



*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*

Chota, 25 de octubre del 2024.

**C.O. N° 036-2024-UI-FCCSS**

## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO POBLADO LA COLPA-CHALAMARCA-CHOTA 2024”**, elaborado por las **Bachilleres en Enfermería: Luz Fiorela Lumba Pósito y Vidalina Gonzales Díaz**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 14%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



**Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FCCSS-UNACH

C.c.  
Archivo  
AOG/J-UI-FCCSS  
Or2024



**Unidad de Investigación**  
Facultad en Ciencias de la  
Salud  
**UNACH**

# LUZ FIORELA LUMBA PÓSITO

## CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO POBLAD...

 UBERLI HERRERA

 uberli

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::1:3054615882

Fecha de entrega

25 oct 2024, 7:18 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

25 oct 2024, 7:24 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

IFT-LUZ\_FIORELA\_LUMBA\_P\_SITO-VIDALINA\_GONZALES\_D\_AZ-.pdf

Tamaño de archivo

1.1 MB

83 Páginas

18,748 Palabras

103,676 Caracteres




## 14% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

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

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	3%
2	Internet	hdl.handle.net	3%
3	Internet	repositorio.unab.edu.pe	2%
4	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	1%
5	Internet	creativecommons.org	1%
6	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	1%
7	Internet	repositorio.udh.edu.pe	0%
8	Internet	www.coursehero.com	0%
9	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	0%
10	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	0%
11	Internet	www.repositorio.autonomadeica.edu.pe	0%

12	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	0%
13	Internet	repositorio.unap.edu.pe	0%
14	Internet	repositorio.undac.edu.pe	0%
15	Internet	www.slideshare.net	0%
16	Internet	core.ac.uk	0%
17	Internet	repositorio.unac.edu.pe	0%
18	Internet	repositorio.upt.edu.pe	0%
19	Internet	repositorio.utea.edu.pe	0%
20	Internet	www.docebo.com	0%
21	Internet	www.un-instraw.org	0%
22	Internet	www.untrm.edu.pe	0%
23	Internet	docplayer.es	0%
24	Internet	iris.paho.org	0%
25	Internet	issuu.com	0%

26	Internet	<a href="http://www.niapublications.org">www.niapublications.org</a>	0%
27	Internet	<a href="http://alimentatecorrectamenteysanamente.blogspot.com">alimentatecorrectamenteysanamente.blogspot.com</a>	0%
28	Internet	<a href="http://editora.redeunida.org.br">editora.redeunida.org.br</a>	0%
29	Internet	<a href="http://redi.unjbg.edu.pe">redi.unjbg.edu.pe</a>	0%
30	Internet	<a href="http://repositorio.unica.edu.pe">repositorio.unica.edu.pe</a>	0%
31	Internet	<a href="http://repositorio.uss.edu.pe">repositorio.uss.edu.pe</a>	0%
32	Internet	<a href="http://wiki.bookmooch.com">wiki.bookmooch.com</a>	0%
33	Internet	<a href="http://www.mysciencework.com">www.mysciencework.com</a>	0%
34	Internet	<a href="http://www.pinterest.com">www.pinterest.com</a>	0%
35	Internet	<a href="http://www2.larioja.org">www2.larioja.org</a>	0%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN  
SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO  
POBLADO LA COLPA-CHALAMARCA-CHOTA 2024**

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

**AUTORAS**

**LUMBA PÓSITO LUZ FIORELA**

**GONZALES DÍAZ VIDALINA**

**ASESOR**

**Dr. TENORIO CARRANZA JORGE ROMAIN**

**CHOTA – PERÚ**

**2024**

## Acta de sustentación: Informe final de tesis

Siendo las 10:45 del día 25 de setiembre del año 2024, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sajarède, el secretario Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Tajahuanca y Vocal Dr. Hernán Tafur Coronel y como Asesor de Tesis el (la) Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza

De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis: Conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el Centro Poblado La Calpa - Chacabamba - Chota 2024

presentada por el (la) bachiller: Luz Florencia Lumbra Pósito y Vidalina Gonzales Díaz de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar la Tesis en mención con la calificación de CATORCE (14) "Mención honorosa"; por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites posteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 12:00 del 25 de setiembre del 2024.

Docente	Firma
<b>Presidente Jurado evaluador:</b> - <u>Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sajarède</u>	 
<b>Secretario Jurado evaluador:</b> - <u>Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Tajahuanca</u>	
<b>Vocal Jurado evaluador:</b> - <u>Dr. Hernán Tafur Coronel</u>	
<b>Asesor de Tesis:</b> - <u>Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza</u>	

COMITÉ CIENTÍFICO



.....  
Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza  
Asesor



.....  
Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde  
Presidente Comité Científico



.....  
Dra. Rosario del Socorro  
Avellaneda Yajahuanca  
Miembro Comité Científico



.....  
Dr. Hernán Tafur Coronel  
Miembro Comité Científico

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darnos vida, sabiduría y fortaleza para afrontar el reto de culminar nuestra formación profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, por habernos cobijado en sus aulas y marcado el rumbo de nuestra formación personal y profesional.

A nuestros docentes, por sus enseñanzas y sabios consejos imborrables que nos inspiró a superar nuestros límites y alcanzar nuestras metas.

A todos los adultos mayores, por aceptar ser parte de esta investigación, sin ellos no hubiésemos podido consolidar el estudio.

A los miembros del jurado evaluador, por la lectura, aportes y sugerencias que realizaron a nuestro trabajo y que fue clave para enriquecerlo.

A nuestro asesor Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza, por su acompañamiento y dedicación para la culminación de este estudio.

A nuestros queridos padres, por estar presente en cada momento de nuestros días y por el apoyo incondicional para alcanzar nuestros sueños de llegar a ser profesionales. Por siempre gracias.

A nuestros hermanos y familiares, por la constante motivación y por la escucha en los momentos que necesitábamos una palabra de aliento.

**A:**

Todas aquellas personas que fueron parte fundamental en nuestro camino hacia la culminación de esta tesis. A nuestros hijos que son nuestra fortaleza para seguir adelante, padres, familiares, amigos y seres queridos, cuyo apoyo incondicional y comprensión son pilares fundamentales en cada etapa de este proceso. Este logro no solo es nuestro, sino también de todos aquellos que creyeron en nosotros y nos acompañaron en esta travesía académica.

***Luz Fiorela y Vidalina.***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Bases conceptuales	11
2.3. Definición de términos básicos	23
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	25
3.1. Ámbito de estudio	25
3.2. Diseño de investigación	25
3.3. Hipótesis	26
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	26
3.5. Operacionalización de las variables	27
3.6. Descripción de la metodología	30
3.7. Procedimiento y análisis de datos	33
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	33
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	35
4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	35
4.2. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024. Según dimensiones.	39
4.3. Nivel de conocimiento global sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	43
4.4. Actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	45
4.5. Nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	47
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	51
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	53
<b>ANEXOS</b>	63

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	35
<b>Tabla 2.</b> Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024, según dimensiones.	39
<b>Tabla 3.</b> Nivel de conocimiento global sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	43
<b>Tabla 4.</b> Actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	45
<b>Tabla 5.</b> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.	46

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto Mayor
C.P.	: Centro Poblado
EAP	: Escuela Profesional de Enfermería
FCCSS	: Facultad de Ciencias de la Salud
INS	: Instituto Nacional de Salud
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
Kcal	: Kilo calorías
KR-20	: Kuder Richardson
OMS	: Organización Mundial de la Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
TAS	: Teoría del Aprendizaje Social
UNACH	: Universidad Nacional Autónoma de Chota

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024. Estudio cuantitativo, relacional, no experimental de corte transversal. La población fue 80 adultos mayores. Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta, y como instrumentos un cuestionario para identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y una escala para medir las actitudes hacia la alimentación saludable. Resultados: Las características sociodemográficas más frecuentes fueron que 55 % de los adultos mayores tenían de 60 a 69 años, 97,5 % eran iletrados y 60 % amas de casa. Según dimensiones, el conocimiento sobre alimentación saludable fue mayormente regular, siendo 58,7 % en generalidades sobre alimentación saludable, 60,0 % en tipos de alimentos, 62,5 % en frecuencia de los alimentos, 62,5 % en cantidad de los alimentos, 61,3 % en combinación de los alimentos, y 58,7 % en prevención de riesgos a través de la alimentación saludable. El 58,7 % tuvieron conocimiento global regular, 30 % bueno y 11,3 % deficiente. El 73,7 % mostraron actitudes positivas y 26,3 % negativas. Conclusiones: El conocimiento sobre alimentación saludable en las seis dimensiones evaluadas es regular, al igual que el conocimiento global. Las actitudes son en su mayoría positivas. Además, existe relación significativa entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en los adultos mayores.

**Palabras clave:** Conocimiento, alimentación, actitudes, adultos mayores.

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between level of knowledge and attitudes about healthy eating in older adults in the town of La Colpa-Chalamarca-Chota 2024. Quantitative, relational, non-experimental and court transversal study. The population was 80 older adults. The personal survey was used as a data collection technique, and as instruments a questionnaire to identify the level of knowledge about healthy eating and a scale to measure attitudes towards healthy eating. Results: The most frequent sociodemographic characteristics were that 55 % of the older adults were between 60 and 69 years old, 97.5 % were illiterate and 60 % were housewives. According to dimensions, knowledge about healthy eating was mostly regular, with 58.7 % in generalities about healthy eating, 60.0 % in types of foods, 62.5 % in frequency of foods, 62.5 % in quantity of foods, 61.3 % in food combinations, and 58.7 % in risk prevention through healthy eating. 58.7 % had regular global knowledge, 30 % good and 11.3 % poor. 73.7 % showed positive attitudes and 26.3 % negative attitudes. Conclusions: The Knowledge about healthy eating in the six dimensions evaluated is regular, as is global knowledge. Attitudes are mostly positive. Furthermore, there is a significant relationship between level of knowledge and attitudes about healthy eating in older adults.

**Keywords:** Knowledge, feeding, attitudes, older adults.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La transición demográfica mundial está sufriendo una gran transformación debido a que la población está envejeciendo, es así que al 2050 se estima que las personas mayores de 60 años alcancen el 22 % del total de habitantes del mundo, de los cuales el 80 % estarán en los países en vías de desarrollo; situación que demanda a los sistemas sanitarios prepararse para afrontar el reto de brindar a los adultos mayores (AM) cuidados de salud de calidad [1]; entre ellos, fortalecer sus capacidades cognitivas en materia de alimentación saludable.

El envejecimiento progresivo que viene sufriendo la población mundial, requiere brindar a los AM un envejecimiento saludable, que implique no solo mantener o restaurar sus capacidades físicas y mentales, sino también afectivas y emocionales; es decir, abordar su salud desde una mirada holística y no considerar a este proceso como algo “normal o natural” del ciclo vital [2]. Mirada que también debe prestar atención a la calidad de alimentación que tiene el AM, pues es una dimensión esencial para el logro de un envejecimiento saludable [3].

Por otra parte, el envejecimiento se ve afectado por una serie de factores directamente vinculados a sus estilos de vida como, la actividad física, la ingesta de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco) o los hábitos alimenticios; situación que incrementa el riesgo de enfermar o depender de cuidados individuales que le impida tener una vida digna y plena [1, 2].

La alimentación es esencial para mantener un envejecimiento saludable, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3] la define como aquellos factores que moldean la conducta de la persona sobre los alimentos que consume y la forma en que los ingiere, esto incluye seleccionarlos, prepararlos y consumirlos según la cantidad, frecuencia y consistencia. Esto desde el punto de vista del estudio, requiere que el AM tenga el conocimiento respectivo que le ayude a tomar decisiones adecuadas en torno a una correcta alimentación.

Pues es sabido que la alimentación sana es la que suministra los nutrientes necesarios para el cuerpo, garantizando el buen funcionamiento del organismo, disminuyendo el riesgo de enfermedades o restableciendo la salud dañada en todas las etapas de vida [4]. Entonces, una alimentación saludable, más aún en poblaciones vulnerables como las del AM contribuye en la reducción del riesgo de malnutrición, de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, dislipidemias, cáncer), y en la mortalidad de esta población en cerca del 4 % [1].

Los estudios evidencian que las personas en todas las etapas de su vida, han modificado sus patrones de alimentación, orientándose más hacia los alimentos procesados, con alto contenido de grasas, carbohidratos y sodio; limitando el consumo de frutas, verduras y reduciendo las dietas altas de fibra [3, 5]. Patrones que están asociados al escaso conocimiento y a las actitudes negativas que tiene el AM y la familia sobre lo que es una alimentación saludable [6].

En el mundo, el déficit de conocimiento y las actitudes negativas que muestra el AM y la familia hacia una alimentación saludable ha afectado su estado nutricional generando que el 28,5 % presenten sobrepeso u obesidad (hombres = 12,3 % y mujeres = 16,2 %), el 15 % desnutrición y el 30 % anemia, lo que ha puesto a la hipertensión, sobrepeso y obesidad como las tres enfermedades no transmisibles más incidentes en la vejez [7]; escenarios negativos atribuidos entre otros, al limitado conocimiento, a las inadecuadas conductas alimentarias y a la deficiente atención familiar que reciben los AM en el proceso de alimentación [8].

Asimismo, otros estudios a nivel mundial han identificado que, en promedio, 24 % del total de defunciones prematuras que se producen al año en los adultos es el resultado de una alimentación inadecuada y dietas poco diversificadas, sobre todo en los países pobres donde existe una gran cantidad de individuos que viven solos, son indigentes o no cuentan con los recursos (económicos, cognitivos, actitudinales) para seguir la dieta saludable de referencia [9, 10].

En América del Norte, las cifras de enfermedades que se relacionan con la inadecuada alimentación se han incrementado en los últimos 12 años, alcanzando

el 15 % en la población adulta; en tanto las muertes prematuras relacionadas con hábitos alimenticios inapropiados superan el 30 %, de éstas la gran mayoría se presentan en los mayores de 60 años [7].

Por otro lado, en América Latina la situación alimentaria refleja la cruda realidad por la que atraviesan los grupos más vulnerables, entre ellos la población AM; esto debido a que la inseguridad alimentaria en el año 2021 afectó a 267 millones de latinoamericanos, de ellos 92,8 millones (14 %) tenían inseguridad grave (no comieron o solo lo hicieron una vez al día). Asimismo, en el año 2021, América del Sur fue la región que presentó la mayor inseguridad alimentaria, con 20,5 % más que en el 2020; además, se identificó que el 7,2 % de los AM fueron obesos; indicando que el problema no solo es la desnutrición, sino también el incremento de personas con sobrealimentación [11].

En otros países de la región como México, los patrones alimenticios han generado que el 43,5 % de la población AM presente riesgo de desnutrición y el 6,8 % desnutrición [12]; en el caso de Colombia, la alimentación adecuada se presenta en el 55 % de los AM, siendo más frecuente en poblaciones rurales, pobres y en familia numerosas [13, 14]; mientras que en Chile se ha identificado que los AM hombres y obesos se alimentan de forma más inadecuada que las mujeres de su edad [15] y que la malnutrición por exceso incrementa la dependencia del AM [16].

Para el caso peruano, según el Instituto Nacional de Salud (INS-2022) [17], es esencial cuidar la alimentación del AM, a fin de prevenir enfermedades como, la diabetes, presión alta, obesidad o cáncer. Esto requiere que el sistema de salud incentive la adopción de estilos de vida (actividad física, descanso y alimentación) saludables por medio de estrategias que le permitan al AM recibir el aporte energético diario requerido para tener un envejecimiento saludable; lo que podría lograrse mediante la mejora de los niveles de conocimiento y las actitudes hacia la alimentación saludable que presente el AM y su familia.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [18] en el primer trimestre del 2024 reportó que 27,5 % de los AM en el Perú tienen desnutrición (37,7 % Lima

Metropolitana 23,3 % áreas rurales y 18,9 % áreas urbanas del país. Asimismo, el MINSA en el 2022 [19] identifico que 26,8 % de los AM presentaron sobrepeso y 16,9 % obesidad; el sobrepeso fue más incidente en las mujeres (29,4 %) que en los varones (23,8 %), al igual que la obesidad (21,4 % mujeres y 11,8 % varones); por región natural 30,2 % de los AM de la costa presentan sobrepeso, así como 21,5 % en la selva y 20,8 % en la sierra. Según departamentos, en Ancash se ha identificado 45,6 % de obesidad y 13,3 % de sobrepeso; en Tumbes 25 % delgadez y 7,5 % obesidad; en Puno 3,4 % sobrepeso y 1,2 % obesidad; en Loreto el 63% de AM presentó delgadez, 25,9% normal, 9,3 sobrepeso, 1,9 obesidad; Lo que implica promover la mejora de sus conocimientos y actitudes hacia la alimentación saludable.

En el departamento de Cajamarca, los estados nutricionales mórbidos en la población AM son parecidos a las que se muestran a nivel mundial que el 28,5 % presenten sobrepeso u obesidad (hombres = 12,3 % y mujeres = 16,2 %), el 15 % desnutrición y el 30 % anemia[7] y nacional donde el 26,8 % de los AM presentaron sobrepeso y 16,9 % obesidad [19], y están asociadas a factores como los estilos de vida, la falta de apoyo en casa, el desconocimiento sobre cuál es la forma más saludable de alimentar al AM, y a las actitudes que tiene el AM y su familia en cuanto a su alimentación; tal es así que, en una investigación desarrollada en el 2019 se identificó que el 68,9 % de un grupo de AM presentaron hábitos alimenticios inadecuados, el 37,2 % delgadez, 19,4 % sobrepeso y 4,4 % obesidad [20].

Con la evidencia encontrada hasta este punto, se puede asumir que la inadecuada alimentación del AM es el resultado no solo de la inseguridad alimentaria que padecen, sino también de factores asociados al bajo conocimiento, a las conductas desfavorables y a las actitudes alimentarias negativas que poseen a nivel individual y familiar [9, 13, 17] y a la falta de programas nutricionales estatales que protejan la salud alimentaria de los AM más excluidos [21].

Los sistemas sanitarios (OMS, MINSA) en la actualidad están considerando al AM como un individuo que requiere cuidados especiales, pero eso no necesariamente implica que son seres dependientes, por el contrario, buscan que estos sean

autónomos el mayor tiempo posible, promoviendo para ello, estrategias como el envejecimiento saludable, la cual tiene como eje central lograr que el individuo adopte y mantenga hábitos alimenticios saludables [3]. Esto implica que disponga de la mayor cantidad de información y conocimiento para adoptar actitudes positivas hacia una alimentación saludable.

Además, la alimentación que se brinda en la práctica comunitaria y clínica es de muy bajo valor nutricional, por lo que requiere de cuidados familiares individualizados, asesoramiento nutricional personal, y la incorporación de alimentos nutritivos aceptados [22]. Al respecto, las tradiciones culturales, las creencias personales, la disponibilidad de los alimentos, los hábitos alimenticios, y el apoyo familiar en la alimentación, son factores que suman para una alimentación sana [4].

Igualmente, se identifica que la falta de interés por la alimentación, el desconocimiento sobre alimentación saludable, los hábitos y creencias alimentarias del AM o su cuidador y las migraciones repentinas que cambian su dieta llevándolo al consumo excesivo de algunos alimentos inadecuados, limitan la ingesta de nutrientes y generan en los sistemas sanitarios una paradoja cada vez más frecuente, el enfrentar al mismo tiempo las enfermedades no transmisibles, la desnutrición y la obesidad [1, 7, 20].

En este sentido, a raíz de la problemática existente, el gobierno peruano por medio de su ente rector en salud, el MINSA, ejecuta una serie de estrategias que promueven un envejecimiento saludable; entre otras estrategias se encuentran la “Organización de los Círculos de AM en los Establecimientos de Salud - Primer Nivel de Atención”, cuya finalidad es favorecer y mejorar las condiciones de salud mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, tales como alimentación saludable, actividad física y estilo de vida saludable, que sumen a su calidad de vida [23].

A pesar de la creciente evidencia de que la alimentación saludable tiene efectos positivos sobre la salud, en la práctica el cumplimiento de la alimentación saludable

entre las personas AM es bajo. Al respecto, desde la perspectiva del conocimiento-actitud, Laurenti et al [25], explica cómo los patrones conductuales influyen en la adquisición de conocimientos, desarrollo de actitudes y formación de comportamientos para alcanzar hábitos de alimentación saludable.

Asimismo, hay evidencia de que tener altos niveles de conocimiento sobre alimentación se asocia con actitudes más positivas, lo que a su vez está directamente vinculado con conductas alimentarias favorables. Sin embargo, hay entornos donde también se reportan limitado conocimiento y actitud negativa hacia la alimentación en la población AM [16, 24].

En la provincia de Chota y en el escenario de estudio (Centro Poblado de La Colpa, Chalamarca) la información disponible sobre problemática nutricional que aqueja al AM es limitada; sin embargo, se ha observado posibles problemas de sobrepeso, obesidad o desnutrición. Situación preocupante porque los AM están propensos a sufrir múltiples discapacidades, enfermedades crónicas e incrementar su riesgo de mortalidad. Además, esto nos lleva a suponer que, al igual que lo evidenciado en otros espacios, el estado nutricional presenta una doble carga, situación relacionada probablemente a limitaciones en cuanto a conocimiento y actitudes hacia la alimentación saludable [1].

Por esta razón el estudio planteó la interrogante sobre, ¿Cuál es la relación entre nivel conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el Centro Poblado la Colpa-Chalamarca-Chota 2024?

El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024; en tanto, los objetivos específicos: Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable de acuerdo a sus dimensiones; Identificar el nivel de conocimiento global sobre alimentación saludable; identificar las actitudes sobre alimentación saludable.

Entre los resultados se encontraron que las características sociodemográficas más frecuentes fueron que el 55 % de los adultos mayores tenían de 60 a 69 años, el 97,5 % eran iletrados, el 60 % amas de casa y el 40 % agricultores. Según dimensiones el conocimiento sobre alimentación saludable en los AM fue mayormente regular, siendo 58,7% para la dimensión generalidades sobre alimentación saludable, 60,0 % para la dimensión tipos de alimentos, 62,5 % para la dimensión frecuencia de los alimentos, 62,5 % para la dimensión cantidad de los alimentos, 61,3 % para la dimensión combinación de los alimentos 58,7 % para la dimensión prevención de riesgos a través de la alimentación saludable. El 58,7 % tuvieron nivel de conocimiento global regular, 30 % bueno y 11,3 % deficiente. El 73,8 % mostraron actitudes positivas y 26,3 % negativas.

El informe final tiene los siguientes capítulos: Capítulo I. Introducción: Problema, objetivos y justificación del estudio; capítulo II: marco teórico: Antecedentes y bases teóricas el estudio. Capítulo III: marco metodológico: Metodología del estudio; capítulo IV: resultados y discusión: Interpretar, discutir y analizar los resultados; capítulo V: conclusiones y recomendaciones. Anexos y referencias bibliográficas.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del estudio**

Turner et al. (Australia, 2023), realizaron la investigación “Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la dieta mediterránea entre los AM australianos”; con el objetivo de explorar estas variables. Investigación descriptiva y transversal, realizada en 61 participantes, Resultados: El 60,7 % tenían conocimiento alto y 39,3 % bajo; el conocimiento bajo se presentó en las dimensiones de, patrones dietéticos (41 %); en contenido de nutrientes (36,1 %); y en alimentos básicos y selección de comidas (49,2 %). El 55,7 % mostró actitud positiva hacia la alimentación saludable. Conclusiones: Seis de diez participantes indicaron tener conocimientos altos y actitudes positivas hacia la alimentación saludable [24].

Laurenti et al. (Italia, 2020) realizaron la investigación “Factores que afectan la dieta segura y saludable en AM de Italia”, cuyo objetivo fue indagar sobre seguridad alimentaria y alimentación saludable. Investigación preexperimental y transversal, ejecutada con 74 AM. Resultados: El 64,2 % indicaron llevar una dieta equilibrada; 34,9 % obtenían información alimentaria del personal sanitario y 29,9 % de la televisión. Según actitudes, 49,7 % indicó que la nutrición integra a la familia y amigos, 68,8 % que la calidad de los alimentos es importante y 85 % aceptaría una dieta saludable. Conclusiones: Los conocimientos y las actitudes se asocian con la alimentación [25].

Balani et al. (Estados Unidos, 2019), realizó la investigación “Conocimientos, actitudes y autorregulación nutricional como predictores de sobrepeso y obesidad”, a fin de examinar las tres variables en AM del nivel comunitario. Estudio relacional y transversal, realizado en 313 AM. Resultados: el 56,5 % presentaron sobrepeso, el 74,1 % tenían conocimientos nutricionales de nivel medio, el 28,1 % no pudo identificar el IMC como parte de su problema de obesidad, el 38 % renunciaba fácilmente al deseo de alimentarse adecuadamente y 74 % tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación

saludable, Conclusiones: la facilidad de cambiar su alimentación y las actitudes negativas se relacionaron con el sobrepeso y la obesidad [6].

Tan et al. (Singapur, 2019) realizaron la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación en AM de Singapur”; con el objetivo de identificar estos indicadores entre los AM. Investigación correlacional y transversal, realizada en 396 participantes. Resultados: 9,7 % consideraba que el sobrepeso no causa problemas de salud, 67,9 % que las frutas pueden reemplazarse por las verduras, 53,6 % que se podía comer lo que sea siempre que se desee; 44,5 % no pudo diferenciar entre información nutricional verdadera o falsa. El 52,3 % indicó estar en desacuerdo sobre el rol alimentario que desempeña. Conclusiones: Los conocimientos sobre alimentación saludable se asocian con las actitudes sobre la misma [26].

Lozada (Venezuela, 2019) realizó la investigación “Factores que influyen en la alimentación del AM y su estilo de vida”, su objetivo fue determinar los factores que influyen entre estas dos variables. Estudio descriptivo y transversal, desarrollado con 40 AM. Resultados: 40 % indicaron tener alimentación adecuada, dado que conocen sobre cómo combinar los alimentos; 32,5 % dijeron tener buena salud producto de una alimentación adecuada, y 45 % selecciona apropiadamente los alimentos. Conclusiones: Existe relación entre régimen alimentario (combinación y selección de alimentos), condición económica y alimentación saludable [27].

Tentaya (Perú, 2022) realizó la investigación “Nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada y estado nutricional en AM del Asentamiento Humano Santa Rosa de Lima, Nasca 2020”, con el objetivo de determinar asociación entre ambas variables. Investigación correlacional y transversal, realizada con 60 AM. Resultados: 23,3 % tenían sobrepeso y conocimiento inadecuado sobre frecuencia de alimentación, 92,7 % delgadez y conocimiento inadecuado sobre consumo de verduras, al igual que 76,9 % con sobrepeso; 92,3 % sobrepeso y conocimiento inadecuado sobre consumo

de proteínas, al igual que 85,4 % con delgadez. Conclusión: No existió asociación entre conocimientos sobre alimentación y estado nutricional [28].

Carrillo (Perú, 2022) realizó la investigación “Conocimientos y Actitudes del adulto mayor sobre la alimentación saludable del centro poblado virgen de las mercedes, supe – 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. Estudio correlacional y transversal; la población estuvo constituida por 98 AM. Resultados: El 53,1 % de AM tuvieron un conocimiento regular y el 46,9 % conocimiento bueno; el 93,9 % presentaron actitudes positivas; el 46,9 % de los AM con conocimientos regulares sobre alimentación saludable mostraron actitudes positivas. Conclusión: Existe asociación entre conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable [29].

Sánchez (Perú, 2021) realizó la investigación “Nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en AM del Centro de Salud María Jesús, La Victoria Chiclayo”; con el objetivo de determinar la relación entre variables; estudio correlacional y trasversal, realizada con 65 AM. Resultados: El nivel de conocimiento fue mayormente regular para las dimensiones de alimentos formadores (58 %); alimentos energéticos (63,1 %); alimentos protectores (58,5 %); y para conocimiento global (50,8 %). Las actitudes fueron positivas (64,6 %) y negativas (35,4 %). Conclusiones: Existe asociación entre conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable [30].

Núñez (Perú, 2019) realizó la investigación: “Conocimientos y Actitudes sobre la Alimentación Saludable del AM. Reque”, cuyo objetivo fue identificar conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable. Estudio descriptivo y trasversal, desarrollado en 190 AM. Resultados: El nivel de conocimiento regular se presentó en: generalidades de alimentación (47,9 %), frecuencia de alimentos (78,4 %); cantidad de alimento (84,7 %); combinación de alimentos (70 %); y conocimiento global (97,4 %). El 92,1 % mostraron actitudes positivas. Conclusión: Existe conocimiento regular y actitudes positivas entre los AM participantes [31].

## **2.2 Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas**

#### **Teoría del Aprendizaje Social (TAS) de Albert Bandura**

La TAS es una teoría psicológica que explica cómo las personas aprenden nuevas conductas y actitudes a través de la observación y la imitación de otros. Se centra en el aprendizaje que es un proceso cognitivo que tiene lugar en un contexto social es decir las personas no solo aprenden a través de las experiencias directas, sino también por medio de la observación hacia los demás, pero esto no quiere decir que habrá un cambio de comportamiento en la persona [32].

Entre los principios teóricos más destacados de la TAS se encuentra la "observación" que es fundamental para centrar nuestra atención en los detalles relevantes del comportamiento que estamos observando, pero es importante la atención selectiva en este proceso, es decir tomar decisiones que beneficien nuestra salud y conduzcan a una buena alimentación, "imitación" las personas imitan las acciones observadas, "refuerzo" las personas reciben apoyo para mejorar sus conocimientos y actitudes por parte de la familia, personal de salud, líderes comunitarios, etc. y "modelado" los profesionales de salud, la familia, entre otros, enseñan y promueven conductas positivas, hábitos alimenticios saludables, para que la persona (AM) adopten estas enseñanzas [33].

La relación entre la TAS y el estudio se sustenta en cómo los AM son capaces de adquirir sus conocimientos sobre alimentación saludable, los cuales tiene la capacidad de ponerlos en práctica y tener una buena predisposición para tener una mejor calidad de vida en relación a su salud, lo que facilitará al personal de Enfermería el diseño de acciones efectivas e individualizadas que permitan al AM lograr un envejecimiento saludable, y así tener mejores hábitos alimentarios. Aplicando esta teoría el personal de salud podrá identificar mejor sobre las actitudes que tengan los adultos mayores y trabajar en ellos.

## 2.2.2. Conocimiento sobre alimentación saludable

### A. Conocimiento

#### a) Definición

Es un acto intencional dirigido por el razonamiento del sujeto para conocer al objeto; es preciso y claro, pero en ocasiones también puede ser confuso; da la capacidad de resolver problemas específicos en situaciones determinadas, y en el contexto de una experiencia particular culmina en un resultado generalizado o individual [34, 35].

El conocimiento es una construcción social generada a partir de la experiencia o la experimentación fundamentada del objeto de estudio; implica que el sujeto cognoscente aplique métodos de inducción o deducción para alcanzar a entender, interpretar y emitir un juicio de valor sobre la realidad que observa; además puede ser factible de ser aceptado, rechazado o modificado [35].

#### b) Características del conocimiento

La conciencia del individuo a medida que aprende, organiza y almacena la información que adquiere del mundo que lo rodea, convirtiéndolo en conocimiento que puede ser aprovechado en el momento que lo requiera y haciendo que sea parte de él. Las características del conocimiento incluyen: Establecer una correlación entre el sujeto y el objeto, transmitirse y expresarse por medio del lenguaje, basarse en la realidad, aquello que no existe no es objeto del conocimiento, y hacer uso del pensamiento [36].

#### c) Componentes del conocimiento

Se han considerado los siguientes componentes:

**c.1) Sujeto:** El proceso de adquisición de conocimientos siempre involucra a un sujeto, que es el individuo que

recopila información que refleja la realidad de un objeto; a partir de esta información, el sujeto realiza una operación cognitiva para formarse una impresión o pensamiento sobre el objeto [34].

**c.2) Objeto:** Cuando se intenta adquirir conocimiento se hace a partir del objeto que se desea conocer; esto implica hacer un proceso de cognición; este mecanismo permite que el sujeto tenga una comprensión del objeto y se forme una idea cognitiva de él; a diferencia de los pensamientos, que son un proceso más prolongado de adquisición de conocimiento, la cognición es más inmediata [34].

**c.3) Pensamiento o representación mental:** El concepto de pensamiento se refiere al esquema mental que resulta de lo aprendido; este esquema permanece en la memoria y se convierte en una secuencia de pensamientos que se desencadenan en la percepción futura del objeto; asimismo, como esquema mental el pensamiento solo es albergado en nuestra propia conciencia, a partir del cual lo evocamos cuando sea requerido [34].

#### **d) Tipos de conocimiento**

Los tipos de conocimiento son:

**d.1.) Acientífico:** Se adquiere de las experiencias vivenciadas por el individuo, es impreciso, poco claro, basado en el ensayo/error, adquirido en el quehacer cotidiano de la persona, y utilizado para resolver problemas específicos [37].

**d.2.) Precientífico:** Es el conocimiento empírico, pero utilizado con mayor razonamiento, dado que busca explicar de forma básica el objeto que está conociendo; además no es sistemático, riguroso, ni comprobable por medio de la experimentación [37].

**d.3.) Científico:** Es el conocimiento a partir del cual se han podido desarrollar todas las ciencias, dado que aporta teóricamente y sustenta en la práctica a dichas ciencias; es claro, preciso, sistemático, metódico, medible y verificable [37].

**d.4.) Metacientífico:** Es el conocimiento que busca explicar las causas fundamentales de las cosas, partiendo de la explicación del ser y de dar respuesta a las realidades competas; se origina a partir del estudio de otro tipo de conocimientos [37].

Para la investigación se asumió que el nivel de conocimiento sobre la alimentación saludable que presentaron los AM de La Colpa de Chalamarca; contribuye a entender las conductas, comportamientos y actitudes que tienen sobre la alimentación saludable.

## **B. Conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores**

### **a) Definición**

Es el conjunto de información sobre alimentación saludable con la que dispone el AM del Centro Poblado de La Colpa Chalamarca; información que está representado por todas las ideas y conceptos que los AM han adquirido a lo largo de su vida, por medio de sus experiencias, vivencias, tradiciones, cultura, educación formal e informal, respecto a la

alimentación saludable, y que hacen que presenten actitudes positivas o negativas acerca de la alimentación saludable.

**b) Dimensiones del conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores**

Para Núñez NJ [31], el conocimiento sobre alimentación saludable en los AM se organiza en seis dimensiones: Generalidades sobre alimentación saludable, tipos de alimentos, frecuencia de los alimentos, cantidad de los alimentos, combinación de los alimentos y prevención de riesgos por medio de la alimentación saludable.

**c) Niveles del conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores**

El nivel de conocimiento sobre alimentación saludable que presentan los AM del Centro Poblado (CP) La Colpa de Chalamarca se organiza en:

**c.1) Conocimiento bueno:** Alto grado de comprensión que muestra el AM sobre alimentación saludable en dimensiones como, generalidades sobre alimentación saludable, tipos, frecuencia, cantidad y combinación de alimentos, y prevención de riesgo por medio de la alimentación saludable [31]

**c.2) Conocimiento regular:** Grado de comprensión moderado que muestra el AM sobre alimentación saludable en dimensiones como, generalidades sobre alimentación saludable, tipos, frecuencia, cantidad y combinación de alimentos, y prevención de riesgo por medio de la alimentación saludable [31].

**c.3) Conocimiento deficiente:** Nulo o mínimo grado de

comprensión que muestra el AM sobre alimentación saludable en dimensiones como, generalidades sobre alimentación saludable, tipos, frecuencia, cantidad y combinación de alimentos, y prevención de riesgo por medio de la alimentación saludable [31].

### **2.2.3. Actitudes sobre alimentación saludable**

#### **A. Actitudes**

##### **a) Definición**

Comportamiento o forma de actuar que tiene la persona al momento de ejecutar una tarea; es la acción razonada de disposición mental que determina la conducta; Asimismo, puede considerarse como perspectiva mental a través de la cual la persona está preparada para pensar, sentir o actuar frente a una determinada situación [38].

Asimismo, es la predisposición que tiene la persona para reaccionar conscientemente sobre el fenómeno; se determina por factores de tipo intrínseco (experiencia, creencias, estilos de vida, edad, nivel educativo) y extrínseco (cultura, costumbres, entorno) que moldean a lo largo del tiempo su forma de expresarse y enfrentarse a una situación específica; por lo tanto, son estados emocionales que surgen como respuesta a un estímulo [39-41].

##### **b) Componentes de las actitudes**

Las actitudes se organizan en dos componentes:

**b.1) Cognitivo:** Implica la adquisición, construcción o reconstrucción del conocimiento; está compuesto de percepciones, creencias e información sobre la realidad que se está conociendo; además, es el resultado de la

interacción personal y social entre la persona y la situación que genera su actuar [38, 40].

**b.2) Afectivo:** Es la inclinación subjetiva, ya sea positiva o negativa, que tiene el individuo por la situación que demanda de su respuesta; está determinada por la valoración emocional que hace el individuo del hecho particular, y que da origen al porqué de esta inclinación [38, 40].

**b.3) Conductual:** Implica la movilización física y energética del cuerpo como reacción al estímulo; es la faceta activa de las actitudes, referidas a las acciones observables que se expresan y evidencian externamente [38, 40].

### c) Tipos de actitudes

Las actitudes se organizan en dos tipos:

**c.1) Positivas:** Predisposición mental asertiva que tiene la persona respecto a la situación que estimula su respuesta. Las actitudes positivas se manifiestan con altos nivel de positividad, optimismo, autoconfianza y autoestima. Entre las características de las personas con actitud positiva están, el creer en sí mismas, son asertivas, buscan siempre lo mejor para ellos y los demás, identifican oportunidades fácilmente, buscan siempre soluciones, persiguen sus objetivos con perseverancia, y asumen responsabilidades [38].

**c.2) Negativas:** Predisposición mental negativa que presenta la persona ante la situación que está provocando la reacción; se manifiesta con negatividad,

desconfianza, victimización, emociones de frustración, etc. [38].

## **B. Actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores**

### **a) Definición**

Es la predisposición que tiene el AM sobre la alimentación saludable, que lo hace reaccionar de forma positiva o negativa, y que está determinada por la cantidad de información que tiene sobre la alimentación saludable (conocimiento) adquirida por medio de experiencias previas, creencias, costumbres, cultura, modos de vida, o patrones alimentarios personales, familiares o colectivos.

En esta perspectiva, es necesario que el AM tenga predisposición (actitudes positivas) para promover y adoptar una alimentación saludable [31]. Esto con el fin de que sus conductas sobre el proceso alimentarse saludablemente estén fundamentadas en la información (conocimiento) científica que recibió y no en percepciones, creencias u patrones alimentarios inapropiados [42].

### **b) Tipos de actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores**

Las actitudes sobre alimentación saludable que presentan los AM del CP La Colpa de Chalamarca se organizan en:

#### **b.1) Actitudes positivas hacia la alimentación saludable**

Es la predisposición mental favorable que tiene el AM hacia la elección y consumo de alimentos nutritivos, así como a la nula o escasa conciencia de tener una dieta adecuada para mantener un envejecimiento saludable.

Por lo tanto, el conocimiento que dispone sobre la

alimentación saludable le permite: considerar que una buena alimentación es beneficiosa para la salud, mejora su estado nutricional y le hace sentirse mejor; identificar que variar y combinar los alimentos, consumirlos en cantidades adecuadas, ingerir agua, frutas y verduras es parte de una dieta saludable; y ser consciente de que las frituras, el alcohol, los alimentos procesados y azucarados, las bebidas gaseosas y las grasas son alimentos que perjudican la salud [19].

#### **b.2) Actitudes negativas hacia la alimentación saludable**

Es la predisposición mental desfavorable que tiene el AM hacia la elección y consumo de alimentos nutritivos, así como a la nula o escasa conciencia de tener una dieta adecuada para mantener un envejecimiento saludable.

Por lo tanto, el conocimiento que dispone sobre la alimentación saludable no le permite: considerar que una buena alimentación es beneficiosa para la salud, mejora su estado nutricional y le hace sentirse mejor; identificar que variar y combinar los alimentos, consumirlos en cantidades adecuadas, ingerir agua, frutas y verduras es parte de una dieta saludable; y ser consciente de que las frituras, el alcohol, los alimentos procesados y azucarados, las bebidas gaseosas y las grasas son alimentos que perjudican la salud [19, 31].

#### **2.2.4. Alimentación saludable**

##### **a) Alimentación**

El proceso de ingerir alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales del individuo [3, 8].

## **b) Alimentación saludable**

Es el proceso que proporciona los nutrientes necesarios que el organismo demanda para satisfacer sus funciones, mantener o preservar la salud y reducir riesgo de patologías [43]. Entonces se puede afirmar que la alimentación influye en las decisiones alimentarias, y que incluye la selección, cantidad, frecuencia, preparación y consumo de los alimentos; dando origen a los hábitos alimentarios, los que están influenciados por factores, como la cultura, actitudes, prácticas y conocimientos del individuo.

Por ello, elegir una dieta que sustente un estilo de vida saludable implica asegurarse de que el cuerpo reciba todos los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y agua) y la energía necesaria para su correcto funcionamiento [4]. Por esta razón, promover una alimentación saludable es crucial dado que tiene importantes implicaciones sociales, culturales y sanitarias, más aún en poblaciones vulnerables como la de los AM [3].

## **c) Tipos de alimentos**

De acuerdo al MINSA [44] existen los siguientes tipos:

**c.1) Naturales:** Son los de origen animal y vegetal que no hayan sido alterados ni de forma manual ni industrial, son los que la tierra produce, tales como los vegetales (frutas, verduras, legumbres, hortalizas) y animales (pescado, pollo, huevos, carnes) [44].

**c.2) Procesados:** Son los de origen artesanal e industrial, se combinan con ingredientes, como la sal, el azúcar y los condimentos, a fin de mejorar su sabor y hacerlos más atractivos para los consumidores [44].

**c.3) Ultra procesados:** Son los que se fabrican completamente de forma industrial; se producen utilizando derivados, extractos y conservantes, e incluyen productos como galletas, helados, dulces, bebidas carbonatadas y yogur [44]

**d) Características de la alimentación**

Una dieta saludable debe ser satisfactoria, adecuada, completa, equilibrada, armoniosa, segura, adaptable, sostenible y asequible, que contenga alimentos de origen vegetal, ricos en proteínas y grasas saludables [45]; debe proporcionar una experiencia agradable, satisfacer las necesidades nutricionales, incluir los nutrientes esenciales [46].

**e) Clasificación de los alimentos**

Los alimentos se clasifican en:

**Alimentos energéticos:** Son los que se encuentran en los carbohidratos (almidón, azúcar) y grasas, son esenciales para proporcionar energía, realizar tareas y hacer actividades físicas. Entre otros están: los cereales y sus derivados (arroz, maíz, cebada, trigo), y los tubérculos (papa, yuca, ollucos, camote, oca). En general se debe fomentar la variedad de alimentos para no caer en la monotonía y el desinterés alimentario [47, 48].

Para mantener una dieta saludable en el AM, se recomienda limitar el consumo de estos alimentos a menos del 50 % del aporte calórico total diario. Además, para evitar el aumento de peso, en AM se recomienda reducir la ingesta diaria de calorías provenientes de grasas a menos del 30 % [49].

**e.1) Alimentos constructores:** También denominadas proteínas, son necesarios para apoyar el desarrollo de nuevos tejidos,

salvaguardar la integridad de la piel y asegurar la regeneración regular de las células internas. Se encuentran en: productos lácteos (leche, queso, yogur); huevos (fuente de vitamina B), y carnes (res, ovino, pollo, pavo, pescado) [47, 48].

**e.2) Alimentos reguladores:** Ofrecen protección o regulación corporal, proporcionan vitaminas y minerales para prevenir enfermedades y mejorar la capacidad del cuerpo. Se encuentran en los vegetales (verduras, hortalizas, legumbres), frutas (naranjas, papayas, melones, piñas, sandías, mandarinas). Se recomienda el consumo de hojas de color verde oscuro (espinaca, repollo, coliflor) [47, 48].

**f) Importancia de una alimentación saludable en el adulto mayor**

La alimentación saludable juega un papel importante en el bienestar físico, mental y social del AM; ayuda a prevenir problemas de salud como enfermedades neurológicas (deterioro cognitivo, demencia) y crónicas (hipertensión, diabetes, cáncer), problemas del estado nutricional (desnutrición, sobrepeso, obesidad), y trastornos alimentarios, lo que mejora su calidad de vida y promueve un envejecimiento saludable [1, 7].

**g) Recomendaciones para una alimentación saludable en el adulto mayor**

**g.1) Vitaminas y minerales:** Ayudan al AM a fortalecer su sistema inmunológico y a obtener energía de alimentos que contienen vitamina B6, B12, D y ácido fólico, las cuales son esenciales para un envejecimiento saludable [50].

**g.2) Limitar el sodio en la dieta:** El exceso de sodio incrementa en el AM la presión arterial, por lo que debe limitarse a

menos de 2,300 mg diarios (1 cucharita); evitar el consumo de alimentos procesados dado que contienen grandes cantidades de sal [50].

**g.3) Recordatorio diario de los alimentos que consume:**

Ayuda a tener un control apropiado de la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos durante el día o la semana, lo que facilitará crear hábitos alimentarios que ayuden a controlar riesgos que alteren su estado nutricional [50].

**h) Requerimiento de energía diaria en el adulto mayor**

El INS [17] recomienda que las personas de 60 años a más deben recibir en promedio 1950 kilocalorías (Kcal) diariamente, distribuidas en lo posible entre todos los tipos de alimentos y de la siguiente manera: Desayuno, 20 % de energía = 390 Kcal; almuerzo, 40 % de energía = 780 Kcal; media tarde, 10 % de energía = 195 Kcal; y cena, 30 % de energía = 585 Kcal.

**2.3 Definición de términos básicos**

**a) Alimentación**

Proceso de ingerir alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales del individuo [3, 8].

**b) Alimentación saludable**

Es el proceso que proporciona los nutrientes necesarios que el organismo demanda para satisfacer sus funciones, mantener o preservar la salud y reducir riesgo de patologías [43].

**c) Conocimiento**

Acto intencional dirigido por el razonamiento del sujeto que desea conocer la realidad, es preciso y claro, pero en ocasiones puede ser confuso; Además, confiere la capacidad de resolver problemas específicos en situaciones determinadas [34].

**d) Conocimiento sobre alimentación saludable en el adulto mayor**

Conjunto de información sobre alimentación saludable con el que dispone el adulto mayor; representada por las ideas y conceptos que han adquirido a lo largo de su vida, por medio de sus experiencias, vivencias, tradiciones o cultura; además de la predisposición para adoptar prácticas de la alimentación saludable [31].

**e) Actitudes**

Comportamiento o forma de actuar que tiene la persona al momento de ejecutar una tarea; es la acción razonada de disposición mental que determina la conducta [38].

**f) Actitudes sobre alimentación saludable en el adulto mayor**

Predisposición mental positiva o negativa que tiene el adulto mayor hacia la elección de alimentos, consumo de nutrientes y la adopción de hábitos alimenticios; así como la conciencia de tener una dieta adecuada para mantener un envejecimiento saludable [31].

**g) Adulto mayor:** Persona que tiene de 60 a más años de edad, anteriormente se le conocía como anciano [51].

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

La presente investigación se realizó en el Centro Poblado La Colpa del distrito de Chalamarca, provincia de Chota, Cajamarca, Perú. El distrito de Chalamarca limita con los distritos de Tacabamba al norte, Chadín y Paccha al este, y Chota y Conchán al oeste, y con el distrito de Bambamarca en la provincia de Hualgayoc al sur. Se ubica a 2,850 metros de altitud, a 30 km de la ciudad de Chota, tiene una superficie media de 179,74 km<sup>2</sup>, y una población estimada de 16 000 habitantes [52].

El CP La Colpa, limita al norte con Santa Clara, al sur con El Naranjo, al este con Numbral y al Oeste con Chetilla, se localiza a 2 500 msnm. con una temperatura anual media de 15,4°C. Tiene una población media de 2 000 habitantes, entre ellos 85 adultos mayores, que su mayoría se dedica a la ganadería y agricultura [52].

El CP de La Colpa cuenta con un establecimiento de salud de categoría I-1. El horario de atención es de 8:00 a 18:00 horas. El personal de salud lo constituyen una Licenciada en Enfermería y dos técnicos en Enfermería. Entre los servicios de salud que oferta se encuentra: Crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, materno-infantil, tópico, farmacia, atención del adolescente, atención de la gestante y atención integral de salud del AM [53]. El padrón nominal del puesto de salud está constituido por un total de 80 AM [54].

#### **3.2. Diseño de investigación**

La investigación es cuantitativa y relacional [55]. Cuantitativa porque desde la recolección hasta la presentación de los resultados se utilizó datos numéricos y herramientas estadísticas; y relacional, porque se buscó establecer la relación entre conocimientos y actitudes sobre alimentación saludables en AM.

El diseño fue no experimental de corte transversal [56]. No experimental porque no se manipularon las variables (conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable); y transversal, porque la recolección de datos se realizó por única vez y en un mismo momento.

### **3.3. Hipótesis**

- H1. Existe relación significativa entre nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del Centro Poblado La Colpa- Chalamarca - Chota 2024.
- H0. No existe relación significativa entre nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del Centro Poblado La Colpa- Chalamarca - Chota 2024.

### **3.4. Población, muestra y unidad de estudio**

La población estuvo conformada por 80 AM del CP La Colpa, quienes fueron atendidos en el Puesto de Salud en enero del 2024. No se requirió el cálculo de una muestra, ya que la población fue accesible desde el punto de vista metodológico. Todos los AM participaron en el estudio; la mayoría fueron captados y encuestados en dos reuniones coordinadas con el personal de salud y las autoridades, y el resto a través de visitas domiciliarias.

La unidad de estudio fueron los AM que se atendieron en el puesto de salud.

#### **Criterios de inclusión**

- Personas de 60 a más
- De ambos sexos.
- Atendidos en el Puesto de Salud.
- Residentes en el Centro Poblado La Colpa, más de 6 meses.
- Que firmaron el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Con grado de dependencia II o III.
- Que al momento de la visita no se encontró en su domicilio.

### 3.5. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
				Dimensión	Global
Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores	Conjunto de información sobre alimentación saludable con el que dispone el adulto mayor; representada por las ideas y conceptos que los adultos mayores han adquirido a lo largo de su vida, por medio de sus experiencias, vivencias, tradiciones o cultura, respecto a la alimentación saludable [31].	Generalidades sobre alimentación saludable	Preguntas: 1 – 4	Deficiente: 0 – 1 puntos Regular: 2 – 3 puntos Bueno: 4 puntos	<p><b>Deficiente:</b> 0 – 14 puntos</p> <p><b>Regular:</b> 15 – 29 puntos</p> <p><b>Bueno:</b> 30 – 44 puntos</p>
		Tipos de alimentos	Preguntas: 5 – 9	Deficiente: 0 – 2 puntos Regular: 3 – 4 puntos Bueno: 5 puntos	
		Frecuencia de los alimentos	Preguntas: 10 – 21	Deficiente: 0 – 3 puntos Regular: 4 – 9 puntos Bueno: 10 – 12 puntos	
		Cantidad de los alimentos	Preguntas: 22 – 29	Deficiente: 0 – 2 puntos Regular: 3 – 6 puntos Bueno: 7 – 8 puntos	
		Combinación de los alimentos	Preguntas: 30 – 33	Deficiente: 0 – 1 puntos Regular: 2 – 3 puntos Bueno: 4 puntos	
		Prevención de riesgos a través de la alimentación saludable	Preguntas: 34 – 44	Deficiente: 0 – 3 puntos Regular: 4 – 7 puntos Bueno: 8 – 11 puntos	

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor final</b>
Actitudes sobre la alimentación saludable en adultos mayores	Predisposición mental positiva o negativa que tiene el adulto mayor hacia la elección y consumo de alimentos nutritivos, así como la conciencia de tener una dieta adecuada para mantener un envejecimiento saludable [31].	Cuestionario sobre actitudes sobre alimentación saludable	Ítems: 1 – 30	<b>Actitudes negativas:</b> 30 – 90 puntos  <b>Actitudes positivas:</b> 91 – 150 puntos

### 3.6. Descripción de la metodología

#### 3.6.1. Método

Las técnicas que se aplicaron en la presente investigación fueron dos cuestionarios, la primera para obtener información respecto a los conocimientos sobre alimentación saludable y la segunda para recolectar datos de las actitudes sobre alimentación saludables de los AM.

La encuesta fue hetero administrada (el investigador planteó las preguntas y el participante respondió a los ítems del instrumento), sincrónica (se realizó en el momento en que se presentó el instrumento), y confidencial (el AM no proporcionó sus datos personales).

El proceso de recolección de datos tuvo el siguiente orden:

- Solicitud de permiso al jefe del Puesto de Salud para acceder al registro de los AM atendidos en el periodo de estudio.
- Coordinaciones con el personal de salud y las autoridades comunales para programar la fecha de reunión con los AM.
- Organización de la fecha, día, hora y lugar (Puesto de Salud) en el que se realizó la reunión con los AM para la aplicación de los instrumentos.
- En la fecha programada se aplicó los instrumentos, esto previa información y firma voluntaria del consentimiento informado.
- A los AM que no acudieron a la reunión programada se les realizó una visita a su domicilio, donde se aplicó los instrumentos.
- A cada AM se le explicó antes de la administración del instrumento el propósito y los objetivos de la investigación.

### **3.6.2. Materiales**

En el estudio se utilizó dos instrumentos: un cuestionario y una escala tipo Likert:

El primer instrumento, fue el “Cuestionario de nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores”, diseñado en el 2017 por Puente [42], y validado en el 2019 por Núñez [31], cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable que presentan los AM.

Para la validez del contenido Núñez lo determinó con tres expertos de amplia experiencia en el trabajo con AM (Enfermeros = 2, Nutricionista = 1); identificándose una concordancia binomial de jueces de 0,78. La prueba piloto se realizó con 30 AM de la comunidad de Nuevo Reque, distrito de Reque, provincia de Chiclayo, calculándose la fiabilidad con el coeficiente de consistencia KR-20, alcanzando el 0,789. Lo que indica que el cuestionario presentó una validez y confiabilidad aceptable [31].

El cuestionario cuenta con 44 preguntas, distribuidas en seis dimensiones: Generalidades sobre alimentación saludable, tipos de alimentos, frecuencia de los alimentos, cantidad de los alimentos, combinación de los alimentos y prevención de riesgo de enfermedades por medio de la alimentación saludable; las preguntas son de opción múltiple y respuesta única, donde cada respuesta correcta tiene un valor de 01 punto, mientras que la incorrecta un valor de 00 puntos. La puntuación global se alcanza con la suma de los puntos obtenidos en el total del cuestionario y se clasifica en: Deficiente (00 – 14 puntos), regular (15 – 29 puntos), y bueno (30 – 44 puntos) [31].

El segundo instrumento, fue la “Escala de actitudes hacia la alimentación saludable en AM”, diseñada en el 2017 por Puente [42], y validada en el 2019 por Núñez [31], cuyo objetivo es identificar las actitudes sobre alimentación saludable que presentan los AM.

Para la validez de contenido Núñez se llevó a cabo con tres expertos de amplia experiencia en el trabajo con AM (Enfermeros = 2, Nutricionista = 1); identificándose una concordancia binomial de jueces de 0,835. La prueba piloto se realizó con 30 AM, calculándose la fiabilidad con la prueba Alfa de Cronbach, alcanzando el 0,876; indicando que la escala presentó una validez y confiabilidad aceptable [42].

La escala tiene 30 ítems; cada ítem presenta cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo (5 puntos), de acuerdo (4 puntos), indeciso (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos), y totalmente en desacuerdo (1 punto). La puntuación global se alcanza con la suma de los puntos obtenidos en el total de la escala y se clasifica en: Actitudes negativas (30 – 90 puntos) y actitudes positivas (91 – 150 puntos) [31].

Para el presente estudio los instrumentos de recolección de datos no requirieron validación ni confiabilidad, dado que son instrumentos han

sido validados previamente en estudios con características similares a la presente investigación, y donde resultaron ser válidos y fiables para ser administrados en la población de AM.

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

Se codificó manualmente la variable, esto para facilitar el ingreso de la información en la matriz de datos diseñada en el paquete estadístico SPSS versión 26.0.

El análisis estadístico de datos se realizó mediante estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y relativas, presentadas en tablas simples. El análisis estadístico inferencial utilizó tablas de contingencia con razones cruzadas. La hipótesis se comprobó por medio de la prueba chi cuadrada de independencia, donde un p-valor de  $< 0,05$ , indicó una relación significativa. El análisis cuantitativo e interpretativo se realizó considerando los porcentajes más altos obtenidos en cada variable de estudio.

### **3.8. Aspectos éticos y rigor científico**

El presente estudio se realizó respetando los principios éticos; tales como, el principio de la beneficencia, en el que se tuvo la obligación de actuar en el bien de cada AM participante, promoviendo sus legítimos intereses; el principio de dignidad humana, con el cual el AM fue respetado y protegido, cuidando su dignidad e identidad; y el principio de justicia, tratando a cada AM por igual, incluyendo a todos los que cumplieron con los criterios de inclusión, siempre y cuando asintieron su participación de manera voluntaria.

El rigor científico demostró la calidad con el que se realizó la investigación, por ello se tuvo en cuenta: la confidencialidad, para preservar y mantener en reserva la información proporcionada por los AM participantes; la credibilidad, también denominada autenticidad, lo que permitió considerar como verdaderas las respuestas que proporcionaron los AM; la confirmabilidad, por medio del cual los investigadores aseguraron que no existiera ningún tipo de

manipulación que altere los resultados; y la transferibilidad o aplicabilidad, que hizo que los hallazgos puedan ser replicados en contextos parecidos.

## CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N (80)</b>	<b>% (100,0)</b>
<b>Edad</b>		
60 a 69 años	44	55,0
70 a 79 años	22	27,5
80 a más años	14	17,5
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria incompleta	2	2,5
Analfabeto(a)	78	97,5
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	48	60,0
Agricultor	32	40,0

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos, 2024.

En la tabla 1, se muestra que las características sociodemográficas más frecuentes en los AM son tener entre 60 a 69 años (55 %), ser analfabetos (97,5 %), dedicarse a los quehaceres del hogar (60 %) y ser agricultores (40 %). Cifras comunes en poblaciones mayores, no solo del CP La Colpa de Chalamarca, sino también del distrito de Chalamarca.

En el Perú los estudios muestran ciertas similitudes y diferencias entre ellos, encontrándose que la mayor parte de la población AM no tiene o cuenta con un menor grado de instrucción y las mujeres siguen predominando en número. Nuñez

NJ [31] encontró que el 24,7 % tenían menos de 65 años y el 19,5 % entre 66 a 71 años; en tanto, el 61,6 % de los participantes eran mujeres.

Estudios sobre alimentación saludable llevados a cabo con AM indican que, para promover hábitos alimenticios saludables, es necesario la predisposición (actitud) positiva a adoptar patrones de alimentación, desarrollo de actitudes y formación de comportamientos apropiados [24]; mismos que junto con factores, como la edad, grado de instrucción y ocupación podrían influir en la calidad de alimentación que reciben [27-30].

En cuanto a la edad, se muestra claramente que a medida que esta aumenta, el porcentaje participantes del estudio se reduce; esto podría estar vinculado con la reducción natural demográfica (número de personas en la población general disminuye) que ocurre en esta etapa de la vida, donde la mortalidad se incrementa a medida que la edad avanza [7, 28]; también podría estar relacionada con las limitaciones físicas y cognitivas, y al deterioro del estado de salud que presentan conforme su edad es mayor [16].

Respecto al nivel educativo, nueve de diez eran analfabetos y uno de diez tenían educación primaria; sugiriendo que el total de los AM tuvieron en su momento quizá condiciones socioeconómicas que dificultaron su educación formal. Al respecto, Turner et al. [24] identificó que el conocimiento bajo se vinculó con el contenido de los nutrientes y la lectura de etiquetas, lo que podría indicar que los AM con bajo grado de instrucción tienen dificultades para entender y seguir indicaciones sobre su alimentación. A pesar de ello, al parecer en el estudio esto no ha tenido implicancias significativas para la educación sanitaria y el acceso a la información sobre alimentación saludable, dado que el nivel de conocimiento y las actitudes que toma respecto a su alimentación son las adecuadas.

Teniendo en cuenta la ocupación de los encuestados, se observa que el total de mujeres se dedicaban a los quehaceres del hogar y el total de varones a la agricultura; ocupaciones más comunes en poblaciones de zonas rurales, dado que, al no poder acceder a educación formal, optaron por dedicarse a actividades

propias de su entorno (domésticas, cuidado en el hogar y agropecuarias). Al respecto, el INEI [18], identificó que más de la mitad (56,7 %) de AM del país son trabajadores independientes. Sin embargo, esto no sería impedimento para que ellos tengan acceso a recursos sociales, sanitarios y comunicacionales que mejoren su nivel de conocimiento sobre alimentación saludable.

Entonces se podría decir que, las características demográficas como edad, educación y ocupación estarían relacionadas con el conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable que tienen los AM; pues los cambios físicos y de salud que se presentan con la edad determinan su disposición para adoptar hábitos alimenticios saludables [1-3]. Sin embargo, adicional a estas características se debe tener en cuenta la motivación de la persona para querer promover su salud; pues como lo afirma Bandura [32], las conductas generadoras de salud están influenciadas por las experiencias previas, las creencias, las barreras perceptivas, la autoeficacia y el entorno (geográfico y social) en el que vive.

Por otro lado, el grado de instrucción cumple un rol importante al proporcionar el conocimiento necesario sobre alimentación saludables; por ello, los AM con niveles educativos más altos podrían tener una comprensión más sólida de la importancia de una alimentación adecuada y estar motivados para seguir pautas dietéticas saludables; además, la ocupación influye en la disponibilidad y el acceso a alimentos de calidad. Al respecto, la OMS [4] manifiesta que el contexto cultural, la disponibilidad de los alimentos, los hábitos alimenticios, y el apoyo familiar en la nutrición son factores que suman a una alimentación sana.

Asimismo, la OMS [1] advierte que la transición demográfica mundial está sufriendo una gran transformación debido a que la población está envejeciendo, lo que demandará a los sistemas sanitarios empezar a prepararse para afrontar el reto de brindar a los AM cuidados de salud de calidad; entre ellos, fortalecer sus capacidades cognitivas en materia de alimentación saludable, considerando para esto características como su edad, grado de instrucción y ocupación.

Finalmente, las características sociodemográficas podrían también determinar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable que tienen los AM. Por ello, es importante considerar estas características al momento de fomentar la buena práctica de alimentación saludable [29]; diseñando programas educativos específicos para mejorar sus patrones nutricionales [24, 25].

**4.2. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024, según dimensiones.**

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024, según dimensiones,

<b>Nivel de conocimiento según dimensiones</b>		<b>N (80)</b>	<b>% (100,0)</b>
Generalidades de conocimientos	Deficiente	6	7,5
	Regular	47	58,7
	Bueno	27	33,8
Tipos de alimentos	Deficiente	7	8,7
	Regular	48	60,0
	Bueno	25	31,3
Frecuencia de los alimentos	Deficiente	6	7,5
	Regular	50	62,5
	Bueno	24	30,0
Cantidad de los alimentos	Deficiente	8	10,0
	Regular	50	62,5
	Bueno	22	27,5
Combinación de los alimentos	Deficiente	10	12,5
	Regular	49	61,3
	Bueno	21	26,2
Prevención de riesgos a través de la alimentación saludable	Deficiente	8	10,0
	Regular	46	57,5
	Bueno	26	32,5
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable, 2024.

En la tabla 2, se observa que según dimensiones el conocimiento sobre alimentación saludable en los AM fue mayormente regular en las seis dimensiones evaluadas, siendo 58,7 % para la dimensión generalidades del conocimiento sobre

alimentación saludable, 60,0 % para la dimensión tipos de alimentos, 62,5 % para la dimensión frecuencia de los alimentos, 62,5 % para la dimensión cantidad de los alimentos, 61,3 % para la dimensión combinación de los alimentos 58,7 % para la dimensión prevención de riesgos a través de la alimentación saludable.

Los hallazgos comparados con estudios previos guardan coincidencia. Así, Turner et al. [24] en Australia encontraron que 60,7 % tenían conocimiento alto, especialmente en patrones dietéticos (cantidades, proporciones, variedad, combinación y frecuencia en el consumo de alimentos), contenido de nutrientes y selección de alimentos. Por otro lado, Laurenti et al. [25] en Italia reportaron que 64,2 % llevaban una dieta equilibrada y 85 % tenían disposición para aceptar una dieta saludable.

Resultados parecidos se reportó en Estados Unidos, donde Balani et al. [6] identificaron que 62 % tenía el deseo de alimentarse adecuadamente; en Singapur, Tan et al. [26] observaron que 91,3 % consideraba que el sobrepeso (resultado de una alimentación inadecuada) generaba problemas de salud y 46,4 % son conscientes que no pueden comer lo que quisieran siempre que lo deseen. Al igual que en Venezuela, Lozada [27], a pesar de identificar mayor nivel de conocimiento, reportó que 40 % de los participantes tenían una alimentación adecuada debido a que conocían sobre la combinación de alimentos y la influencia positiva de estos sobre su estado de salud.

Las similitudes también se presentan en el Perú, donde Tentaya [28] encontró un alto porcentaje de AM con un conocimiento adecuado sobre la frecuencia de alimentación y el consumo de verduras y proteínas; al igual que Sánchez [30] quién identificó nivel de conocimiento regular en diversos alimentos. Mientras que, Núñez [31] encontró un nivel de conocimiento regular en: generalidades de alimentación (47,9 %), frecuencia de alimentos (78,4 %), cantidad de alimento (84,7 %), combinación de alimentos (70 %) y conocimiento global (97,4 %).

Los hallazgos muestran que en la dimensión generalidades del conocimiento sobre alimentación saludable, nueve de diez AM, tienen un conocimiento entre regular y

bueno. Esto estaría vinculado a que reconocen que una alimentación balanceada ayuda a mantener un buen estado de salud, se encarga de proveer la suficiente cantidad de nutrientes, mantiene una dieta saludable, y mejorar los estilos de vida y el estado de salud del AM [27, 43]. Por esta razón, es necesario promover un conocimiento óptimo de la alimentación saludable para mejorar la comprensión y práctica de hábitos alimenticios saludables entre los AM.

En la dimensión tipos de alimentos, nueve de diez AM, tienen un conocimiento entre regular y bueno. Esto indicaría que entienden sobre consumir variedad de alimentos para mantener una salud adecuada; reconocen que los nutrientes provienen de frutas, verduras, cereales, menestras, legumbres, tubérculos, carnes, productos lácteos y grasas en pequeñas cantidades; identifican que los alimentos recomendados incluyen carnes, pescados, frutas, verduras, lácteos, cereales y agua; saben que deben evitar el exceso de sal, azúcar, grasas, frituras y gaseosas, y que es importante beber al menos dos litros de agua diarios [44, 46].

Respecto a la dimensión frecuencia de los alimentos, nueve de diez AM, muestran un conocimiento entre regular y bueno. Esto hace notar que los AM entienden que deben comer tres veces al día y mantener horarios de alimentación fijos; saben que deben consumir carnes o vísceras, alimentos lácteos, cereales, tubérculos, frutas y verduras diariamente; reconocen que las menestras deben consumirse de tres a cuatro veces por semana y que las grasas deben limitarse a la misma frecuencia; además de identificar que no deben consumir comida chatarra, dulces y/o bebidas gaseosas [24, 44, 47].

Considerando la dimensión de cantidad de los alimentos, nueve de diez AM, indicaron conocimiento entre regular y bueno. Esto explicaría que comprenden que deben consumir una porción de alimentos lácteos, de dos a tres raciones de carne diarias y una taza de menestras y cereales cocidos todos los días; saben que deben consumir entre tres y cuatro tubérculos al día, así como cuatro a cinco frutas diarias y dos a tres raciones de verduras; además, reconocen la importancia de ingerir de siete a ocho vasos de agua diariamente; fomentando la variedad de alimentos para

no caer en la monotonía y el desinterés alimentario, reduciendo el consumo de grasas para prevenir el sobrepeso [47, 48].

El conocimiento regular y bueno identificado en la dimensión de conocimientos sobre la combinación de los alimentos, indica que ocho de diez AM, reconocen que una combinación adecuada de alimentos mejora su salud; entienden que es importante incluir alimentos de todos los grupos alimenticios en su dieta (proteínas, carbohidratos y lípidos); saben que los alimentos deben ir acompañados de frutas y verduras; y son conscientes que combinar los alimentos con bebidas alcohólicas afecta su salud [17, 26].

Observando la dimensión prevención de riesgos a través de la alimentación saludable, ocho de diez AM, muestran conocimiento entre regular y bueno. Esto podría explicarse porque los AM reconocen la importancia de consumir alimentos de fácil masticación, ricos en calcio y fibra, y reducir el consumo de grasas, sal y azúcar; son conscientes que deben evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y limitar el consumo de té y café; y entienden que realizar actividad física y tener una alimentación saludable ayuda a mantener una salud óptima y un peso ideal [1, 2, 6].

En general estos resultados se explicarían por diversos factores entre ellos, la predisposición que podrían tener los AM para seguir patrones de alimentación (tipos, cantidad, frecuencia y combinación apropiada de los alimentos). Al respecto Núñez [31], indica que el conocimiento y las prácticas correctas de alimentación permiten adoptar hábitos alimenticios saludables, todo esto mediante la educación en información que reciben.

Por otro lado, los resultados pueden estar influenciados por las actividades que realiza el personal de salud, entre otras, campañas de salud, información sobre alimentación saludable, educación nutricional, y ejecución de programas educativos dirigidos a promover hábitos adecuados de alimentación. La OMS [3], recomienda la promoción de estrategias de envejecimiento saludable que conduzcan al AM a tener una alimentación saludable.

También es importante mencionar que el presente estudio solo evaluó el conocimiento y las actitudes, por lo que se hace necesario confrontar estos resultados con la práctica sobre alimentación saludable que pudieran tener los AM.

#### 4.3. Nivel de conocimiento global sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

Tabla 3. Nivel de conocimiento global sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

<b>Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Deficiente	9	11,3
Regular	47	58,7
Bueno	24	30,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable, 2024.

En la tabla 3, se muestra que el nivel de conocimiento global entre los AM encuestados fue del 58,7 % regular, 30 % bueno y 11,3 % deficiente. Estos resultados indican que casi nueve de diez AM tienen un entendimiento adecuado de los aspectos relacionados con la alimentación saludable.

A nivel internacional, los resultados obtenidos de las investigaciones sobre el conocimiento del AM en alimentación saludable se encuentran entre regular y bueno. Turner et al. [24], encontraron más de la mitad de AM con conocimiento global alto (41 % patrones dietéticos, 36,1 % contenido de nutrientes y 49,2 % alimentos básicos y selección de comidas); Balani et al. [6], reportaron 74,1 % de conocimiento medio; y Lozada [27], 40 % de conocimiento adecuado sobre alimentación.

En el Perú, los estudios también muestran diferencias entre regiones, pero en general el conocimiento es regular y alto. Así, Tentaya [28], mostró 76,8 % de conocimiento adecuado sobre alimentación, pero 92,7 % y 85,4 % de inadecuado en consumo de verduras y proteínas, respectivamente; Carrillo [29], reveló 53,1 % de conocimiento regular y 46,9 % conocimiento bueno; Sánchez [30], identificó 50,8 % de conocimiento global regular.

En cuanto a las similitudes, se observa diferencias porcentuales en niveles de conocimiento de los AM; dado que se identifican niveles regulares y buenos de conocimiento sobre alimentación saludable. Al respecto, MINSA [43], indica que la alimentación saludable implica el conocimiento de los distintos tipos de macro (proteínas, carbohidratos, azúcares, grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales) que contienen los alimentos. Conocimiento que podría estar influenciado por factores, como la cultura, las actitudes, las prácticas y los conocimientos que posee el individuo en dimensiones específicas, como el contenido de nutrientes, los patrones dietéticos o la combinación de alimentos.

Por otro lado, las similitudes entre estudio-antecedentes serían el resultado de las variantes geográficas, socioeconómicas y culturales en el conocimiento sobre alimentación saludable entre los AM; pues, aunque los resultados del conocimiento sobre alimentación saludable son adecuados, los resultados específicos pueden variar según el contexto de cada estudio [3, 4, 33]. La existencia de diferencias marca la importancia de adaptar las intervenciones de promoción de la salud a las necesidades alimenticias específicas de cada población.

Asimismo, la presencia de conocimiento deficiente encontrado en el estudio, si bien es cierto es el menor nivel de conocimiento identificado, destaca la necesidad de intervenciones educativas dirigidas a mejorar la comprensión y promover hábitos alimenticios saludables entre los AM; pues de acuerdo a la OMS [3], promover una alimentación saludable tiene importantes implicaciones sociales, culturales y sanitarias, más aún en poblaciones vulnerables como la de los AM.

#### 4.4. Actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

Tabla 4. Actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

Tipo de actitudes	N	%
Negativas	21	26,3
Positivas	59	73,7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala de actitudes sobre alimentación saludable, 2024.

En la tabla 4, se observa que las actitudes de los AM encuestados fueron positivas en un 73,8 % y negativas en un 26,3 %. La predominancia de actitudes positivas hacia la alimentación saludable puede explicarse por la presencia de factores, sociodemográficos, conductuales y culturales.

Las investigaciones internacionales muestran que las actitudes que tienen los AM sobre alimentación saludable son mayormente positivas, coincidiendo con lo reportado en el presente estudio, aunque las actitudes negativas siguen siendo altas. Así, Turner et al. [24], identificó 55,7 % de actitudes positivas; Balani et al. [6], encontraron un 74 % actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

En sí, las actitudes tienen que ver con la predisposición que tiene el AM hacia la alimentación saludable. Sin embargo, esto depende como lo sostiene Laurenti et al. [25] de los patrones conductuales individuales que estos tienen para adoptar comportamientos nutricionales y de seguridad alimentaria óptimos.

A nivel nacional, los estudios sobre actitudes hacia la alimentación saludable, igualmente coinciden con lo encontrado en el presente estudio. Carrillo [29], identificó 93,9 % de actitudes positivas; Sánchez [30] encontró 64,6 % de actitudes positivas, y Núñez [31] evidenció 92,1 % de actitudes positivas.

Hay que considerar que la actitud positiva es la predisposición mental asertiva que tiene la persona respecto a la situación que estimula su respuesta; estas se manifiestan con altos nivel de positividad, optimismo, autoconfianza y autoestima. Entre las características de las personas con actitud positiva están, el creer en sí mismas, son asertivas, buscan siempre lo mejor para ellos y los demás, identifican oportunidades fácilmente, buscan siempre soluciones, persiguen sus objetivos con perseverancia, asumen responsabilidades y ejecutan actividades de forma razonada (disposición mental) [38].

Los resultados podrían reflejar una tendencia general hacia una mayor concientización sobre la alimentación saludable en la población adulta [49]; esto quizá, como lo sostiene Candía [15], resultado de la disponibilidad de información sobre nutrición que se puede obtener a través de medios de comunicación, programas educativos y educación sanitaria nutricional, la cual puede haber contribuido en la formación de las actitudes positivas del AM.

La disposición a adoptar una determina conducta, como lo sostiene Aristizábal et al. [33], está vinculada con la confianza que tiene en individuo en su capacidad para llevar a cabo una conducta saludable (percepción de autoeficacia); los elementos necesarios para superar las barreras sociales y culturales que condicionan su salud (factores personales) y la capacidad para procesar la información y tomar decisiones relacionadas con su salud (interacción cognitiva), lo que le permitirán adoptar acciones que mejoren su calidad de vida.

Asimismo, estos hallazgos revelarían los cambios en las normas sociales y culturales que están promoviendo estilos de vida saludables, los cuales reflejan la adopción de actitudes positivas hacia la alimentación saludable; sin embargo, esto no siempre está vinculado al grado de información que tiene el AM [11, 42].

Por otro lado, estos hallazgos sugieren que existe una tendencia marcada hacia la adopción de actitudes positivas sobre la alimentación saludable entre los AM, lo que resalta la importancia de fortalecer estas actitudes por medio de la educación sanitaria sobre hábitos alimenticios saludables en la población AM.

**4.5. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.**

Tabla 5. Nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.

Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable	Actitudes sobre alimentación saludable				Total	
	Negativas		Positivas			
	N	%	N	%	N	%
	Deficiente	9	11,3	0	0,0	9
Regular	8	10,0	39	48,7	47	58,7
Bueno	4	5,0	20	25,0	24	30,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>26,3</b>	<b>59</b>	<b>73,7</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes sobre alimentación saludable, 2024.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS**

Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable	Actitudes sobre alimentación saludable	
	X <sup>2</sup>	p-valor
	8,492	0,000*

\*p<0,05

En la tabla 5, se observa que, el 48,7 % de los AM con conocimiento regular presentaron actitudes positivas, al igual que el 25 % de los que mostraron conocimiento bueno. Además, el 11,3 % que tienen con conocimiento deficiente tuvieron actitudes negativas, mostrando una predisposición negativa hacia la alimentación saludable, evidenciando que el conocimiento se relaciona directamente con las actitudes.

Asimismo, se identifica que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable que presentan los AM, por lo que no se rechaza la hipótesis de estudio (H1).

Los hallazgos del estudio indican que existe una relación directa entre conocimiento y actitudes hacia la alimentación saludable; es decir, cuando los AM tienen mejor conocimiento sobre la importancia de una dieta equilibrada y sus beneficios para la salud, es más probable que desarrollen actitudes positivas hacia la alimentación saludable y estén más motivados para adoptar hábitos alimenticios adecuados.

Esto se corrobora con lo encontrado en los estudios con los que se discute los resultados de la presente investigación, en la que se determina una relación significativa entre nivel de conocimiento y actitudes hacia la alimentación saludables en poblaciones AM. Este es el caso del estudio desarrollado por Balani et al. [6], en los Estados Unidos, con una muestra de 313 AM, quienes encontraron que relación entre conocimientos sobre alimentación y actitudes, concluyendo que las actitudes negativas se vinculan con alteraciones del estado nutricional (sobrepeso y obesidad), que a su vez son resultado de la escasa información nutricional con la que dispone en AM.

Por otro lado, Turner et al. [24], en Australia desarrolló un estudio en 61 AM en los que identificaron que los conocimientos y las actitudes respecto a la calidad de alimentación son adecuados y están vinculados. Este también es el caso de Tan et al. [26], en Singapur, donde en 396 participantes concluyeron que los conocimientos sobre alimentación saludable se asocian a las actitudes; o el estudio de Lozada [27] en Venezuela, donde con 40 AM demostró que existe relación entre régimen alimentario (combinación y selección de alimentos) y alimentación saludable, entendiéndose que el régimen alimentario es la predisposición del AM a una nutrición adecuada.

Los reportes en el Perú, como lo muestra Carrillo [29], en una muestra de 98 AM identificaron la existencia de asociación entre conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable; al igual que el estudio de Sánchez [30], en 65 AM, y el de Núñez [31], en 190 AM que demostraron la relación entre conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable. Esto posiblemente como resultado del conocimiento que posee en AM, el cual se refleja en conductas positivas hacia consumir alimentos saludables; además de tener en cuenta la frecuencia, cantidad y

consistencia de los alimentos, y las prácticas de preparación, selección, manipulación y cocción de los mismos.

Al respecto diversos autores han indicado que el conocimiento sobre alimentación saludable puede influir directamente en la formación de actitudes positivas hacia la misma [24-28]; esto es, si los AM están bien informados sobre los aspectos nutricionales y los beneficios de una alimentación saludable, es más probable que tengan actitudes favorables hacia la adopción de hábitos alimenticios apropiados.

Asimismo, Candía et al. [15], sostiene que las actitudes positivas sobre alimentación saludable conducirían a mejores conductas alimenticias en los AM, sugiriendo que las actitudes favorables hacia la alimentación adecuada son indicadores importantes en el cumplimiento de una dieta nutritiva y equilibrada, la cual a su vez se relaciona con el nivel de conocimiento con el que cuenta.

Por otra parte, el contexto cultural y social en el que vive el AM podría vincularse con la relación entre conocimiento y actitudes sobre la alimentación saludable; dado que los valores culturales, las normas sociales y la disponibilidad de recursos pueden afectar la forma en que se adquiere el conocimiento y la manera en que se forman las actitudes sobre hábitos alimenticios [4, 33].

Sin embargo, algunos estudios evidencian que los AM han modificado sus patrones de alimentación, orientándose más hacia los alimentos procesados, con alto contenido de grasas, carbohidratos y sodio; limitando el consumo de frutas, verduras y reduciendo las dietas con alto contenido de fibra [3, 5]. Estos patrones en ciertos casos están asociados al escaso conocimiento y a las actitudes negativas que tiene el AM y la familia sobre la alimentación saludable [6].

En general, los sistemas sanitarios en la actualidad deben considerar al AM como un individuo que requiere cuidados especiales, buscando que estos sean autónomos el mayor tiempo posible, promoviendo estrategias como el envejecimiento saludable para una alimentación adecuada [3]; lo que

necesariamente implica que este disponga de la mayor cantidad de información y conocimiento para adoptar actitudes positivas hacia una alimentación saludable.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- a) Las características sociales y demográficas más comunes observadas en los adultos mayores del Centro Poblado La Colpa de Chalamarca son: tener entre 60 y 69 años, ser analfabetos, y dedicarse a los quehaceres del hogar. Estas características pueden determinar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable que tienen los adultos mayores.
  
- b) El conocimiento sobre alimentación saludable de los adultos mayores se sitúa entre niveles regulares y buenos en las seis dimensiones evaluadas: generalidades sobre alimentación saludable, tipos de alimentos, frecuencia de los alimentos, cantidad de los alimentos, combinación de los alimentos, y prevención de riesgos a través de la alimentación saludable. Esto se debe posiblemente a que han recibido información sobre alimentación saludable, educación nutricional y ejecución de programas educativos sobre alimentación saludable.
  
- c) El nivel de conocimiento global de los adultos mayores es predominantemente regular (58,7%), seguido del conocimiento bueno (30%). Esto sería el resultado del grado de información sobre alimentación saludable con la que cuenta el adulto mayor, y del impacto de las características geográficas, socioeconómicas y culturales en el conocimiento de la misma.
  
- d) Las actitudes sobre alimentación saludable en los adultos mayores son predominantemente positivas (73,7%) y negativas (26,3%). Esto se explicaría en la predisposición que tiene los AM sobre una alimentación saludable, también por el resultado de la disponibilidad de información sobre nutrición que se puede obtener a través de medios de comunicación, programas educativos y educación sanitaria nutricional, la cual contribuye en la formación de las actitudes positivas del adulto mayor.

- e) Existe relación significativa entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en los adultos mayores. El 48,7% de los AM que tuvieron un conocimiento regular presentaron actitudes positivas, estos resultados indican que a medida que el AM cuente con más conocimiento es más probable que desarrolle actitudes positivas hacia una alimentación saludable.

## RECOMENDACIONES

### **A la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.**

- Promover investigaciones que permitan diseñar y evaluar el impacto de los programas educativos sanitarios sobre las prácticas de alimentación saludable, lo que ayudaría a identificar si el conocimiento adecuado y las actitudes positivas se corresponden con las prácticas de alimentación saludable que llevan los adultos mayores.
- Incentivar a los estudiantes que realicen investigaciones teniendo en cuenta variables que incluyan el cuidado de la familia sobre alimentación saludable, teniendo en cuenta ciertas patologías que los AM podrían sufrir (diabetes, hipertensión arterial, etc).

### **A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH.**

- Realizar investigaciones en la misma población de estudio, con la finalidad de conocer si los adultos mayores llevan a la práctica los conocimientos regulares y buenos, y las actitudes positivas identificadas en la presente investigación.
- Realizar investigaciones donde pongan en práctica las sesiones demostrativas incluyendo a la familia para que participen y conozcan sobre cómo se lleva una alimentación saludable en el AM.

### **Al establecimiento de salud de la Colpa de Chalamarca.**

- Seguir sensibilizando al adulto mayor y su familia sobre la importancia de la alimentación saludable durante el envejecimiento. Esto fortalecerá el conocimiento adecuado y las actitudes positivas observadas, y las mejorará en quienes muestran conocimiento y actitudes deficientes.
- Mejorar y mantener el nivel de conocimiento y las actitudes alcanzadas por los adultos mayores mediante el diseño de estrategias de intervención efectivas que involucren a las familias en la transición hacia una alimentación saludable, y permitiendo adoptar hábitos alimenticios adecuados al resto de sus generaciones.

**A los adultos mayores del Centro Poblado la Colpa de Chalamarca.**

- Comprometerse con sus hábitos alimenticios saludables, teniendo en cuenta la información que reciben de parte del profesional de salud. Esto mejorará su calidad de vida y bienestar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza; OMS: 2022 [Consultado 01 octubre 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En %20ese %20momento %2C %20el %20grupo,habr %C3 %A1 %20duplicado %20\(2100 %20millones\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20(2100%20millones).)
2. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable 2021 – 2030. [Internet]. Ginebra, Suiza; OMS: 2021 [Consultado 01 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
3. Organización Mundial de la Salud. Dieta saludable [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [consultado 03 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [consultado 03 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
5. Bernui I, Delgado-Pérez D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. An. Fac. med. [Internet]. 2021 [Consultado 05 octubre 2023];82(4):261-268. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832021000400261](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000400261)
6. Balani R, Herrington H, Bryant E, Lucas C, Kim SC. Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. J Am Assoc Nurse Pract. [Internet]. 2019 [Consultado 03 octubre 2023];31(9):502-510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30829975/>
7. Global Nutrition Report. The State of Global Nutrition [Interne]. Ginebra, Suiza: OMS-GNR; 2021 [Consultado 04 octubre 2023]. Disponible en: [https://globalnutritionreport.org/documents/776/2021\\_Global\\_Nutrition\\_Report\\_Spanish.pdf](https://globalnutritionreport.org/documents/776/2021_Global_Nutrition_Report_Spanish.pdf)
8. Moh AC, Laenggeng AH, Lestari L. Relationship of Knowledge, Energy Intake and Family Income with Nutritional Status of the Elderly in Lambara Village,

- Tawaeli District, Palu City. [Internet]. 2022 [Consultado 19 julio 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.56338/jphp.v2i3.3894>
9. Springmann M, Wiebe K, Mason-D'Croz D, Sulser TB, Rayner M, Scarborough P. Health and nutritional aspects of sustainable diet strategies and their association with environmental impacts: a global modelling analysis with country-level detail. *Lancet Planet Health*. [Internet]. 2018 [Consultado 06 octubre 2023];2(10):e451-e461. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6182055/>
  10. Wang DD, Li Y, Afshin A, Springmann M, Mozaffarian D, Stampfer MJ, Hu FB, Murray CJL, Willett WC. Global Improvement in Dietary Quality Could Lead to Substantial Reduction in Premature Death. *J Nutr*. [Internet]. 2019 [Consultado 06 octubre 2023];149(6):1065-1074. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31049577/>
  11. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia / Programa Mundial de Alimentos / Organización Panamericana de la Salud. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables [Internet]. Santiago de Chile: FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF; 2023 [Consultado 05 octubre 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57048>
  12. Bezares VR, León JM, Coello VG, Pascacio MR. Evaluación nutricional de población de adultos mayores de comunidades rurales de Chiapas. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2017 [Consultado 02 octubre 2023];23(Supl. 2):61-63. Disponible en: [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/11.\\_Evaluacion\\_nutricional\\_de\\_poblacion.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/11._Evaluacion_nutricional_de_poblacion.pdf)
  13. Estrada A, Giraldo NA, Deossa, GC. Inseguridad alimentaria en hogares donde habitan adultos mayores: Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2022 [Consultado 01 octubre 2023];40(1):pp.10. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2022000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2022000100001&script=sci_arttext)

14. Forero-Ballesteros LC, Forero-Torres AY. Concordancia entre criterios de clasificación nutricional en adultos mayores, Colombia. Univ. Salud [Internet]. 2022 [Consultado 08 octubre 2023];24(2):124-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072022000200124](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000200124)
15. Candía S, Candia P, Pizarro R, Durán S. Calidad de la alimentación de adultos mayores de Santiago de Chile Food quality in the elderly population in Santiago of Chile. Revista Española de Geriatria y Gerontología. [Internet] 2019 [Consultado 04 octubre 2023];54(3):147-150. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X19300058>
16. Bravo C, Godoy J, Sánchez Y, Riveros MJ. Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2021 [Consultado 08 octubre 2023];48(5):741-747. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182021000500741](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000500741)
17. Instituto Nacional de Salud. Adulto mayor de 60 años. [Internet]. Lima, Perú: INS; 2022 [Consultado 01 octubre 2023]. Disponible en: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/adultos-mayores/porciones-recomendadas/adulto-mayor-de-60-anos>
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de Salud del Adulto Mayor Enero – Marzo 2024. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [Consultado 10 agosto 2024]. Disponible en: [https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_1t24.pdf](https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1t24.pdf)
19. Ministerio de Salud. Vigilancia de la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes en el marco del observatorio de nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad: Informe técnico 2023. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023 [Consultado 10 agosto 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5800474/5146110-informe-tecnico-situacion-del-sobrepeso-y-obesidad-en-marco-observatorio-2023.pdf>
20. Alvarado MC. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos mayores, Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2029 [Disponible en:

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2973/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Pérez LA, Pérez IM, Candela LP, Riesco R. Indicadores de progreso para el derecho a la alimentación adecuada en ocho países de América Latina. Capítulo 6. 1ra Ed. Eudeba; 2022. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/202382>
22. Dent E, Wright O, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. *The Lancet*. [Internet]. 2023 [Consultado 07 octubre 2023];401(10380):951-966. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02612-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02612-5/fulltext)
23. Ministerio de Salud. Organización de los Círculos de AM en los Establecimientos de Salud - Primer Nivel de Atención. [Internet]. Lima – Perú; MINSA - 2015. [Consultado 28 septiembre 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>
24. Turner A, LaMonica HM, Moroney C, O'Leary F, Naismith SL, Flood VM. Knowledge, Attitudes, and Behaviours Concerning the Mediterranean Diet Among Older Adults in Australia. *J Community Health*. [Internet]. 2023 [Consultado 03 octubre 2023];48(6):951-962. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37289354/>
25. Laurenti P, De Meo C, Sacchini D, Spagnolo AG, Moro D, Varacca A, et al. Factors affecting safe and healthy diet in older adults in Italy: results of a preliminary study performed in a community-dwelling sample. *Public Health Nutr*. [Internet]. 2020 [Consultado 07 octubre 2023];23(3):432-438. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31439061/>
26. Tan BQM, Hee JM, Yow KS, Sim X, Asano M, Chong MF. Feeding-Related Knowledge, Attitudes, and Practices among Grandparents in Singapore. *Nutrients*. [Internet]. 2019 [Consultado 07 octubre 2023];11(7):1696. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31340578/>
27. Lozada ME. Factores que influyen en la alimentación del adulto mayor y su estilo de vida saludable [tesis de maestría] [Internet]. Venezuela: universidad de Carabobo, 2019 [consultado 24 de noviembre 2022]. Disponible en:

<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/8392/mlozada.pdf?sequence=1>

28. Tentaya VE. Nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada y estado nutricional en adultos mayores del Asentamiento Humano Santa Rosa de Lima, Nasca 2020. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Chíncha, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2022 [Consultado 05 octubre 2023]. Disponible en:  
[http://repositorio.autonomaieica.edu.pe/bitstream/autonomaieica/1971/1/Veronica %20Elizabeth %20Tentaya %20Vilca.doc.pdf](http://repositorio.autonomaieica.edu.pe/bitstream/autonomaieica/1971/1/Veronica%20Elizabeth%20Tentaya%20Vilca.doc.pdf)
29. Carrilo EF, Conocimientos y actitudes del adulto mayor sobre la alimentación saludable del centro poblado virgen de las mercedes, supe – 2022 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional de Barranca; 2022 [Consultado 07 octubre 2023]. Disponible en:  
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6528936>
30. Sánchez LE. Nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del Centro de Salud María Jesús, La Victoria Chiclayo. [Tesis de Maestría]. [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad César Vallejo; 2021 [Consultado 05 octubre 2023]. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74700/Sanchez \\_CLE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74700/Sanchez_CLE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Núñez NJ. Conocimientos y actitudes sobre la alimentación saludable del adulto mayor, reque [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019 [ Consultado 22 septiembre 2022]. Disponible en:  
[https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2113/1/TL\\_Nu %c3 %b1ezChavezNilda.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2113/1/TL_Nu %c3 %b1ezChavezNilda.pdf)
32. Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. En Encyclopedia of Psychology (Vol. 7, pp. 245-248). New York: Wiley. [consultado 06 octubre 2024] disponible en:  
[https://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura\\_SocialLearningTheory.pdf](https://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf)
33. Bandura, A. (1977). "Learning Theory and Models of Counseling." Journal of Counseling Psychology, 24(3), 212-224 [consultado 06 octubre 2024] disponible en :

- [https://www.researchgate.net/publication/267750204\\_Bandura's\\_Social\\_Learning\\_Theory\\_Social\\_Cognitive\\_Learning\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura's_Social_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory)
34. Bunge M. La investigación científica. Barcelona: Siglo XXI editores; 2004 [Internet]. [Consultado 01 octubre 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/YbLTJq>
  35. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac med [Internet]. 2009 [Consultado 30 septiembre 2023]; 70(3):217-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>
  36. Zegarra M y Bou JC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de economía y empresa [Internet]. 2005 [Consultado 08 octubre 2023];52(3):175-195. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>
  37. Cerón AU. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia: Una propuesta taxonómica. Ciencia ergo-sum [Internet]. 2017 [Consultado 01 octubre 2023];24(1):83-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10449880009>
  38. Correa D, Abarca A, Baños C, Analuisa S. Actitud y aptitud en el proceso del aprendizaje. Revista Atlante. [Internet]. 2019 [Consultado 02 octubre 2023];1(1):p.1-10. Disponible en: <https://acortar.link/z9Cn3R>
  39. Montoya C. Actitud colectiva corresponsable. [Internet]: Ibukku; 2019 [Consultado 02 octubre 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/11ZHRX>
  40. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Massachusetts: Company Addison – Wesley 2004 [Consultado 08 octubre 2023];2(3):131-133. Disponible en: <https://philpapers.org/edit/FISBAI>
  41. Álava, C. Psicología de las emociones y actitudes. 1ra ed. Lima: Editorial San Marcos; 2000 [Consultado 07 octubre 2023]. Disponible en: <http://biblioteca.cultura.pe:8020/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5611>
  42. Puente J. Nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en adultos mayores usuarios del centro de salud. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco; 2017. [Consultado 05

- octubre 2023]. Disponible en:  
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/410>
43. Ministerio de Salud y Protección Social. ¿Qué es una alimentación saludable? [Internet]. Bogotá, Colombia: MINSALUD; 2022 [Consultado 07 octubre 2023]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/que-es-alimentacion-saludable.aspx>
  44. Ministerio de la Salud. Documento Técnico: Guías alimentarias para la población peruana. [Internet]. Lima, Perú: MINSA - Norma Técnica de Salud N° 1353-2018/MINSA; 2018. [Consultado 01 octubre 202e]. Disponible en:  
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4832.pdf>
  45. Suey SY, Yeung MK, Woo J. Composition of healthy diets for older persons. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care [Internet]. 2023 [consultado 21 julio 2024];27(1):17-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37522819/>
  46. Organización Mundial de la Salud. #SanosEnCasa: alimentación saludable [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [Consultado 02 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---healthy-diet>
  47. Baumert J. [Nutrition in old age-key to maintaining functionality and quality of life]. Procure [Internet]. 2022 [Consultado 18 julio 2024];4(4):24-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00735-022-1552-5>
  48. Liu Y, Poon S, Seeman E, David LH, Bui M, Iuliano S. Fat from dairy foods and 'meat' consumed within recommended levels is associated with favourable serum cholesterol levels in institutionalised older adults.. Journal of Nutritional Science [Internet]. 2019 [Consultado 04 octubre 2023];8(1):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/JNS.2019.5>
  49. National Institute on Aging. Alimentación saludable para personas mayores [Internet]. USA: NIH; 2022 [Consultado 21 julio 202]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/alimentos/alimentacion-saludable-personas-mayores>
  50. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Health Tips for Older Adults [Internet]. Washington, USA: NIH-NIDDK; 2022

- [Consultado 08 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/alimentacion-saludable-actividad-fisica-vida/adultos-mayores>
51. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. [Internet]. Madrid, España: ONU; 2012 [Consultado 05 octubre 2023]. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
  52. Municipalidad distrital de Chalamarca. Ubicación geográfica y población 2021 [Internet]. Cajamarca: Municipalidad distrital de Chalamarca; 2022 [Consultado 30 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.munichalamarca.gob.pe/?module=ubicacionGeografica>
  53. Ministerio de Salud. Puesto de salud de La Colpa de Chalamarca. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023 [Consultado 08 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/puesto-de-salud-la-colpa-chalamarca/>
  54. Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Población regional por establecimiento de salud – 2023. Archivo Excel; 2023.
  55. Supo J. Seminario de la Investigación Científica: Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud [Internet]. 3º ed. Arequipa, Perú: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020 [Consultado 01 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.amazon.com/-/es/Dr-Jos%C3%A9-Supo/dp/B08BWFkwLB>
  56. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill. [Internet]. 2018. [Consultado 01 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** “conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del Centro Poblado La Colpa Chalamarca- Chota 2024”

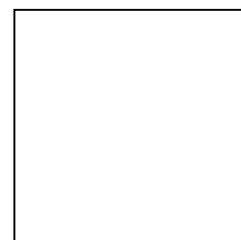
**Objetivo de la investigación:** Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el Centro Poblado La Colpa Chalamarca- Chota 2024.

Yo....., identificado(a) con DNI N° ....., mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería, Lumba Pósito Luz Fiorela y Gonzales Díaz Vidalina; aceptó brindarles la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota, .....de..... del 2024.

-----

Firma



Huella

## ANEXO 2 CUESTIONARIO



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Académico  
Profesional de Enfermería

*“Conocimiento y actitudes sobre  
alimentación saludable en  
adultos mayores en el Centro  
Poblado La Colpa Chalamarca  
Chota, 2024”*

### **CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES**

(Autor: Puente J, 2017; adaptado: Núñez NJ, 2019)

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

#### **DATOS GENERALES:**

1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Grado de instrucción: \_\_\_\_\_
4. Ocupación: \_\_\_\_\_

#### **CONTENIDOS DEL INSTRUMENTO**

##### **I. GENERALIDADES DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE:**

1. **¿Cómo considera usted que es una alimentación saludable en el adulto mayor?**
  - a) Es aquella alimentación que mantiene el corazón funcionando
  - b) Es aquella alimentación balanceada y que ayuda a mantener un buen estado de salud
  - c) Es aquella alimentación que mantiene el cuerpo cansado.
  - d) Es aquella alimentación que mantiene el cuerpo lleno de energía.
  - e) Ninguna de las anteriores
2. **¿Cuál cree Ud. que es el principal aporte y beneficio de una alimentación saludable en el adulto mayor?**

- a) Proporciona muchos alimentos nutritivos
  - b) Proporciona pocos alimentos nutritivos
  - c) Proporciona alimentos que no son nutritivos.
  - d) Proporciona alimentos que son sabrosos
  - e) Ninguna de las anteriores
- 3. ¿Considera Ud. que es importante para los adultos mayores tener una alimentación saludable?**
- a) Sí es muy importante
  - b) Es poco importante
  - c) Tal vez sea importante
  - d) No es importante
  - e) No sé si es importante o no
- 4. ¿Considera Ud. que una alimentación saludable ayuda a los adultos mayores a mejorar su estilo de vida y mantener un buen estado de salud?**
- a) Si ayuda
  - b) No ayuda
  - c) No tengo idea al respecto

## **II. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TIPOS DE ALIMENTOS**

- 5. ¿Qué alimentos considera Ud. que debe consumir un adulto mayor?**
- a) Alimentos que ayuden a subir de peso
  - b) Alimentos de diferentes tipos que sean nutritivos y ayuden a tener un buen estado de salud
  - c) Alimentos que evitan subir de peso
  - d) Alimentos que sean ricos y deliciosos, aunque no tengan ningún valor nutritivo
- 6. El grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo al adulto mayor, son:**
- a) Frutas, verduras y cereales, menestras.
  - b) Legumbres y tubérculos
  - c) Carnes de todo tipo
  - d) Leche, queso, yogurt, y grasas en pequeñas cantidades
  - e) Todas las anteriores

**7. Los alimentos que son recomendados para la salud del adulto mayor, son:**

- a) Carnes rojas, alcohol, carnes de aves y carbohidratos
- b) Verduras cocidas, agua, pan, cereales y galletas
- c) Agua, cereales, frutas frescas, verduras y carnes rojas
- d) Carnes, pescados, frutas, verduras, lácteos, cereales y agua
- e) Panes, legumbres, frutos secos, alcohol y pescados

**8. Los alimentos que no deben consumir en exceso los adultos mayores, son:**

- a) Alimentos con mucha sal, azúcar, grasas, frituras y gaseosas
- b) Frutas, verduras agua, vino, pescados y carnes rojas
- c) Leche, yogurt, aceitunas, sopas, cereales y verduras
- d) Arroz, papas, leche, alcohol, sal, y carne de aves

**9. Los adultos mayores ¿Deben beber por lo menos dos litros de agua durante el día?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea

### **III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS**

**10. ¿Cuántas veces al día considera que debe comer un adulto mayor?**

- a) Una vez
- b) Dos a tres veces
- c) Cuatro veces
- d) Cinco veces
- e) Más de seis veces

**11. Los adultos mayores ¿Deben tener y mantener un horario fijo para consumir sus alimentos (comer a la misma hora)?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea

**12. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir carnes o vísceras (pollo, res, pescado, pato, cerdo, hígado, riñón, mondongo, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a 4 veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**13. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir alimentos lácteos (leche, queso, yogurt, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) De vez en cuando
- d) Todos los días

**14. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir menestras (frejoles, arvejas, lentejas, habas, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**15. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir cereales (arroz, trigo, quinua, maca, avena, maíz, mote, sémola, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**16. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir tubérculos (papa, yuca, camote, oca, pituca, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana

- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**17. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir frutas los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**18. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir verduras los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**19. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir grasas (aceite, mantequilla, margarina, mayonesa, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**20. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir comida chatarra o rápida (Frituras, salchipapas, hamburguesas, pollo a la brasa, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana
- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

**21. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir dulces y bebidas gaseosas (galletas, tortas, gaseosas, etc.) los adultos mayores?**

- a) Nunca
- b) Una a dos veces por semana

- c) Tres a cuatro veces por semana
- d) De vez en cuando
- e) Todos los días

#### **IV. CONOCIMIENTOS SOBRE LA CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS**

**22. ¿Qué cantidad de alimentos lácteos debe consumir un adulto mayor?**

- a) 1 porción al día
- b) 2 a 3 porciones al día
- c) 4 a 5 porciones al día
- d) Más de 6 porciones al día

**23. ¿Cuántas raciones de carne debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir carne
- b) 1 ración al día (100 gr.)
- c) 2 a 3 raciones al día
- d) Más de 3 raciones al día

**24. ¿Qué cantidad de menestras debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir menestras
- b) Media taza de menestras cocidas
- c) Una taza de menestras cocidas
- d) 2 a 3 tazas de menestras cocidas
- e) Más de 3 tazas de menestras cocidas

**25. ¿Qué cantidad de cereales debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir cereales
- b) Media taza de cereales cocidos
- c) Una taza de cereales cocidos
- d) 2 a 3 tazas de cereales cocidos
- e) Más de 4 tazas de cereales cocidos

**26. ¿Qué cantidad de tubérculos debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir tubérculos
- b) Una unidad al día cocida (125 gr.)
- c) Dos unidades al día
- d) 3 a 4 unidades al día
- e) Más de 5 unidades al día

**27. ¿Cuántas frutas debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir frutas
- b) Una fruta al día
- c) 2 a 3 frutas al día
- d) 4 a 5 frutas al día
- e) Más de 6 frutas al día

**28. ¿Cuántas raciones de verduras debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir verduras
- b) Una ración de verduras al día (ensaladas)
- c) 2 a 3 raciones de verduras al día
- d) 4 a 5 raciones de verduras al día
- e) Más de 6 raciones de verduras al día

**29. ¿Cuántos vasos de agua debe consumir un adulto mayor?**

- a) No debe consumir agua, solo bebidas gaseosas
- b) 1 vaso de agua al día
- c) 2 a 4 vasos de agua al día
- d) 5 a 6 vasos de agua al día
- e) 7 a 8 vasos de agua al día

## **V. CONOCIMIENTOS SOBRE LA COMBINACIÓN DE LOS ALIMENTOS**

**30. ¿Considera Ud. que combinar de manera adecuada los alimentos ayuda a mejorar la salud del adulto mayor?**

- a) Si ayuda
- b) No ayuda
- c) No tengo idea al respecto

**31. ¿Cómo debe ser la combinación de los alimentos en la alimentación del adulto mayor?**

- a) Combinar solo los alimentos que se disponga en el hogar
- b) Combinar alimentos de todos los grupos de alimenticios: proteínas, carbohidratos, lípidos
- c) Vitaminas y agua.
- d) No tengo idea al respecto.

**32. En la alimentación del adulto mayor ¿Se debe acompañar los alimentos que se consumen con diversas frutas o verduras de diferentes colores?**

- a) Si se debe acompañar
- b) No se debe acompañar
- c) No tengo idea al respecto

**33. En la alimentación del adulto mayor ¿Se debe combinar los alimentos con bebidas alcohólicas (cerveza, vino, etc.)?**

- a) Si se debe combinar
- b) No se debe combinar
- c) No tengo idea al respecto

**VI. CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS A TRAVÉS DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

**34. ¿El adulto mayor debe consumir alimentos de fácil masticación; comiendo y masticando bien los alimentos?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**35. ¿El adulto mayor debe consumir o incorporar alimentos ricos en calcio (leche, pescado, etc.) en su alimentación?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**36. ¿El adulto mayor debe consumir alimentos ricos en fibras (frutas y verduras) en su alimentación?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**37. ¿El adulto mayor debe reducir el consumo de las grasas en su alimentación?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**38. ¿El adulto mayor debe reducir la cantidad de consumo de sal en su alimentación?**

- a) Si

- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**39. ¿El adulto mayor debe reducir el consumo de azúcar?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**40. ¿El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas en su alimentación?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**41. ¿El adulto mayor debe evitar el consumo té o café en su alimentación?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**42. ¿El adulto mayor debe evitar o disminuir el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**43. ¿El adulto mayor debe realizar actividad física adecuada junto a una alimentación saludable para tener un buen estado de salud?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

**44. ¿El adulto mayor debe alimentarse manteniendo un estado nutricional adecuado: (“un peso ideal”)?**

- a) Si
- b) No
- c) No tengo idea al respecto

## ANEXO 3

### ESCALA



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Académico Profesional  
de Enfermería

*“Conocimiento y actitudes sobre  
alimentación saludable en  
adultos mayores en el Centro  
Poblado La Colpa Chalamarca  
Chota, 2024”*

### ESCALA: ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES

(Autor: Puente J, 2017; adaptado: Núñez NJ, 2019)

Opciones	Puntaje
Totalmente de acuerdo (TA)	5
De acuerdo (DA)	4
Indeciso (I)	3
En desacuerdo (ED)	2
Totalmente en desacuerdo (TD)	1

N°	ÍTEMS	Puntaje				
		TD	ED	I	DA	TA
1	Creo que comer saludable es importante para mi salud	1	2	3	4	5
2	Tener una alimentación saludable, permite que un adulto mayor tenga un peso ideal.	1	2	3	4	5
3	Es importante lavarse las manos antes de consumir los alimentos.	1	2	3	4	5
4	Para mantener una alimentación saludable es importante consumir alimentos variados (cereales, carnes, frutas, verduras)	1	2	3	4	5

5	El sabor de las comidas es más importante para mí que su beneficio para su salud.	1	2	3	4	5
6	Me siento mejor comiendo alimentos saludables	1	2	3	4	5
7	No sé bien cuáles son los alimentos para asegurar una adecuada digestión en el adulto mayor.	1	2	3	4	5
8	Es importante masticar bien los alimentos para asegurar una adecuada digestión en el adulto mayor.	1	2	3	4	5
9	Me gusta comer comidas fritas antes que las ensaladas.	1	2	3	4	5
10	Me gusta consumir bebidas gaseosas junto con las comidas.	1	2	3	4	5
11	Prefiero consumir alimentos que no tengan mucha grasa.	1	2	3	4	5
12	Las comidas que prefiero consumir son los dulces, galletas y otros alimentos azucarados.	1	2	3	4	5
13	Es agradable consumir frutas y verduras todos los días.	1	2	3	4	5
14	Creo que es importante para mi salud consumir carne todos los días.	1	2	3	4	5
15	Evito las comidas con mucho contenido de carbohidrato.	1	2	3	4	5
16	Me gusta consumir de 6 a 8 vasos de agua todos los días.	1	2	3	4	5
17	Es desagradable consumir alimentos lácteos todos los días	1	2	3	4	5
18	Es bueno para la salud consumir pescado todos los días	1	2	3	4	5
19	Es importante para los adultos mayores tener una alimentación saludable	1	2	3	4	5

20	Consumir alimentos cuatro a cinco veces al día es saludable para un adulto mayor.	1	2	3	4	5
21	Me preocupa de consumir mis alimentos todos los días en un horario fijo.	1	2	3	4	5
22	Creo que consumir té o café todos los días no causa problemas para mi salud.	1	2	3	4	5
23	Es importante saber combinar adecuadamente los alimentos	1	2	3	4	5
24	No se debe combinar bebidas alcohólicas con los alimentos que se consume.	1	2	3	4	5
25	No me agrada consumir alimentos saludables	1	2	3	4	5
26	Consumir alimentos salados o con bastante sal son perjudiciales para un adulto mayor.	1	2	3	4	5
27	Es importante consumir alimentos ricos en calcio para el fortalecimiento de los huesos.	1	2	3	4	5
28	Se debe evitar consumir alimentos azucarados o que contengan mucha azúcar	1	2	3	4	5
29	Se debe evitar comer alimentos muy condimentados o fritos	1	2	3	4	5
30	Me preocupa por tener un peso ideal, evitando el consumo de alimentos que causen el aumento de peso corporal.	1	2	3	4	5

**Anexo 4**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>Título</b>	<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>
<p>Conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores del Centro Poblado la Colpa-Chalamarca-Chota 2024.</p>	<p>¿Cuál es la relación entre conocimiento y actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el Centro Poblado la Colpa-Chalamarca-Chota 2024?</p>	<p><b>General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024. Con un parámetro nacional.</li> </ul> <p><b>Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024, según dimensiones.</li> <li>- Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.</li> <li>- Identificar las actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores en el centro poblado La Colpa-Chalamarca-Chota 2024.</li> </ul>	<p><b>Técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> </ul> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable en adultos mayores</li> <li>- Escala de actitudes sobre alimentación saludable en adultos mayores.</li> </ul>