Desde la formación profesional,

estudios como este permiten que universidades como la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote fortalezcan su currículo con una visión integral y preventiva, asegurando la formación de profesionales comprometidos con el bienestar de su comunidad.

Finalmente, esta investigación busca impactar positivamente en la calidad de vida de la población adulta mayor, promoviendo el conocimiento como una herramienta clave para adoptar conductas alimentarias saludables, prevenir complicaciones nutricionales y fomentar un envejecimiento activo y digno.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### Antecedentes Internacionales

**Morales V, Morales D, (15)** La investigación titulada “Estado nutricional de los residentes del hogar para adultos mayores ‘La Providencia’, Granada en el II semestre del año 2024”, realizada en Ecuador en 2024, tuvo como finalidad analizar el estado nutricional de los residentes. Se utilizó una metodología de correlación descriptiva de tipo transversal, utilizando una muestra de 14 residentes. Para concluir, la condición nutricional de los adultos mayores mostró diferencias considerables, destacando situaciones de desnutrición y exceso de peso. Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), el 42.8 % mostró un IMC normal, el 35.7 % tenía exceso de peso, el 21.5 % tenía obesidad y el 7.1% presentó desnutrición.

**Andrade, et al. (16)** titulado “Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022”, tuvo como objetivo analizar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022. Metodológicamente se llevó a cabo un estudio cuantitativo, y de corte transversal, con una muestra de 100 personas. Llegando a la conclusión que el 44% presentaron un estado nutricional normal, no obstante, los diagnósticos nutricionales excesivos (como sobrepeso u obesidad) son del 51% de acuerdo con la evaluación del índice de masa corporal. Por otro lado, es notable que el 63% de la población presenta una mala calidad de la alimentación, evidenciando una correlación con sus diagnósticos nutriológicos. Asimismo, el estado nutricional tiene una relación directa con los patrones de alimentación de los adultos mayores.

**Luzuriaga, et al. (17)** Estudio titulado “Sarcopenia y estado nutricional en adultos mayores que residen en los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca en el período Febrero - Julio 2022”. Tuvo como objetivo general: Determinar la relación entre variables. Metodología estudio observacional, descriptivo de corte transversal, se realizó en 49 adultos mayores de siete centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. Concluyo que en los adultos mayores existe una alta prevalencia de desarrollar

enfermedades relacionadas con carencias nutricionales como es la sarcopenia. Asimismo, que el estado nutricional fue inadecuado en el 59,2% de la población.

**Espinoza A, (18)** El estudio llamado “Estado nutricional de Adultos Mayores de 60 años pertenecientes al Gerontológico María Reina Paz en el barrio de Totoracocha. Cuenca-Ecuador, 2021”, tuvo como objetivo determinar el estado nutricional mayores de 60. Se llevó un estudio correlacional de tipo transversal con una muestra de 73 adultos. Llegando a una conclusión que el 57,54% de los adultos mayores presentan problemas de malnutrición (bajo peso, sobrepeso y obesidad), mientras que el 42,47% presenta un estado nutricional adecuado. El 42,5% presentaban un peso normal, el 28,8% tenía sobrepeso y el 15,1% tenía obesidad.

**Chen, et al. (19)** El estudio titulado “Estado nutricional de los adultos mayores en residencias de ancianos: un estudio transversal”, realizado en China en 2024, tuvo como objetivo investigar el estado nutricional de los adultos mayores en hogares de ancianos en Chongqing, China, comparar y analizar las diferencias en la condición física, la función cognitiva y los factores sociales relacionados de los adultos mayores con diferentes estados nutricionales. Metodológicamente se llevó a cabo un estudio cuantitativo y descriptivo. Respecto a la conclusión, el 46,4% se clasificaron como bien nutridos. Alrededor del 39,2% estaban en riesgo de desnutrición y el 14,4% estaban desnutridos.

### **Antecedentes nacionales**

**Reyes M, (20)** La investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y su relación con la calidad de vida en adultos mayores del distrito de Parcona - Ica, 2022” tuvo como finalidad hallar la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y la calidad de vida en adultos mayores. Metodológicamente el estudio, de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, incluyó a 246 adultos. Para concluir, se encontró una correlación entre el nivel de conocimientos y la calidad de vida ( $p=0,000$ ); también se encontró una correlación entre las edades de 65 a 75 ( $p=0,005$ ) y de 76 a 85 años ( $p=0,000$ ). Asimismo, indicaron que el 49,6% de las personas de edad avanzada del distrito de Parcona - Ica poseen un alto grado de entendimiento sobre una dieta saludable.

**Gutierrez R, (21)** El estudio “Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores atendidos en el centro de salud delicias de villa en Chorrillos en el periodo de enero a septiembre del año 2023” tuvo como objetivo determinar la conexión entre ambas variables. Se empleó una metodología descriptiva de corte transversal, con una muestra de 303 adultos mayores. Los resultados indicaron que el 40.2% fue IMC normal, obesidad 18.2%, sobrepeso 26.4% y 15.2% delgadez. En conclusión, existió conexión entre ambas variables.

**Lumba L y Gonzales, (22)** El estudio “Conocimiento y Actitudes sobre alimentación Saludable en Adultos Mayores del Centro Poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024” tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores. Se empleó una metodología cuantitativa, correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra incluyó 80 adultos y un cuestionario. Para concluir, el 58,7 % tuvieron conocimiento sobre alimentación regular, bueno 30 % y deficiente 11,3 %. El 73,7 % mostraron actitudes positivas y asimismo se encontró relación entre lo estudiado.

### **Antecedentes locales**

**Ladero L, (23)** El estudio titulado “Estado nutricional y nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que acude al puesto de salud garatea. Nuevo Chimbote, 2024”, realizado en 2024, tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de conocimiento y estado nutricional. Para ello, se realizó un estudio correlacional con una muestra de 100 adultos. Presentando como resultados que el 64% presentaron estado nutricional normal, el 11% estuvieron con sobrepeso, el 21% delgadez y el 4% obeso, de acuerdo al nivel de conocimiento, el 63% fue regular, el 29% fue bueno y el 8% fue malo. En conclusión, existe relación entre el nivel de conocimiento y estado nutricional.

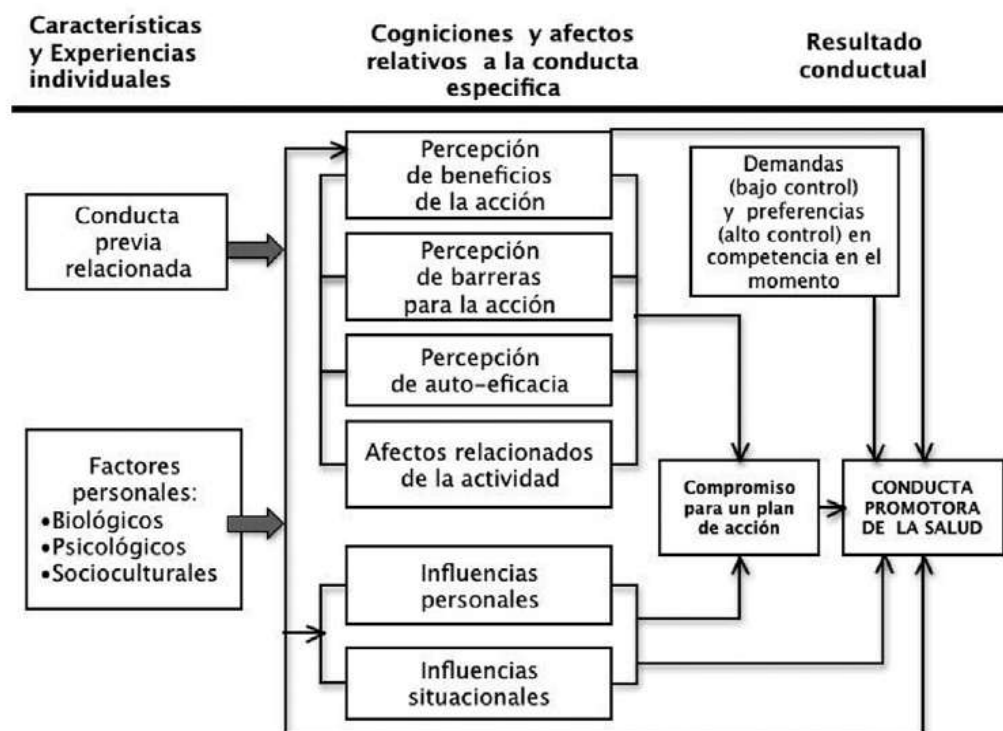
**Rivera A, (24)** El estudio titulado “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la habilitación urbana progresiva Nicolás Garatea “Sector 4” - Nuevo Chimbote, 2021.”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores. Se llevó a cabo una investigación correlacional de tipo transversal con una muestra de 52 adultos. Los resultados mostraron que el 51,9%

presentó estado nutricional normal, seguido del 26,9% que presentaron delgadez, el 21,2% sobrepeso. Llegando a concluir que existe conexión entre el estilo de vida y estado nutricional.

## 2.2 Bases teóricas

Este estudio se basa en la teoría de Nola Pender, llamada Modelo de Promoción de la Salud, se centra en ayudar a las personas a mantener y mejorar su bienestar, el modelo explica por qué las personas eligen comportamientos saludables y cómo las enfermeras pueden motivar y apoyar esas decisiones. Nola Pender fue la única hija de padres que apreciaban enormemente la formación de las mujeres. Desde su infancia, tuvo contacto con vivencias vinculadas al cuidado de la salud, lo que generó en ella un deseo por la enfermería. Con el respaldo de su familia, obtuvo su título de enfermera en 1962 y comenzó su trayectoria laboral en el campo quirúrgico (25).

En 1972, empezó a formular su teoría acerca de la promoción de la salud, que se plasmó en un libro que ha tenido seis ediciones. Además, ha aportado con varios artículos en publicaciones científicas y documentos de especialidad. Su modelo se fundamenta en la manera en que las personas deciden acerca del autocuidado y la mejora de su salud en un entorno social (26).



## Figura N°1

Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender 1996. En Cid PH, Merino JE, Stieповich JB (26).

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender representa el marco teórico que apoya la conexión entre el ambiente del individuo y la aspiración a alcanzar un estado de salud ideal. Este modelo crea una relación entre el individuo, sus vivencias anteriores, los conocimientos obtenidos y el entorno que le circunda. Su meta principal es explicar los comportamientos vinculados a la salud, resaltando la complejidad del ser humano en su interacción continua con el medio ambiente, a la vez que busca preservar o lograr un estado de salud óptimo. Para ello, toma en cuenta elementos como las características individuales, las experiencias anteriores, los conocimientos personales y las situaciones circunstanciales que inciden en estos comportamientos (25).

El MPS actúa como una orientación centrada en la salud personal, teniendo en cuenta los elementos biopsicosociales del ser humano. Su implementación tiene como objetivo guiar conductas que promuevan una mejor calidad de vida y fomenten tanto la prevención como la recuperación de patologías. En este escenario, se enfatiza particularmente la conexión entre la ancianidad y la naturaleza como medio para potenciar su bienestar. El modelo incluye aspectos individuales como saberes, vivencias, posturas y motivaciones, que motivan al individuo a incorporar hábitos saludables y a robustecer su autocuidado (25).

- **Conductas relacionadas con la salud:** El MPS busca comprender y fomentar conductas saludables. La alimentación adecuada es una de las principales conductas que influye en el estado nutricional, especialmente en adultos mayores, quienes enfrentan riesgos de desnutrición, pérdida de apetito o malos hábitos alimenticios (25).
- **Características personales y experiencias:** Factores como el nivel educativo, antecedentes de salud, hábitos alimentarios previos y creencias personales afectan la forma en que un adulto mayor toma decisiones sobre su nutrición. Por ejemplo, si en su vida adulta tuvo una dieta equilibrada y recibió educación en salud, es más probable que continúe con esos hábitos en la vejez (25).
- **Factores situacionales e interpersonales:** El entorno social y familiar, el acceso a alimentos saludables, el apoyo de cuidadores o profesionales de salud, y la situación económica son elementos clave que inciden en el estado nutricional. El MPS

considera estos factores como parte del entorno que influye en la toma de decisiones (25).

- **Autoeficacia y motivación:** El modelo resalta la importancia de la autoeficacia, es decir, la confianza de la persona en su capacidad para realizar conductas saludables. Un adulto mayor que se siente capaz de preparar sus alimentos, elegir opciones saludables y entender la importancia de una buena nutrición, tiene mayor probabilidad de mantener un estado nutricional adecuado (25).
- **Promoción del bienestar general:** El MPS no solo se enfoca en evitar enfermedades, sino en alcanzar un bienestar integral. Una nutrición adecuada contribuye significativamente al bienestar físico, mental y emocional del adulto mayor, previniendo enfermedades crónicas, mejorando la energía y fortaleciendo el sistema inmunológico (25).

El estado nutricional de un individuo puede definirse como el resultado de la ingesta nutricional recibida y las demandas nutricionales, y debe permitir la utilización de nutrientes para mantener las reservas y compensar las pérdidas. Dada la diversidad de factores y la variabilidad de los mecanismos que intervienen en el equilibrio nutricional de cada persona, es necesario recurrir a medidas que nos orienten respecto a nuestro estado nutricional. Si somos rigurosos, cuantas más técnicas utilicemos, más precisa será nuestra evaluación final. Sin embargo, es importante fijar el objetivo de esta evaluación nutricional para no perder tiempo y dinero en análisis innecesarios (27).

Un desequilibrio en la ingesta nutricional conduce a la desnutrición. El término «desnutrición» se define de diversas maneras y aún no existe consenso. Tradicionalmente, el término «desnutrición» se ha utilizado en el contexto de la falta de ingesta energética o deficiencias de nutrientes, bajo las cuales se describen dos afecciones principales: el marasmo y el kwashiorkor. El marasmo se refiere principalmente a la deficiencia de energía o calorías, mientras que el kwashiorkor se refiere a la deficiencia de proteínas caracterizada por edema periférico (28).

Sin embargo, el término desnutrición ahora incluye afecciones causadas tanto por una ingesta insuficiente como excesiva de macronutrientes y micronutrientes. Según las directrices de la OMS, la desnutrición abarca tres categorías, a saber:

- Desnutrición (bajo peso para la altura, baja altura para la edad y bajo peso para la edad),
- Deficiencia o exceso de micronutrientes (vitaminas y minerales), y
- Sobrenutrición (sobrepeso, obesidad y otros problemas de salud relacionados con la dieta, como diabetes mellitus tipo 2, trastornos cardiovasculares, etc.) (28).

El factor crítico en la disminución de la calidad de vida de los residentes estadounidenses mayores de 50 años es el deterioro de la independencia funcional. Por lo tanto, una preocupación importante para la mayoría de las personas mayores está relacionada con la dependencia. El hombre promedio de 68 años actualmente tiene una esperanza de vida de 13 años, que incluye 4 años de incapacidad progresiva y creciente dependencia. Los segmentos de la población mayor de 75 y 85 años, los grupos con mayor probabilidad de sufrir deterioro funcional, están creciendo rápidamente. Por lo tanto, es probable que las preocupaciones de las personas mayores con respecto al mantenimiento de las actividades de la vida diaria, incluidas las relacionadas con la nutrición y la alimentación, aumenten en lugar de disminuir en el futuro (29).

Los nutrientes son compuestos esenciales necesarios para mantener los procesos fisiológicos y se clasifican en dos grandes categorías: macronutrientes y micronutrientes. Los macronutrientes son compuestos requeridos en grandes cantidades que desempeñan un papel crucial en el aporte energético, la síntesis de moléculas estructurales, la producción de hormonas y la regulación de las vías metabólicas. Los micronutrientes, como las vitaminas, los minerales y los antioxidantes, son compuestos esenciales necesarios en cantidades menores para procesos bioquímicos como la modulación de la transcripción génica, la catalización de reacciones enzimáticas y la protección contra el estrés oxidativo (30).

Los problemas de salud bucal como el dolor y los abscesos causan dificultades para comer y masticar y, por lo tanto, tienen un impacto significativo en el estado nutricional de los ancianos. Además, a las personas mayores que usan dentaduras postizas se les debe enseñar el cuidado adecuado en casa, tanto de las dentaduras postizas como de los tejidos sobre los que descansan, así como la necesidad de atención profesional continua. Los requerimientos calóricos generalmente se reducen en los ancianos debido a una disminución en la tasa metabólica basal causada por la reducción de la masa muscular

y los niveles más bajos de ejercicio. El apetito también puede reducirse, lo que lleva a una ingesta calórica insuficiente y, a menudo, a un consumo inadecuado de calcio, hierro y zinc, especialmente en mujeres. Sin embargo, ciertos grupos de ancianos, como aquellos que están en casa y sin acceso a la luz solar, pueden tener vitamina D insuficiente y desarrollar un mayor riesgo de caídas (31).

La desnutrición en adultos mayores se caracteriza por la insuficiente ingesta energética y/o proteica, pérdida no intencional de peso, masa muscular reducida y alteraciones en marcadores bioquímicos. Se identifica mediante herramientas como el Mini Nutritional Assessment (MNA), pérdida de peso involuntaria, IMC bajo y niveles reducidos de albúmina, transferrina o inmunoglobulinas (32).

Se considera normopeso un IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m<sup>2</sup>, según la OMS. En adultos mayores, este rango se asocia con mejor estado funcional, menos eventos adversos y menor riesgo de mortalidad. No obstante, algunas investigaciones sugieren que un IMC ligeramente superior (25-27) puede ofrecer beneficios protectores en esta población (33).

Sobrepeso se define como IMC entre 25 y 29.9 kg/m<sup>2</sup>, correspondiente a una acumulación excesiva de grasa corporal que puede conllevar riesgo cardiovascular, diabetes tipo 2 y otras enfermedades no transmisibles. En adultos mayores, el sobrepeso presenta una relación compleja con salud; puede actuar levemente protector en contextos crónicos (34).

La obesidad se refiere a un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> según criterios de la OMS. En adultos mayores, la obesidad incrementa el riesgo de múltiples comorbilidades, incluyendo enfermedades metabólicas, sarcopenia, deterioro funcional y mortalidad prematura. Estudios recientes apuntan que los umbrales tradicionales pueden subestimar la obesidad en adultos mayores, sugiriendo utilizar un IMC  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> como indicador más sensible en esta población (35).

Johannes Hessen, de la década del XX, tuvo un impacto significativo en el pensamiento filosófico europeo de su tiempo. Dentro de los variados asuntos metafísicos que trató, formuló una teoría del saber enfocada en examinar su procedencia y esencia. Esta propuesta es vista como una de sus contribuciones más significativas, dado que introdujo la aplicación del método fenomenológico contemporáneo en la investigación del saber. Su perspectiva lo percibe como un fenómeno que puede ser comprendido

desde diversas disciplinas, como la psicología, la sociología, la biología y otras disciplinas empíricas. Hessen argumenta que el saber proviene de la interacción entre el individuo y el objeto, lo que facilita el estudio de diversas áreas filosóficas vinculadas, tales como la posibilidad, esencia, origen, tipos y formas del saber, además del criterio de la verdad (36).

## **2.3 Hipótesis**

### **Hipótesis de investigación**

**HI:** Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

### **Hipótesis estadísticas**

**H1:** Si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo, nivel y diseño de la investigación

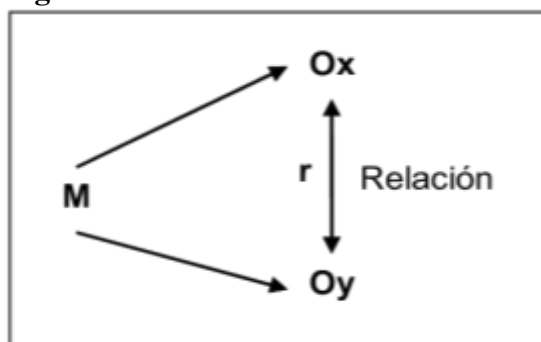
**Tipo.**-En cuanto al enfoque es **cuantitativa**, este tipo de estudio señala que este estudio cuantifica la variable de interés y emplea la recopilación de datos a través de mediciones numéricas. En cuanto a la intervención del investigador fue **observacional**, lo que indica que se trata de un estudio en el que los investigadores no intervienen en absoluto, y los datos reflejan únicamente el comportamiento de la variable analizada. Fue de corte **transversal**, donde se indica que se trata de un estudio en el que los datos se recopilan en un único momento. Su objetivo es describir las variables y analizar su incidencia e interrelaciones en un tiempo específico (37).

**Nivel.**-La presente investigación tiene nivel **correlacional**: Supo J. (2024) indican que un estudio pretende poner a prueba una hipótesis y querer ver si existe correlación entre dos variables (37).

**Diseño.**-El estudio presente es de diseño **no experimental**: Supo J. (2024) indica que un estudio no experimental no realiza manipulación de variables (37).

Esquema del diseño de la investigación:

Figura N°2



Dónde:

**M**= Población Muestral

**O<sub>1</sub>** =Estado Nutricional

**O<sub>2</sub>** =Nivel de conocimiento

**R**= La relación probable entre las variables

### **3.2 Población**

#### **Población:**

Estuvo conformada por 120 adultos mayores que asistieron al consultorio de medicina del puesto de salud Santa Ana Costa, durante los meses junio y julio del 2025.

#### **Muestra**

Utilizando el muestreo aleatorio simple y la fórmula para población finita, el tamaño de muestra fue de 92 adultos mayores que asistieron al consultorio de medicina del puesto de salud Santa Ana Costa, durante los meses junio y julio del 2025. Anexo 6

#### **Unidad de análisis**

Los adultos mayores que asistieron al puesto de salud Santa Ana Costa

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores de 60 años o más.
- Adultos mayores que se atendieron en el puesto de salud Santa Ana Costa.
- Adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Adultos mayores que no presentaron enfermedades terminales que interfieran directamente con el estudio nutricional.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adultos no lucidos orientado en tiempo y espacio (LOTEP) .
- Adultos que no tuvieron capacidad cognitiva suficiente para responder entrevistas o cuestionarios.

### **3.3 Operacionalización de las variables**

#### **Variable 1: Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable**

##### **Definición conceptual**

Es cualquier saber científico que posee diversos niveles de una y de la conducta que se percibe (36).

##### **Definición Operacional**

- Bueno: 11 - 14 puntos
- Regular: 5 – 10 puntos
- Malo: 0 – 4 puntos

#### **Variable 2: Estado nutricional**

##### **Definición conceptual**

El estado nutricional de un individuo puede definirse como el resultado de la ingesta nutricional recibida y las demandas nutricionales, y debe permitir la utilización de nutrientes para mantener las reservas y compensar las pérdidas (25).

##### **Definición operacional**

- Delgadez ( $\geq 19 - 23$ )
- Normal ( $> 23$  y  $< 28$ )
- Sobrepeso ( $\geq 28$  y  $< 32$ )
- Obesidad ( $\geq 32$ )

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### **Técnica**

Entrevista y observación

#### **Instrumento**

Se empleó dos instrumentos:

##### **V1: Nivel de conocimiento**

Durante el estudio, se aplicó un cuestionario diseñado para medir el nivel de conocimientos relacionados con una alimentación saludable (ver Anexo 03). El cuestionario que se utilizó para evaluar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable fue tomado de un instrumento previamente elaborado por las investigadoras Aguirre, Z. y Ccoto, S. (38), Este instrumento estuvo compuesto por 14 preguntas de opción múltiple, cada una enfocada en aspectos clave sobre prácticas alimentarias beneficiosas para la salud.

Las respuestas fueron codificadas de forma dicotómica: se asignó el valor de “1” a las respuestas correctas y “0” a las incorrectas. La puntuación total permitió clasificar el nivel de conocimiento de los participantes en tres categorías:

- **Bueno:** entre 11 y 14 puntos
- **Regular:** entre 5 y 10 puntos
- **Deficiente:** entre 0 y 4 puntos

Este cuestionario sirvió como herramienta para identificar el grado de información que poseen los adultos mayores respecto a hábitos alimentarios saludables, lo cual fue clave para interpretar su relación con el estado nutricional observado.

##### **V2: Estado nutricional**

En el desarrollo del estudio, se empleó una herramienta de evaluación rápida para clasificar el estado nutricional de los adultos mayores, basada en tablas antropométricas según el Índice de Masa Corporal (IMC). Este instrumento fue proporcionado por el Centro Nacional de Alimentación, Nutrición y Vida Saludable (CENAN), en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA), conforme a lo estipulado en la Resolución Ministerial N.º 240-2013.

Dicha herramienta contó con un formato práctico que incluyó una plantilla rectangular con una abertura central. A través de esta se pudo observar una lámina interna deslizable que mostró los valores de referencia correspondientes a los rangos de IMC, diferenciados por talla y sexo. Esta tabla permitió identificar, de manera rápida y visual, la clasificación nutricional del adulto mayor, según los puntos de corte establecidos para esta población. Los resultados obtenidos facilitaron la interpretación del estado nutricional en función de parámetros antropométricos estandarizados.

**Validez:**

El cuestionario que se utilizó para evaluar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable fue tomado de un instrumento previamente elaborado por las investigadoras Aguirre, Z. y Ccoto, S. (38), el cual obtuvo validación por parte de siete jueces expertos en el campo de la nutrición, incluyendo tres nutricionistas, un biólogo y un médico. Este proceso arrojó una V de Aiken de 1.0, indicando una validez adecuada.

**Confiabilidad:**

La confiabilidad del cuestionario se evaluó mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), se obtuvo un valor de 0.732, lo cual refleja una confiabilidad moderadamente alta.

**Validez Externa:**

Se garantizó la validez externa del estudio a través del Juicio de Expertos, conformado por tres profesionales acreditados en investigación científica. Sus aportes permitieron mejorar la precisión, claridad y relevancia de los instrumentos utilizados. Asimismo, se emplearon las tablas de valoración nutricional por índice de masa corporal para adultos mayores, ampliamente reconocidas a nivel nacional y validadas por el Ministerio de Salud (MINSA), según lo establecido en la normativa vigente (ver Anexo 3).

**Validez Interna:**

La validez interna del cuestionario fue verificada ítem por ítem mediante la aplicación de la prueba piloto mencionada anteriormente. Esto permitió identificar

posibles fallos de redacción, ambigüedades o sesgos, y asegurar que los ítems evaluaran correctamente los conocimientos esperados.

#### **Confiabilidad del Estudio:**

Para determinar la confiabilidad global del instrumento durante la aplicación final, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando el total de respuestas obtenidas en la muestra principal.

### **3.5 Método de análisis de datos**

#### **Procedimientos de la recolección de Datos:**

- Primero, se gestionó la autorización para la recolección de datos a través de la plataforma ERP de la Universidad ULADECH y se presentó el documento correspondiente, según la Ley N.º 29733, a la institución donde se desarrolló el estudio. Asimismo, se coordinaron fechas y horarios adecuados, y se solicitó el consentimiento informado a los adultos mayores o a sus representantes legales.
- Luego, se evaluó el estado nutricional mediante la toma de peso y talla, utilizando una balanza digital y una cinta métrica. Con estos datos se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) aplicando la fórmula  $\text{peso}/\text{talla}^2$ , y se clasificó el resultado de acuerdo con los rangos establecidos por la OMS.
- Posteriormente, se aplicó un cuestionario de 14 ítems para medir el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable, cuyas respuestas se calificaron como correctas (1) o incorrectas (0), clasificando el puntaje total como bueno, regular o deficiente. El cuestionario tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

#### **Análisis y Procesamiento de Datos:**

La información recopilada a través de la encuesta fue ingresada automáticamente en una base de datos elaborada en Excel, versión 2016. Posteriormente, los datos fueron ordenados y codificados según las variables correspondientes. Luego, la base de datos fue trasladada al programa estadístico SPSS, versión 26. El análisis se realizó de acuerdo con los objetivos planteados. Para las variables cualitativas, se aplicó estadística descriptiva, presentando los resultados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas. Para su representación gráfica, se utilizaron gráficos de barras. Para determinar la relación entre las variables, se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado,

la cual permitió comprobar la hipótesis planteada. El nivel de significancia empleado en el estudio fue del 5% ( $p < 0,05$ ).

### **3.6 Aspectos Éticos**

Este estudio se realizó de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Integridad Científica en la Investigación, versión 002, actualizado por el Consejo Universitario mediante, el 12 de mayo de 2025. Dicho reglamento establece los principios éticos fundamentales aplicables a este tipo de estudios, los cuales se detallan a continuación (39):

a. Respeto y protección de los derechos de los participantes: Se garantizó la dignidad, privacidad y reconocimiento de la diversidad cultural de todos los involucrados.

b. Participación voluntaria e informada: Se aseguró que los participantes conozcan claramente los objetivos y propósitos de la investigación, permitiéndoles expresar su consentimiento de manera libre, específica y sin ambigüedades.

c. Beneficencia y no maleficencia: Se priorizó el bienestar de los participantes, evitando cualquier tipo de daño, minimizando los posibles efectos adversos y optimizando los beneficios derivados de la investigación y sus hallazgos.

d. Integridad y honestidad: Se promovió la objetividad, imparcialidad y transparencia en la recogida, análisis y difusión de los resultados, garantizando una comunicación responsable de la investigación.

e. Justicia: Se aplicó un juicio equilibrado y razonable para evitar sesgos, garantizando un trato equitativo a todos los participantes y adoptando medidas de precaución en cada fase del estudio.

#### IV. RESULTADOS

TABLA 1

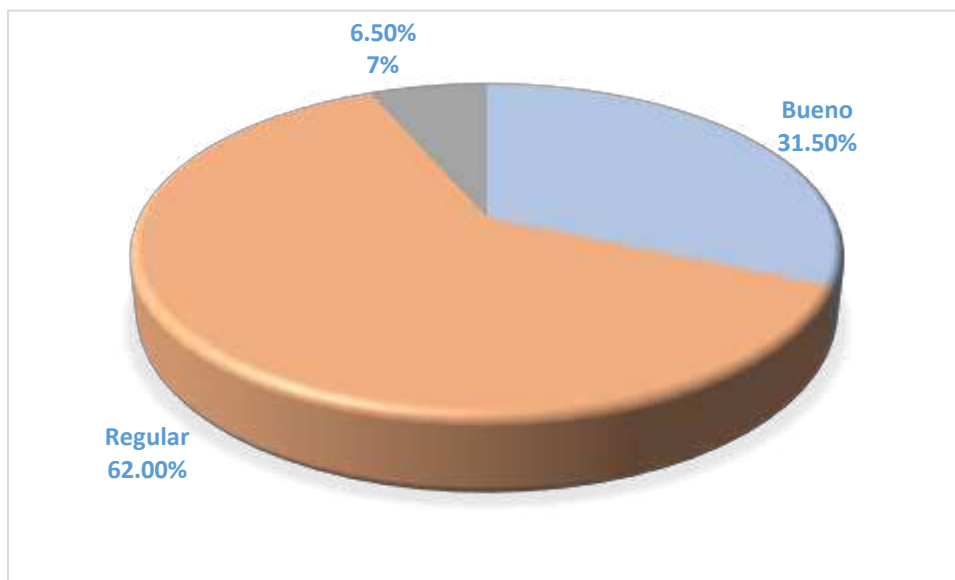
*NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025*

Nivel de conocimiento sobre alimentación	n	f
Bueno	29	31,5
Regular	57	62,0
Malo	6	6,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable, elaborado por Aguirre Zulma y Ccoto Sonia, aplicado a los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

FIGURA 2

*NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025*



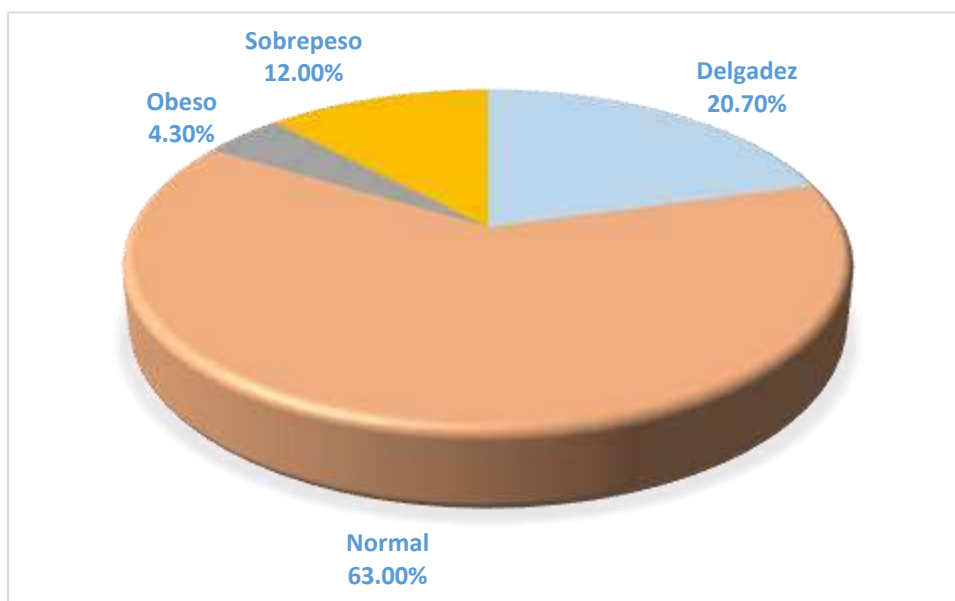
**Fuente:** Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable, elaborado por Aguirre Zulma y Ccoto Sonia, aplicado a los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

**TABLA 2**  
**ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025**

Estado Nutricional	n	%
Delgadez	19	20,7
Normal	58	63,0
Obeso	4	4,3
Sobrepeso	11	12,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Tablas antropométricas según el IMC. Este instrumento será proporcionado por el CENAN, en coordinación con el MINSA. Aplicado a los adultos mayores que acuden al puesto de salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

**FIGURA 3**  
**ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025**



**FUENTE:** Tablas antropométricas según el IMC. Este instrumento será proporcionado por el CENAN, en coordinación con el MINSA. Aplicado a los adultos mayores que acuden al puesto de salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

**TABLA 3**

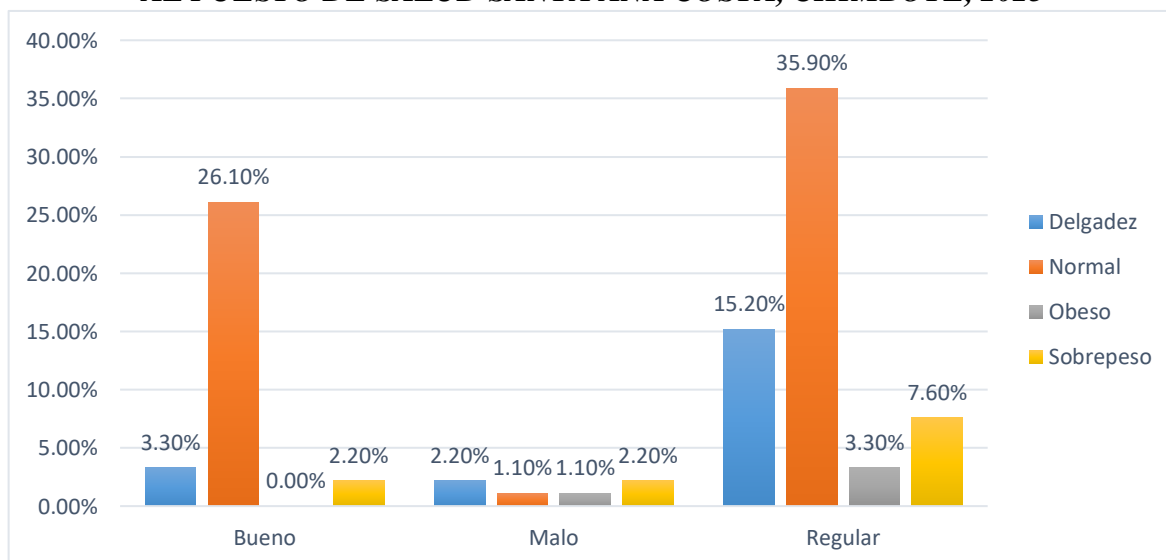
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025**

Estado nutricional	Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable				Chi <sup>2</sup>
	Bueno	Malo	Regular	Total	
Delgadez	n	3	2	14	X <sup>2</sup> =12,840; 6 gl p=0,046 >0,05. Si existe relación estadísticamente significativa
	%	3,3%	2,2%	15,2%	
Normal	n	24	1	33	
	%	26,1%	1,1%	35,9%	
Obeso	n	0	1	3	
	%	0,0%	1,1%	3,3%	
Sobrepeso	n	2	2	7	
	%	2,2%	2,2%	7,6%	
Total	n	29	6	57	92
	%	31,5%	6,5%	62,0%	100,0%

**Fuente:** Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable, elaborado por Aguirre Zulma y Ccoto Sonia. Tablas antropométricas según el IMC. Este instrumento será proporcionado por el CENAN, en coordinación con el MINSA. Aplicado a los adultos mayores del puesto de salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025

**FIGURA 10**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025**



**Fuente:** Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable, elaborado por Aguirre Zulma y Ccoto Sonia. Tablas antropométricas según el IMC. Este instrumento será proporcionado por el CENAN, en coordinación con el MINSA. Aplicado a los adultos mayores que acuden al puesto de salud Santa Ana Costa, Chimbote, 2025.

## V. DISCUSIÓN

Tabla 1: Se observa que, del total de participantes (n=92) respecto al conocimiento sobre alimentación saludable, el 62% (57) evidenció un nivel de conocimiento regular, el 31,5% (29) alcanzó un nivel bueno y el 6,5% (6) mostró un nivel deficiente. Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Goicochea E, Ocas R. (40) en su investigación titulada “Conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro de salud Magdalena de Cao” se observó que el 72,8% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento bueno y el 27.2% presentaron regular.

Estos resultados indican que, si bien la mayoría de los adultos mayores mantiene un peso dentro de los parámetros normales, existe un porcentaje considerable con alteraciones nutricionales, reflejando tanto déficit como exceso, lo que podría repercutir en su salud física y funcionalidad. El hallazgo de que uno de cada cinco adultos mayores presenta delgadez evidencia un problema de desnutrición, que puede estar asociado a diversos factores como la pérdida de masa muscular y apetito, dificultades de masticación, enfermedades crónicas, bajo nivel económico o aislamiento social.

Asimismo, Navarro Y, (41) en su investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable en personas diabéticas de un programa hospitalario de Lambayeque, 2023” donde obtuvo que el nivel de conocimiento medio respecto a: alimentación saludable (64,13%). Mientras tanto difiere Reyes M (20) en su investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y su relación con la calidad de vida en adultos mayores del distrito de Parcona - Ica, 2022” obtuvo que el 49,6% de las personas de edad avanzada del distrito de Parcona presentaron un alto grado de entendimiento sobre una dieta saludable.

El conocimiento puede entenderse como un acto consciente e intencional mediante el cual el individuo logra captar y comprender las cualidades de un objeto. En este proceso intervienen tanto el sujeto que conoce como el objeto conocido. Su

desarrollo se ha dado en paralelo con la evolución del pensamiento humano (42). En este sentido, resulta fundamental evaluar el nivel de conocimiento nutricional, pues este se vincula directamente con los hábitos alimentarios de las personas. Un mayor grado de conocimiento en esta área favorece la adopción de prácticas más saludables que contribuyen a mejorar su calidad de vida (43).

Bajo el enfoque del MPS de Nola Pender, el hecho de que la mayoría de adultos mayores presente un nivel de conocimiento regular sobre la alimentación saludable refleja que, si bien poseen cierta conciencia sobre prácticas adecuadas, sus conductas se ven limitadas por carencias de información o falta de motivación. El modelo resalta la importancia de los factores cognitivos-perceptuales, como el conocimiento, que sirven de base para tomar decisiones más saludables. En este sentido, reforzar la educación nutricional en este grupo puede potenciar la autoeficacia y fomentar conductas que favorezcan su bienestar (25,26).

Al analizar los resultados de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud de Santa Ana, se evidenció que el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable fue mayormente regular. Esto indica que, si bien los adultos mayores reconocen algunos alimentos beneficiosos para su salud y logran identificar prácticas básicas de una dieta equilibrada, aún presentan limitaciones en cuanto a información más específica o actualizada. Muchos de ellos refieren que en su juventud consumían alimentos naturales y propios de la zona, lo que les permitió mantener un estilo de vida relativamente saludable; sin embargo, en la actualidad este conocimiento no siempre se traduce en una práctica constante. Este hallazgo resalta la importancia de reforzar las intervenciones educativas en salud, de modo que los adultos mayores no solo conserven lo aprendido de experiencias previas, sino que también incorporen nuevas orientaciones para prevenir riesgos y mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, se identificó un porcentaje reducido de adultos mayores con un nivel bajo de conocimiento sobre alimentación saludable. Según los resultados de la encuesta, este grupo mostró desconocimiento respecto a los valores nutricionales de los alimentos y manifestó limitaciones económicas que dificultaban el acceso a

productos saludables, optando con mayor frecuencia por alimentos de bajo valor nutritivo. Esta situación representa un factor de riesgo para su bienestar, por lo que se hace necesario que el personal de salud implemente estrategias de apoyo y educación alimentaria orientadas a esta población.

En el presente estudio, la pregunta que obtuvo menor número de respuestas correctas fue la referida a la identificación de los grupos de alimentos. Este hallazgo evidencia una deficiencia en los conocimientos básicos de nutrición, aspecto que resulta preocupante debido a que el reconocimiento de los grupos alimenticios constructores, energéticos y reguladores, constituye un pilar fundamental para la promoción de hábitos saludables. La confusión observada en las alternativas, como la incorporación de categorías inexistentes (“fortalecedores” o “ejercicios y agua”), revela posibles vacíos en la formación previa o en la exposición a información errónea (30).

La importancia de este tema radica en que el conocimiento de los grupos de alimentos permite planificar dietas equilibradas, prevenir la malnutrición y fortalecer la educación en salud, especialmente en contextos donde las enfermedades crónicas no transmisibles están asociadas a una alimentación inadecuada. Desde la perspectiva educativa, reforzar estos contenidos no solo mejora la comprensión teórica de la nutrición, sino que promueve prácticas cotidianas más conscientes en torno a la selección de alimentos y al autocuidado. Por tanto, la baja respuesta a esta pregunta subraya la necesidad de implementar programas de capacitación y estrategias pedagógicas más dinámicas que fortalezcan el aprendizaje sobre los grupos de alimentos y su impacto en la salud integral (29).

Por otro lado, la pregunta mejor respondida fue la relacionada con el concepto de alimentación saludable. La mayoría de los participantes identificaron correctamente que una alimentación saludable corresponde a la ingesta de alimentos que aportan todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para mantener la salud. Este resultado refleja una fortaleza en los conocimientos básicos sobre nutrición, probablemente influenciada por campañas de promoción de estilos

de vida saludables difundidas en medios de comunicación y programas de salud pública (30).

En conclusión, los hallazgos muestran que la mayoría de los participantes se ubican en un nivel de conocimiento regular, lo cual refleja la necesidad de reforzar estrategias educativas en torno a la alimentación saludable. Para mejorar el nivel de conocimiento, se propone implementar talleres educativos continuos y dinámicos, apoyados en materiales visuales y actividades prácticas que promuevan la comprensión y aplicación de hábitos saludables. Asimismo, es clave la participación activa de profesionales de la salud y líderes comunitarios que faciliten la difusión de información accesible y culturalmente adaptada.

los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la educación alimentaria y nutricional en los adultos mayores, a través de estrategias participativas que consideren sus limitaciones cognitivas y sensoriales. Es fundamental promover hábitos alimentarios equilibrados, actividad física regular y control médico periódico, con el propósito de prevenir la desnutrición y el sobrepeso, mejorando así su calidad de vida y su envejecimiento saludable.

Tabla 2: En la Tabla 02 se observa que, del total de participantes (n=92), se identificó que el 20,7% (19) presentaba delgadez, el 63% (58) mostraba un estado nutricional normal, el 4,3% (4) correspondía a casos de obesidad y el 12% (11) a sobrepeso. Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Morales V, Morales D, (15) en su investigación titulada “Estado nutricional de los residentes del hogar para adultos mayores ‘La Providencia’, Granada en el II semestre del año 2024” donde encontró que el IMC en el 42.8 % mostró un IMC normal.

Estos resultados indican que, aunque la mayoría de los adultos mayores mantiene un estado nutricional adecuado, existe un porcentaje considerable que presenta algún grado de alteración nutricional, ya sea por déficit o exceso, lo que representa un riesgo potencial para su salud integral. El hallazgo de un 20,7% de delgadez refleja la vulnerabilidad de este grupo etario ante factores como la pérdida

de apetito, alteraciones metabólicas, problemas dentales, bajo nivel socioeconómico o soledad, que pueden afectar su ingesta alimentaria.

Por otro lado, el 12% con sobrepeso y el 4,3% con obesidad sugieren una tendencia al incremento del exceso de peso, situación que también ha sido reportada en investigaciones recientes. Por ejemplo, Andrade, et al. (16) titulado “Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022” quien obtuvo que el 44% presentaron un estado nutricional normal. De igual manera, Rivera A. (24) en su estudio titulado “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la habilitación urbana progresiva Nicolás Garatea “Sector 4” - Nuevo Chimbote, 2021.” Presentaron que el 51,9% fue normal.

Una nutrición saludable es fundamental para apoyar el crecimiento físico y el desarrollo mental en bebés, niños pequeños y adolescentes; en la adultez joven y la mediana edad, la nutrición y los patrones de estilo de vida influyen en la acumulación y el mantenimiento de los músculos, apoyando así aspectos de la salud y la función física. En la vejez, una buena nutrición, incluida la nutrición complementaria cuando sea necesaria, se puede utilizar para prevenir el declive funcional y restaurar la salud después de enfermedades agudas o crónicas, lesiones o cirugías. En conjunto, lograr una buena nutrición desde la juventud hasta la mediana edad es particularmente relevante para la fuerza muscular y la funcionalidad en la vejez; Los objetivos son desarrollar músculos al máximo en la juventud, mantener la fuerza y la función muscular en la mediana edad y sostener la función muscular o minimizar la pérdida en la vejez (44).

Por lo tanto, el envejecimiento saludable puede entenderse como un estado de mantenimiento, recuperación y mejora de la salud en la vejez, y los alimentos y las prácticas dietéticas que facilitan su consecución pueden denominarse alimentos y dietas saludables. Desde esta perspectiva, aunque los requerimientos nutricionales para una vida larga y saludable podrían, en principio, satisfacerse simplemente consumiendo macro y micronutrientes en sus formas químicas puras. En la práctica, la nutrición se obtiene consumiendo animales y plantas como fuentes de proteínas,

carbohidratos, grasas y micronutrientes. Existe una gran cantidad de información probada y confiable disponible sobre diversas fuentes de alimentos con respecto a los tipos y la proporción de diversos nutrientes presentes en ellas (45).

Desde la perspectiva del MPS, la diversidad en los estados nutricionales hallados refleja diferencias en la interacción de los factores personales (biológicos, psicológicos y socioeconómicos) con los patrones de comportamiento. La normalidad predominante indica que varios adultos mayores han mantenido estilos de vida relativamente adecuados; sin embargo, los casos de delgadez, sobrepeso u obesidad sugieren la necesidad de estrategias personalizadas que fortalezcan la motivación intrínseca y promuevan la adopción de elecciones alimentarias sostenibles, en concordancia con las capacidades y recursos de cada individuo (25,26).

Los adultos mayores que asisten al puesto de salud Santa Ana muestran en su mayoría un estado nutricional dentro de los rangos normales. Este hallazgo sugiere que en sus hogares mantienen prácticas de alimentación adecuadas, lo que asegura una dieta saludable y suficiente para cubrir los requerimientos de nutrientes esenciales como proteínas, vitaminas y minerales

De acuerdo con los resultados, los adultos mayores que acuden al puesto de salud de Santa Ana presentan casos de delgadez, lo que evidencia una ingesta insuficiente de nutrientes en su organismo. Esta situación puede derivar en mayor riesgo de dependencia, discapacidad o en una calidad de vida deteriorada. Además, la delgadez puede ocasionar alteraciones en diferentes sistemas, como trastornos gastrointestinales, y favorecer el deterioro cognitivo y mental.

Los pacientes mayores tienen un riesgo especial de desnutrición debido a múltiples factores etiopatogénicos (alteraciones del metabolismo y de la función orgánica, descenso de las reservas fisiológicas asociadas a los procesos de envejecimiento, enfermedades crónicas y polifarmacia farmacológica), que pueden llevar a una reducción o utilización de la ingesta de nutrientes, a una pérdida progresiva de la autonomía funcional con dependencia de la alimentación y a

problemas psicológicos relacionados con el aislamiento económico o social, por ejemplo, vinculados a la pobreza o la soledad. Aunque la función gastrointestinal sufre cambios modestos con el envejecimiento, es posible que aún existan alteraciones en la ingesta y asimilación de nutrientes; de ello se deduce que un paciente geriátrico se define en función de su fragilidad y la presencia de enfermedades crónicas, más que por una edad específica (46).

Los adultos mayores que acuden al puesto de salud de Santa Ana presentan un bajo porcentaje de obesidad. Este resultado refleja que, en su mayoría, mantienen prácticas y hábitos de alimentación saludables en su vida diaria. Sin embargo, el pequeño grupo que sí presenta obesidad enfrenta riesgos considerables en esta etapa, relacionados con la ingesta frecuente de alimentos con alto contenido de azúcares y grasas, pero de bajo valor nutritivo. Asimismo, el exceso de peso puede estar influenciado por factores familiares, ya que en algunos casos no se evidencia suficiente interés de los hijos por llevar a sus padres a controles médicos periódicos que permitan evaluaciones preventivas y el seguimiento oportuno de su estado de salud.

La obesidad es un proceso patológico crónico recurrente, atribuible a la interacción compleja entre genes y factores de riesgo ambientales, caracterizado por un exceso de adiposidad que perjudica negativamente la salud. Las personas que viven más tiempo con obesidad pueden tener comorbilidad asociada, que involucra complicaciones musculoesqueléticas, cardiometabólicas y de salud mental, con tasas más altas de malignidad, aunque aún no está claro hasta qué punto la exposición acumulada a la obesidad impacta en sus respectivos resultados clínicos. Se ha postulado que la obesidad de aparición temprana conlleva una distribución adiposa favorable, lo que confiere un fenotipo metabólicamente más saludable que si la obesidad se desarrolla en adultos mayores (46).

En conclusión, los resultados reflejan que la mayoría de los participantes presenta un estado nutricional normal, lo cual constituye un aspecto positivo; sin embargo, se evidencia también la presencia de casos de delgadez, sobrepeso y obesidad que requieren atención oportuna. Esta situación sugiere que, aunque existe

un grupo con parámetros adecuados, aún persisten riesgos nutricionales que podrían afectar la salud y calidad de vida de los participantes. En este sentido, se propone implementar programas de monitoreo nutricional periódico, complementados con asesorías personalizadas en alimentación balanceada y actividad física adaptada a cada grupo etario. Además, sería pertinente desarrollar campañas educativas comunitarias que promuevan la importancia de mantener un peso saludable y prevenir complicaciones asociadas a la malnutrición en todas sus formas.

Las propuestas de mejora en los resultados encontrados evidencian la necesidad de fortalecer programas de promoción de la alimentación saludable y control nutricional periódico en los adultos mayores, a fin de prevenir tanto la desnutrición como el exceso de peso. Además, se requiere la implementación de estrategias educativas adaptadas a sus necesidades y capacidades, que les permitan mantener hábitos alimentarios equilibrados y sostenibles en el tiempo.

Tabla 3: Se observa que la mayoría de los adultos mayores con estado nutricional normal presentan un nivel de conocimiento regular (35,9%), seguido de un 26,1% con conocimiento bueno. Asimismo, en los adultos mayores con delgadez, predomina también el nivel de conocimiento regular (15,2%). En el caso de quienes presentan sobrepeso u obesidad, los porcentajes más altos se concentran igualmente en el nivel de conocimiento regular. Además, sí existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en la población estudiada.

Los resultados se asemejan a lo señalado por Ladero (23) El estudio titulado “Estado nutricional y nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que acude al puesto de salud garatea. Nuevo Chimbote, 2024” quien encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y estado nutricional. Gutierrez R. (21) El estudio “Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores atendidos en el centro de salud delicias de villa en Chorrillos en el periodo de enero a septiembre del año 2023” existió conexión entre ambas variables. Rivera A. (24) El estudio titulado “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de

la habilitación urbana progresiva Nicolás Garatea “Sector 4” - Nuevo Chimbote, 2021.”, existe conexión entre el estilo de vida y estado nutricional.

Los resultados del estudio evidencian que existe una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adultos mayores, lo que indica que el grado de información y comprensión que poseen respecto a una alimentación adecuada influye directamente en su condición nutricional. Este hallazgo sugiere que los adultos mayores con mayor conocimiento tienden a mantener un peso adecuado y hábitos alimenticios más saludables, mientras que aquellos con conocimiento limitado presentan con mayor frecuencia desnutrición o sobrepeso.

Las elecciones y los hábitos alimentarios están influenciados por varios factores, incluidos los económicos, psicológicos, sociales y culturales, así como el conocimiento sobre alimentos y nutrición. Hay varios estudios que muestran que cuanto más profundo sea el conocimiento sobre alimentos y nutrición, más fácil es tomar decisiones alimentarias más saludables. Los principales medios para proporcionar información van desde profesionales de la salud, familiares y amigos hasta Internet y otros medios de comunicación diferentes (48).

Los conocimientos básicos en salud constituyen un elemento clave para la reducción de enfermedades y la prevención oportuna de riesgos. La comprensión de esta información resulta indispensable, ya que favorece la adopción de conductas que generan resultados positivos en la calidad de vida. Sin embargo, en la actualidad se observa que parte de la población adulta no destina tiempo a participar en las sesiones educativas comunitarias, lo que refleja un bajo interés y limita la adquisición de conocimientos. En contraste, otro grupo de adultos mayores sí promueve un adecuado manejo de los alimentos necesarios para su bienestar, puesto que cuentan con los recursos para acceder a ellos y además participan activamente en charlas comunitarias, incorporando lo aprendido en su vida diaria (49).

Así mismo se aprecia que la mayoría de los adultos mayores, independientemente de su estado nutricional, presentan un nivel de conocimiento regular respecto a la alimentación saludable, lo que evidencia la necesidad de

fortalecer la educación nutricional en este grupo etario. Es importante destacar que, a nivel fisiológico, el adulto mayor experimenta cambios propios del envejecimiento, como la disminución de la masa muscular (sarcopenia), reducción del metabolismo basal, alteraciones en la absorción de nutrientes, disminución de la percepción del gusto y del apetito, así como cambios dentales y digestivos que pueden limitar la ingesta adecuada de alimentos. Estos factores influyen directamente en el estado nutricional y, por ende, en la salud general.

En cuanto a los requerimientos nutricionales, el adulto mayor necesita una dieta equilibrada que asegure un aporte suficiente de proteínas de alto valor biológico para mantener la masa muscular, un consumo moderado de carbohidratos complejos y fibra para mejorar la función digestiva, así como grasas saludables que contribuyan a la salud cardiovascular. También es fundamental garantizar la ingesta de micronutrientes clave como calcio y vitamina D (para prevenir la osteoporosis), vitamina B12 (por su menor absorción en esta etapa), hierro, zinc y antioxidantes como las vitaminas C y E (30). Considerando estos aspectos, se propone implementar programas de orientación nutricional personalizados que contemplen tanto las necesidades fisiológicas como el nivel de conocimiento del adulto mayor, con el fin de promover hábitos alimenticios adecuados que mejoren su calidad de vida y prevengan complicaciones asociadas a la malnutrición.

Un nivel de conocimiento regular en el adulto mayor refleja que los adultos mayores poseen información parcial o incompleta sobre temas relacionados con su salud, autocuidado o prevención de enfermedades, lo cual puede influir en la adopción de conductas saludables. Este nivel intermedio suele deberse a factores como la limitada educación formal, la escasa participación en programas educativos de salud, la falta de acceso a información actualizada y las dificultades cognitivas propias del envejecimiento.

Cuando el conocimiento es regular, el adulto mayor reconoce la importancia del cuidado de la salud, pero no siempre aplica de manera correcta o constante las medidas adecuadas, lo que puede comprometer su bienestar físico y emocional. Por ejemplo, puede conocer algunos hábitos saludables como la alimentación

balanceada o la actividad física, pero no comprender completamente su frecuencia, duración o beneficios específicos.

Además, el nivel de conocimiento regular puede verse influido por factores sociales y culturales, como la baja participación comunitaria o el escaso apoyo familiar en la educación sanitaria. En este sentido, el personal de salud debe fortalecer las estrategias educativas personalizadas y continuas, utilizando un lenguaje accesible y técnicas participativas que favorezcan la comprensión y retención del conocimiento.

Como propuesta de mejora se plantea fortalecer el nivel de conocimiento de los adultos mayores mediante estrategias educativas continuas, participativas y adaptadas a sus capacidades cognitivas y socioculturales, para promover un mejor autocuidado y calidad de vida. Implementar programas de educación para la salud dirigidos a adultos mayores, con sesiones periódicas sobre temas como alimentación saludable, actividad física, prevención de enfermedades crónicas, adherencia al tratamiento y salud mental. Fomentar la participación activa de la familia y cuidadores, brindándoles orientación para que refuercen los conocimientos adquiridos por el adulto mayor en el hogar.

## VI. CONCLUSIONES

- En los adultos mayores la mayoría mantiene un estado nutricional normal. Este hallazgo sugiere que en sus hogares mantienen prácticas de alimentación adecuadas, lo que asegura una dieta saludable y suficiente para cubrir los requerimientos de nutrientes esenciales como proteínas, vitaminas y minerales.
- La mayoría presenta un nivel de conocimiento regular. Este resultado se explica porque gran parte de los adultos mayores reconocen los alimentos que aportan energía a su organismo, especialmente aquellos de origen natural y saludable, transmitidos por las prácticas de generaciones anteriores. No obstante, se observa una carencia de información en algunos participantes, posiblemente vinculada a la falta de formación académica, lo que limita un conocimiento más completo sobre la alimentación saludable.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud de Santa Ana. Este resultado indica que el nivel de conocimiento influye en el estado nutricional de los adultos mayores. Por lo tanto, es fundamental continuar reforzando las estrategias educativas y de sensibilización en torno a la alimentación saludable, a fin de mantener y mejorar la calidad de vida en esta población.

## VII. RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones de este estudio, se recomienda lo siguiente:

- Desarrollar talleres prácticos y charlas dirigidas a adultos mayores, enfocadas en el consumo de alimentos nutritivos y en la prevención de enfermedades crónicas, utilizando un lenguaje sencillo y ejemplos de la vida cotidiana.
- Involucrar a los familiares en las capacitaciones para que refuercen en casa los hábitos saludables, fomentando la preparación de comidas balanceadas y reduciendo la ingesta de productos ultraprocesados.
- Establecer evaluaciones regulares de peso, talla, índice de masa corporal y otras medidas antropométricas, a fin de identificar a tiempo casos de delgadez, sobrepeso u obesidad y brindar una orientación personalizada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stratidaki E, Mechili EA, Ouzouni C, Patelarou AE, Giakoumidakis K, Laliotis A, et al Study of Factors Contributing to the Nutritional Status of Elderly People Receiving Home Care. *Nutrients*. 2024 Sep 17;16(18):3135. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/18/3135>
2. Ghalib H, Mahmood N. Understanding Healthy Eating Habits of Elderly People in a Geriatric Center in Kirkuk City: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2024 Apr 23;16(4):e58801. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11112388/>
3. Obeng P, Kyereh K, Sarfo O, Ansah E, Attafua P. Nutritional status and associated factors of older persons in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2022; 22(416): 2-18. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03062-y>
4. Kovacs N, Biro E, Piko P, Ungvari Z, Adany R. Attitudes towards healthy eating and its determinants among older adults in a deprived region of Hungary: implications for the National Healthy Aging Program. *Geroscience*. 2025 Jan 28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39873922/>
5. Fu L, Shi Y, Li S, Jiang K, Zhang L, Wen Y, Shi Z, Zhao Y. Healthy Diet-Related Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) and Related Socio-Demographic Characteristics among Middle-Aged and Older Adults: A Cross-Sectional Survey in Southwest China. *Nutrients*. 2024 Mar 17;16(6):869. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/6/869>
6. Salari N, Darvishi N, Bartina Y, Keshavarzi F, Hosseinian-Far M, Mohammadi M. Global prevalence of malnutrition in older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf)*. 2025 Jan 10;9:100583. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39885903/>
7. Latorre JA, Abellán C, López-Moro A, Giménez-Blasi N, Conde-Pipo J, Mariscal-Arcas M. Review of the Nutritional Status in Older Adult Population. *OBM Geriatrics* 2023; 7(1): 224; Disponible en: <https://www.lidsen.com/journals/geriatrics/geriatrics-07-01-224>

8. De la Cruz V, Palazuelos R, Domínguez O. Micronutrient Deficiencies in Older Adults in Latin America: A Narrative Review. *Food Nutr Bull.* 2024 Sep;45(2\_suppl):S26-S38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38146136/>
9. El País (Chile). Universidad de Chile / INTA. Un 32,4 % de las personas mayores de 65 años en Chile presenta riesgo de desnutrición. 2024 Dec 16. Disponible en: <https://elpais.com/chile/2024-12-16/un-324-de-las-personas-mayores-de-65-anos-en-chile-presenta-riesgo-de-desnutricion.html>
10. Reyes A, Ortiz P. Conocimiento en nutrición, hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores en San Isidro del General, San José, Costa Rica 2019. *Rev Hispanoam Cienc Salud.* 2020;6(3):134–42. Disponible en: [https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/440?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/440?utm_source=chatgpt.com)
11. Ortiz Segarra J, Freire Argudo U, Delgado López D, Ortiz Mejía S. Impact of an Educational Intervention for Healthy Eating in Older Adults: A Quasi-Experimental Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Sep 25;20(19):6820. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37835089/>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2022. 2022. [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2022.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf)
13. Ancash Noticias. Ancash: Cifras de hipertensión y diabetes alertan a la población. [Internet].; 2023 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://ancashnoticias.com/2023/02/17/en-crecimiento-casos-de-hipertension-ydiabetes-en-la-region/>
14. Dirección de Red de Salud Pacífico Norte. Enfermedades crónicas no transmisibles Chimbote 2024 [internet] 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://rspnorte.gob.pe/>
15. Morales V, Morales D. Estado nutricional de los residentes del hogar para adultos mayores ‘La Providencia’, Granada en el II semestre del año 2024. [Monografía para optar el título de Licenciatura en Enfermería]. Perú: Universidad Central de Nicaragua; 2024. Disponible en:

<https://repositorio.ucn.edu.ni/id/eprint/39/1/Estado%20nutricional%20de%20los%20re-sidentes%20del%20hogar%20para%20adultos%20mayores.pdf>

16. Andrade, Parra D, Sánchez N. Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022. Revista Ecuatoriana de Nutrición Clínica y Metabolismo; 2022;5(1):1-7. Disponible en: <https://senpeazuay.org.ec/ojs/index.php/renc/article/view/9>
17. Luzuriaga A, Bedoya E, Machado G, Orellana A. Sarcopenia y estado nutricional en adultos mayores que residen en los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca en el período Febrero - Julio 2022. Revista Ecuatoriana de Nutrición Clínica y Metabolismo. 2023;5(1): 39-46
18. Espinoza A. Estado nutricional de Adultos Mayores de 60 años pertenecientes al Gerontológico María Reina Paz en el barrio de Totoracocha. Cuenca-Ecuador. Revista Ecuatoriana de Nutrición Clínica y Metabolismo. 2021;2(1): 57-69
19. Chen Q, Shen J, Gao Y, Wang XX, Jia QY, Li M. Nutritional status of the older adults in nursing homes: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2024 Jul;33(7):2640-2648. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38185924/>
20. Reyes M. Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y su relación con la calidad de vida en adultos mayores del distrito de Parcona - Ica, 2022. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/0e1a850e-6538-4870-a45b-451aac7de476>
21. Gutierrez R. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores atendidos en el centro de salud delicias de villa en Chorrillos en el periodo de enero a septiembre del año 2023. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Nutrición]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9603/TESIS\\_GUTIERREZ\\_MARTINEZ\\_ROSALIA\\_INES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9603/TESIS_GUTIERREZ_MARTINEZ_ROSALIA_INES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Lumba L, Gonzales V. Conocimiento y Actitudes sobre alimentación Saludable en Adultos Mayores del Centro Poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Nacional

- Autónoma de Chota; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/967754f8-fa27-4bc0-b764-1f6f45952dff>
23. Ladero L. Estado nutricional y nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que acude al puesto de salud garatea. Nuevo Chimbote, 2024. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024. Disponible en: [https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/38990/ESTADO\\_NUTRICIONAL\\_NIVEL\\_DE\\_CONOCIMIENTO\\_ADULTOS\\_MAYOR\\_LADERO\\_DURAN\\_LUCERO\\_CAMILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/38990/ESTADO_NUTRICIONAL_NIVEL_DE_CONOCIMIENTO_ADULTOS_MAYOR_LADERO_DURAN_LUCERO_CAMILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Rivera A. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor de la habilitación urbana progresiva Nicolás Garatea “Sector 4” - Nuevo Chimbote, 2021. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/38374>.
25. Navarro C, Guevara C, Paz M. Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Temperamentvm* [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 23] ; 19: e14224. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20235777>.
26. Hoyos G. et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 2011. [consultado 30 de agosto 2024]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
27. Fernández D, Seco J. Nutrition, Nutritional Status and Functionality. *Nutrients*. 2023 Apr 18;15(8):1944. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10142726/>
28. Kesari A, Noel JY. Nutritional Assessment. [Updated 2023 Apr 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580496/>
29. Institute of Medicine (US) Division of Health Promotion and Disease Prevention; Berg RL, Cassells JS, editors. *The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1992. 10, Nutrition. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235619/>

30. Espinosa S, Gonzalez M. Nutrition: Macronutrient Intake, Imbalances, and Interventions. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594226/>
31. Stratidaki E, Mechili EA, Ouzouni C, Patelarou AE, Giakoumidakis K, Laliotis A, Patelarou E. A Study of Factors Contributing to the Nutritional Status of Elderly People Receiving Home Care. *Nutrients*. 2024 Sep 17;16(18):3135. doi: 10.3390/nu16183135. PMID: 39339735; PMCID: PMC11435277. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39339735/>
32. De Luis DA, Izaola O, Primo D, Aller R. Mini Nutritional Assessment (MNA) in older adults: New evidence of its usefulness. *Nutr Hosp*. 2022;39(2):358–64. doi:10.20960/nh.03899. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35600834/>
33. Orlandoni P, Venturini C, Jukic Peladic N, Cola C, Sparvoli D, Spazzafumo L, et al. Malnutrition upon hospital admission in geriatric patients: Why assess it? *Nutrients*. 2021;13(10):3288. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34682812/>
34. Piché ME, Tchernof A, Després JP. Obesity phenotypes, diabetes, and cardiovascular diseases. *Circ Res*. 2020;126(11):1477–500. doi:10.1161/CIRCRESAHA.120.316101. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.120.316101>
35. Grundy SM. Obesity: new insights on classification and management. *The Lancet*. 2023;401(10380):936–47. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00038-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00038-7/fulltext)
36. Henríquez J. Los enfoques de la investigación a partir de la Teoría del conocimiento. *Ciencia, Cultura y Sociedad*, 2020. [consultado 30 de agosto 2024]. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/CCS/article/view/10537>
37. Supo J. Metodología de la investigación científica-Niveles de investigación. 4ta Ed. Perú: Bioestadístico EEDU EIRL; 2024.
38. Aguirre Z, Ccoto S. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y grado de aceptabilidad de los menús del servicio de alimentación por los estudiantes residentes de una universidad privada de Lima, 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2016.

39. Reglamento de Integridad Científica en la Investigación. Versión 002 Aprobado por Consejo Universitario con Resolución 0495-2025- CUULADECH Católica, de fecha 12 de mayo del 2025. [Consultado 27 Julio 2025].
40. Goicochea E, Ocas R. Conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro de salud Magdalena de Cao. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2021. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/3e6e592f-1ba4-4656-beee-710983481343>
41. Navarro Y. Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable en personas diabéticas de un programa hospitalario de Lambayeque, 2023. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/7834?locale=de>
42. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet]. 2009 Sep [citado 2025 Ago 19] ; 70( 3 ): 217-224. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es).
43. Sousa C, Catrib F, Medeiros T, Pereira C, Carioca F, Marinho P, et al. Health students' knowledge about healthy eating and factors associated with the university environment. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2022 Dec. 29 [cited 2025 Aug. 18];39(4):425-33. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/11349>
44. Rodríguez L, Murray R, Glencorse C, Sulo S. Good nutrition across the lifespan is foundational for healthy aging and sustainable development. Front Nutr. 2023 Jan 24;9:1113060. doi: 10.3389/fnut.2022.1113060. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9902887/>
45. Rattan SIS, Kaur G. Nutrition, Food and Diet in Health and Longevity: We Eat What We Are. Nutrients. 2022 Dec 18;14(24):5376. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9785741/>
46. Cristina NM, Lucia D. Nutrition and Healthy Aging: Prevention and Treatment of Gastrointestinal Diseases. Nutrients. 2021 Nov 30;13(12):4337. doi:

10.3390/nu13124337. PMID: 34959889; PMCID: PMC8706789.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8706789/>

47. Henney AE, Wilding JPH, Alam U, Cuthbertson DJ. Obesity pharmacotherapy in older adults: a narrative review of evidence. *Int J Obes (Lond)*. 2025 Mar;49(3):369-380. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41366-024-01529-z>
48. Guiné RPF, Florença SG, Aparício MG, Cardoso AP, Ferreira M. Food Knowledge for Better Nutrition and Health: A Study among University Students in Portugal. *Healthcare (Basel)*. 2023 May 30;11(11):1597. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10252302/#B28-healthcare-11-01597>
49. Meneses R. Conocimiento y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud los Aquijes. 2021. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1875>.

## Anexos

### Anexo 01. Documento de autorización para el desarrollo de la investigación (Ley N°29733)

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

5 de setiembre del 2024

Señora:

Elena Reyna Márquez

Coordinadora de Gestión de Investigación

ULADECH Católica

Asunto: Autorización para el desarrollo de la investigación

Referencia: Carta N° 0000002031-2025-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA

De nuestra consideración:

Reciba un cordial saludo institucional de parte del Jefe del Puesto de Salud Santa Ana Costa y en respuesta a su comunicación N° 0000002031-2025-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA, con fecha el 26 de agosto de 2025, nos dirigimos a usted para informarle lo siguiente:

Se aprueba su solicitud para:

- Que la estudiante SHEYLA ALISSON SALAZAR SANCHEZ realice actividades de recolección de datos en nuestras instalaciones, en el periodo comprendido del 06 de agosto al 20 de agosto de 2025.
- Incluir el nombre de la Institución en el título de su investigación: Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud Santa Ana Costa\_ Chimbote, 2025

Con la condición de que los datos recolectados deberán utilizarse exclusivamente con fines académicos, conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales).

Agradecemos su compromiso con la investigación formativa y quedamos a disposición para cualquier consulta adicional.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
REGIÓN DE HUANCAYO  
CALLE SAN JUAN DE LOS RIOS 1001  
HUANCAYO - PERÚ

Firma, Nombre y apellidos, sello del cargo

## Anexo 2. Carta de recojo de datos



Chimbote, 30 de septiembre del 2025

### **CARTA N° 0000002031- 2025-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA**

**Señor/a:**

**MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES  
PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA**

**Presente.-**

A través del presente reciba el cordial saludo a nombre del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, asimismo solicito su autorización formal para llevar a cabo una investigación titulada NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA. CHIMBOTE, 2025, con la LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES DE LA SALUD, que involucra la recolección de información/datos en ADULTO MAYOR, a cargo de SHEYLA ALISSON SALAZAR SANCHEZ, perteneciente al PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA, con DNI N° 76384874, durante el período de 06-08-2025 al 20-08-2025.

La investigación se llevará a cabo siguiendo altos estándares éticos y de confidencialidad y todos los datos recopilados serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

Es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente.

Mgtr. Elena Esther Reyna Márquez  
Coordinadora de Gestión de Investigación

**Anexo 03. Matriz de consistencia**

**TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025**

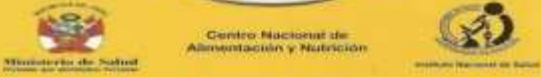
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problemas General</b> ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025?</li> <li>2. ¿Cuál es el estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025?</li> </ol>	<p><b>Objetivos de la investigación</b> <b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.</li> <li>2. Identificar el estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.</li> </ol>	<p>Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable</li> <li>• Estado nutricional</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Cuantitativo <b>Nivel:</b> Descriptivo <b>Diseño:</b> Correlacional <b>Población muestral</b> Estuvo conformada por 120 adultos mayores que asistieron al puesto de salud Santa Ana Costa. Utilizando el muestreo aleatorio simple, el tamaño de muestra fue de 92 adultos mayores que asistieron al puesto de salud Santa Ana Costa. <b>Técnicas:</b> Encuesta y observación <b>Instrumentos</b> Cuestionario y el IMC</p>

### Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORACIÓN
<p><b>Nivel de conocimientos sobre alimentación saludable</b></p> <p><b>Definición conceptual</b></p> <p>Es cualquier saber científico que posee diversos niveles de una y de la conducta que se percibe (36)</p>	<p>Este instrumento estuvo compuesto por 14 preguntas de opción múltiple, cada una enfocada en aspectos clave sobre prácticas alimentarias beneficiosas para la salud.</p>	<p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Bueno: 11 - 14 puntos</p> <p>Regular: 5 – 10 puntos</p> <p>Malo: 0 – 4 puntos</p>
<p><b>Estado nutricional</b></p> <p><b>Definición conceptual</b></p> <p>El estado nutricional de un individuo puede definirse como el resultado de la ingesta nutricional recibida y las demandas nutricionales, y debe permitir la utilización de nutrientes para mantener las reservas y compensar las pérdidas (25).</p>	<p>Se empleó una herramienta de evaluación rápida para clasificar el estado nutricional de los adultos mayores, basada en tablas antropométricas según el Índice de Masa Corporal (IMC).</p>	<p>Delgadez</p> <p>Normal</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidad</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Delgadez (<math>\geq 19 - 23</math>)</p> <p>Normal (<math>&gt; 23</math> y <math>&lt; 28</math>)</p> <p>Sobrepeso (<math>\geq 28</math> y <math>&lt; 32</math>)</p> <p>Obesidad (<math>\geq 32</math>)</p>


## Anexo 04. Instrumento de recolección de información

### Tabla de Valoración Nutricional según IMC Adulto Mayor



**Ministerio de Salud**  
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición  
Instituto Nacional de Salud

## TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTO MAYOR (≥ 60 AÑOS)



		CLASIFICACIÓN					
		PESO (kg)					
		Delgadez		Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Puntaje MNI		0	1	2	3	3	3
IMC	Talla (m)	< 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 MNI
≤ el peso correspondiente al IMC 19	Delgadez	0
Está entre los valores de peso de IMC > 19 y < 21	Delgadez	1
Está entre los valores de peso de IMC ≥ 21 y < 28	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
≥ el peso correspondiente al IMC 32	Obesidad	3

< : menor      > : mayor      ≥ : mayor o igual

Fuente: De Groot, M., Velaz D., Garay P.J. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts for Geriatrics - Javier Padilla, FIMC, Servicio de Geriátricos (15-02). En: (2010). Aspectos Clínicos del Envejecimiento.

**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.
- Incremento o Pérdida de Peso > a 1 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.

### MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR\*

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	II. PARÁMETROS DIETÉTICOS	
<b>1. Índice de Masa Corporal</b> 0 = IMC < 19 1 = IMC 19 a 21 2 = IMC 21 a 23 3 = IMC > 23	<b>11. N° de comidas completas que consume al día (desayuno + 2 platos y postre)</b> 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
<b>2. Pérdida de peso (últimos 3 meses)</b> 0 = > 5 kg 1 = no sabe 2 = 1 a 3 kg 3 = No perdió peso	<b>12. Consumo lácteos, carnes, huevo y legumbres</b> Lácteos al menos 1 vez/día Si No Huevo/legumbres 2 a más veces/día Si No Carnes, pescado o aves diarias entre Si No 0,0 = M 0 a 1 Si 0,5 = M 2 Si 1,0 = M 3 Si	
<b>3. Pérdida de Fierro (últimos 3 meses)</b> 0 = < 31 1 = ≥ 31	<b>13. Consumo frutas y verduras al menos 2 veces por día</b> 0 = No 1 = Si	
<b>4. Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses)</b> 0 = > 5 kg 1 = no sabe 2 = 1 a 3 kg 3 = No perdió peso	<b>14. ¿Ha comido menos por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para deglutir o mastigar en los últimos 3 meses?</b> 0 = pérdida severa del apetito 1 = pérdida moderada del apetito 2 = sin pérdida del apetito	
<b>III. EVALUACIÓN GLOBAL</b>		
<b>5. ¿Puede vivir independiente en su domicilio?</b> 0 = No 1 = Si	<b>15. Consumo de agua u otras líquidos al día</b> 0,0 = < de 2 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos	
<b>6. ¿Toma más de 3 medicamentos por día?</b> 0 = Si 1 = No	<b>16. Forma de alimentarse</b> 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
<b>7. ¿Presenta alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b> 0 = Si 2 = No	<b>IV. VALORACIÓN SUBJETIVA</b>	
<b>8. Movilidad</b> 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale de su domicilio	<b>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales</b> 0 = no tiene problemas 1 = no subnutrición severa 2 = no subnutrición moderada 3 = sí problemas de nutrición	
<b>9. Problemas neuropsiquiátricos</b> 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos	<b>18. En comparación con personas de su edad ¿Cómo encuentra su estado de salud?</b> 0,0 = Peor 1 = igual 0,5 = No lo sabe 2 = mejor	
<b>10. Úlcera o lesiones cutáneas</b> 0 = Si 1 = No	<b>TOTAL 30 PUNTOS (MÁXIMO)</b>	
<b>INTERPRETACIÓN</b> ≥ 24 puntos - Bien nutrido 17 a 23 puntos - Riesgo de desnutrición < 17 puntos - Desnutrido		

**\* La MINI Valoración Nutricional es para uso del especialista**

Fuente: García y Vial, B. Garry P.J. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol Suppl number 1994, sección especial 15-52. En: GMS/GMS 2002. Aspectos Clínicos del Proceso de Envejecimiento.



Hecho e Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11303

© Ministerio de Salud  
 Av. Salaverry 8200, s.m., Jesús María, Lima Perú

© Instituto Nacional de Salud  
 Casco Viejo 1400, Jesús María, Lima Perú  
 Tel. 471-9920 Fax 471-0179  
 Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición  
 Avda. de Normas Técnicas  
 J. Tschy y Boleo 276, Jesús María,  
 Teléfono: 0051-1-4800016,  
 Lima, Perú, 2007. 1ª Edición

Elaboración: Lic. Mirella Coronado Rojas

### ADULTO MAYOR

Puntaje MINI	CLASIFICACIÓN					
	PESO (kg)					
	Delgado		Normal		Obeso	
	0	1	2	3	3	3
Talla (m)	IMC < 19		≥ 19 ≥ 21		≥ 23	
1,30	32,1	35,4	38,9	47,3	54,0	
1,31	32,6	36,0	39,5	48,0	54,9	
1,32	33,1	36,5	40,1	48,7	55,7	
1,33	33,6	37,1	40,7	49,5	56,6	
1,34	34,1	37,7	41,3	50,2	57,4	
1,35	34,6	38,2	42,0	51,0	58,3	
1,36	35,1	38,8	42,6	51,7	59,1	
1,37	35,6	39,4	43,2	52,5	60,0	
1,38	36,1	39,9	43,9	53,3	60,9	
1,39	36,7	40,5	44,5	54,0	61,8	
1,40	37,2	41,1	45,1	54,8	62,7	
1,41	37,7	41,7	45,8	55,6	63,6	
1,42	38,3	42,3	46,4	56,4	64,5	
1,43	38,8	42,9	47,1	57,2	65,4	
1,44	39,3	43,5	47,7	58,0	66,3	
1,45	39,9	44,1	48,4	58,8	67,2	
1,46	40,5	44,7	49,1	59,6	68,2	
1,47	41,0	45,3	49,8	60,5	69,1	
1,48	41,6	45,9	50,4	61,3	70,0	
1,49	42,1	46,6	51,1	62,1	71,0	
1,50	42,7	47,2	51,8	63,0	72,0	
1,51	43,3	47,8	52,5	63,8	72,9	
1,52	43,8	48,5	53,2	64,6	73,9	
1,53	44,4	49,1	53,9	65,5	74,9	
1,54	45,0	49,8	54,6	66,4	75,8	
1,55	45,6	50,4	55,3	67,2	76,8	
1,56	46,2	51,1	56,0	68,1	77,8	
1,57	46,8	51,7	56,7	69,0	78,8	
1,58	47,4	52,4	57,5	69,8	79,8	
1,59	48,0	53,0	58,2	70,7	80,8	
1,60	48,6	53,7	58,9	71,6	81,9	
1,61	49,2	54,4	59,7	72,5	82,9	
1,62	49,8	55,1	60,4	73,4	83,9	
1,63	50,4	55,7	61,2	74,3	85,0	
1,64	51,1	56,4	61,9	75,3	86,0	
1,65	51,7	57,1	62,7	76,2	87,1	
1,66	52,3	57,8	63,4	77,1	88,1	
1,67	52,9	58,5	64,2	78,0	89,2	
1,68	53,6	59,2	65,0	79,0	90,3	
1,69	54,2	59,9	65,7	79,9	91,3	
1,70	54,9	60,6	66,5	80,9	92,4	
1,71	55,5	61,4	67,3	81,8	93,5	
1,72	56,2	62,1	68,1	82,8	94,6	
1,73	56,8	62,8	68,9	83,8	95,7	
1,74	57,5	63,5	69,7	84,7	96,8	
1,75	58,1	64,3	70,5	85,7	98,0	
1,76	58,8	65,0	71,3	86,7	99,1	
1,77	59,5	65,7	72,1	87,7	100,2	
1,78	60,1	66,5	72,9	88,7	101,3	
1,79	60,8	67,2	73,7	89,7	102,5	
1,80	61,5	68,0	74,6	90,7	103,6	
1,81	62,2	68,7	75,4	91,7	104,8	
1,82	62,9	69,5	76,2	92,7	105,9	
1,83	63,6	70,3	77,1	93,7	107,1	
1,84	64,3	71,0	77,9	94,7	108,3	
1,85	65,0	71,8	78,8	95,8	109,5	

0 = Normal    1 = Riesgo    2 = Mayor riesgo    3 = Mayor riesgo

IMC = Índice de Masa Corporal  
 Fuente: García y Vial, B. Garry P.J. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol Suppl number 1994, sección especial 15-52. En: GMS/GMS 2002. Aspectos Clínicos del Proceso de Envejecimiento.



## **CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDBALE EN EL ADULTO MAYOR**

Instrucciones: Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que crea conveniente. Por favor evitar marcar más de una opción y borrones.

### **1. ¿Qué es alimentación saludable?**

- a) Son alimentos que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para conservar la salud.
- b) Es la acción de alimentarse para obtener las sustancias nutritivas o nutrientes de los alimentos.
- c) Consumir diferentes tipos de alimentos adecuados durante el día.

### **2. ¿Sabes qué tipos de regímenes alimenticios existen?**

- a) Lacto ovo vegetariano, vegano, omnívoro
- b) Vegetariano, lacto ovo vegetariano, flexitariano
- c) vegetariano, vegano y omnívoro

### **3. ¿Cuáles son los grupos de alimentos?**

- a) Constructores, energéticos, reguladores.
- b) Constructores, energéticos, fortalecedores.
- c) Constructores, energéticos, reguladores, ejercicios y agua

### **4. ¿Qué alimentos aportan energía?**

- a) Tomate, espinaca, zanahoria, rabanito.
- b) Arroz, fideo, pan, camote.
- c) Mandarina, naranja, piña, fresa

### **5. ¿Qué alimentos aportan proteínas?**

- a) Huevo, menestras, queso, pollo
- b) Papas, yuca, ollucos, plátano verde
- c) Mantequilla, arroz, maíz

**6. ¿Cuál es la función que cumple la vitamina A en el organismo?**

- a) Formar huesos y dientes
- b) Forma y mantiene dientes, mucosas y piel, favorece la buena visión.
- c) Adelgaza

**7. ¿Cuál es la función que cumple la vitamina K en el organismo?**

- a) Interviene en la coagulación de la sangre
- b) Forma músculos
- c) Favorecer el funcionamiento intestinal

**8. ¿Qué alimentos aportan fibra?**

- a) Menestras, salvado de trigo, manzana, ciruelas
- b) Empanadas, galletas, panes, gluten
- c) Melón, sandía, mango, chirimoya

**9. ¿Cuáles son los alimentos ricos en hierro?**

- a) Espinacas, acelgas, lentejas, pasas
- b) Beterraga, tomate, zanahoria, rabanito
- c) Papa, camote, cebada.

**10. ¿Cuáles son los alimentos ricos en calcio?**

- a) Choclo, pimiento, perejil, cebolla
- b) Leche, ajonjolí, frijol soya, kiwicha
- c) Plátano, durazno, piña, naranja

**11. ¿Cuáles son los alimentos ricos en Vitamina C?**

- a) Pepinillo, caigua, espinaca, paltos frescos
- b) Lúcumo, pera, granadilla, membrillo
- c) Piña, papaya, limón, naranja

**12. El consumo en exceso de azúcar produce:**

- a) Sabor agradable a las comidas
- b) Acumulación de grasa adiposa
- c) Bajar de peso

**13. El consumo en exceso de sal genera:**

- a) Sabor agradable a las comidas
- b) Problemas de hipertensión

c) Mejora el paladar

**14. ¿Cuál de los ejemplos de menú crees que es la correcta?**

a) plato principal, guarnición, ensalada, acompañante, refresco y postre

b) plato principal, ensalada, sopa, acompañante, refresco y postre

c) plato principal, guarnición, sopa, ensalada, refresco

El cuestionario tiene respuestas de opción múltiple, estas respuestas se codificaron en dos opciones: las respuestas falsas con 0 y las respuestas verdaderas con 1 y el valor final será:

- Bueno (11- 14 puntos)

- Regular (5-10 puntos)

- Malo (0- 4 puntos).

## Anexo 5. Ficha técnica de los instrumentos

### Resultado de prueba de validación de jueces V de Aiken

Preguntas	J1	J2	J3	J4	J5	Suma	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	1	1	1	1	5	1
3	1	1	1	1	1	5	1
4	1	1	1	1	1	5	1
5	1	1	1	1	1	5	1

### Confiabilidad del instrumento

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,784	14

## Anexo 06. Formato de consentimiento informado



### **PROCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTAS (CIENCIAS SOCIALES)**

La finalidad de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador y usted se quedarán con una copia.

La presente investigación se titula: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA, CHIMBOTE, 2025** Y es dirigido por **SALAZAR SANCHEZ, SHEYLA ALISSON**, investigador de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

El propósito de la investigación es: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y estado nutricional en el adulto mayor que asiste al puesto de salud santa Ana Costa, Chimbote, 2025

Para ello, se le invita a participar en una encuesta que le tomará 15 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y anónima. Usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna inquietud y/o duda sobre la investigación, puede formularla cuando crea conveniente.

Al concluir la investigación, usted será informado de los resultados a través de teléfono. Si desea, también podrá escribir al correo \_\_\_\_\_, para recibir mayor información. Asimismo, para consultas sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre:

Fecha:

Correo electrónico:

Firma del participante:

Firma del investigador:

## Anexo 7. Formula de población finita

Fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Total de la población (120 adultos mayores)

$Z_{1-\alpha/2}$  = valor de confianza (1.96 para el 95% de confiabilidad)

p = proporción esperada

Por no tener referencias en poblaciones similares a la del estudio, se asignó la máxima probabilidad de ocurrencia de dicho fenómeno, es decir 50% (0.5)

d = precisión (0.05 para una precisión del 95%)

Reemplazando en la ecuación:

$$n = \frac{120 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{0.05 * (120 - 1) + 1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{120 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * (119) + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{120 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * (119) + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{120 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * (119) + 3.8416 * 0.25}$$

n = 92 adultos mayores